

**REVISION SOBRE PRÁCTICAS SEGURAS TENDIENTES A DISMINUIR LA
INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS**

HAROLD MARIMON BOLIVAR

CRISTINA MARQUEZ GOMEZ

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD

GRUPO 45

MEDELLÍN – ANTIOQUIA

2009

**REVISION SOBRE PRÁCTICAS SEGURAS TENDIENTES A DISMINUIR LA
INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS**

HAROLD MARIMON BOLIVAR

CRISTINA MARQUEZ GOMEZ

**PROPUESTA DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

ASESOR

DR FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD

GRUPO 45

MEDELLÍN – ANTIOQUIA

2009

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION.....	6
2. OBJETIVOS... ..	8
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
3. METODOLOGIA.....	9
4. MARCO JURIDICO.....	11
5. CAPITULO 1 SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL MUNDIAL....	14
6. CAPITULO 2 INICIATIVAS INTERNACIONALES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	16
7. CAPITULO 3 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA..... ..	21
8. CAPITULO 4 EVENTOS ADVERSOS.....	25
9. CAPITULO 5 PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS.....	39
10. CAPITULO 6 PRÁCTICAS SEGURAS RECOMENDADAS POR EXPERTOS EN EL TEMA.....	48
11. CAPITULO 7 PRACTICAS SEGURAS IMPLEMENTADAS EN	

INSTITUCIONES PRESTIGIOSAS.....	54
12 .CAPITULO 8 PRACTICAS SUGERIDAS PARA IMPLEMENTAR EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD.....	59
13. CONCLUSIONES.....	83
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Cuadro 1. Definiciones básicas	
MODELO CONCEPTUAL DE LA TERMINOLOGIA UTILIZADA	26

1. INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la humanidad siempre el hombre ha pretendido sentirse seguro; inicialmente buscando un sitio para protegerse, consiguiendo abrigo, utilizando el fuego. Luego, con el transcurrir de los años y con la introducción de nuevas tecnologías, los automóviles, aviones, las viviendas, las prácticas deportivas, las vías de comunicación, buscan el mismo objetivo: brindar más seguridad.

Pero lo anterior, ha sido una pretensión de la humanidad, no solo tratándose de la adquisición de bienes materiales, sino que ha trascendido al campo de la prestación de los diferentes servicios profesionales, entre ellos, el de la salud.

En el caso particular de Colombia, las Instituciones Prestadoras de Servicio son el sitio al cual acuden las personas para mejorarse de algún dolor o buscar solución ha determinado problema de salud y, por consiguiente, deben ser el lugar mas seguro, para poder cumplir con su noble propósito: curar y mejorar a los pacientes. Pero además, evitar al máximo producir un daño adicional a la enfermedad por la cual asisten los pacientes a consulta.

Por ser el área hospitalaria un lugar en el cual se realizan intervenciones a los pacientes, el grado de complejidad de los procesos es mucho mayor debido a que hay diversos factores que pueden afectar la salud de las personas, lo que dificulta el control de los riesgos. Pero el riesgo es evidente en la prestación de los servicios de salud y prevenirlo es difícil porque esta ligado a la patología, a las practicas de salud, al tratamiento recibido, a la infraestructura y al actuar humano entre otros.

Los riesgos pueden presentarse por errores humanos, fallas tecnológicas, medicamentos o una mezcla de factores que generalmente son involuntarios, pero aun así, eventualmente producen desenlaces no esperados como son los eventos adversos, los cuales pueden perjudicar en primer lugar a los pacientes, produciéndoles muchas veces daños temporales, permanentes o incluso la muerte, pero además, y en relación con los

entes prestadores, aumentan los días de hospitalización y las reintervenciones quirúrgicas y obviamente los costos, y por ende, el equilibrio económico que debe garantizar el sistema.

La falta de seguridad en los pacientes se ha visto reflejada en diferentes estudios, los cuales gracias a sus resultados tan desoladores han prendido la alarma y han generado en todo el mundo la necesidad de tomar acciones encaminadas a mejorar la seguridad de los usuarios.

Una de las maneras de mejorar la seguridad de los pacientes se ha enfocado en la detección de los “Eventos adversos”, al estudiar sus causas se puede encontrar la manera de prevenirlos y así se pueden establecer practicas seguras, las cuales se adaptan a la institución y se crean protocolos y guías, estas practicas ya se han establecido en instituciones prestigiosas, las cuales ya han comprobado su efectividad, gracias a esto se han podido implementar en otras instituciones.

Lo que se pretende lograr es que todos los hospitales del mundo, sin importar su nivel de complejidad implementen prácticas seguras, pero no solo copiarlas, de instituciones prestigiosas, sino también de la lectura en general, adaptándolas a su institución y mejorándolas, al igual que esto también deben crear sus propias practicas seguras, las cuales debes ser evaluadas periódicamente para concluir cuales realmente tuvieron impacto y lograron disminuir eventos adversos, de esta manera se escogen cuales deben ser implementadas en forma definitiva.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

1. Describir practicas seguras que puedan orientar a instituciones de salud a intervenir y a disminuir la incidencia de eventos adversos.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar una revisión documental sobre seguridad del paciente en el ámbito nacional e internacional.
2. Seleccionar las iniciativas internacionales más importantes que se han realizado para mejorar la seguridad del paciente.
3. Referenciar las principales normas que en Colombia han impulsado la seguridad del paciente
4. Identificar, definir y clasificar los eventos adversos
5. Recopilar prácticas catalogadas como seguras encontradas a nivel nacional e internacional.
6. Enumerar y documentar prácticas reconocidas como seguras y exitosas en instituciones que hayan disminuido la incidencia de eventos adversos.
7. Plantear y proponer estrategias aplicables a instituciones de baja complejidad que puedan lograr disminuir la incidencia de eventos adversos.

3. METODOLOGIA

Para el desarrollo de la metodología se emplearan diferentes estrategias de búsqueda, como se enumeran a continuación.

3.1 INVESTIGACION DOCUMENTAL.

Se realizara búsqueda de información en bibliotecas, hemerotecas, archivos y centros de información.

3.2 BUSQUEDA EN INTERNET

En cuanto a las fuentes de información electrónica, se contarán con diferentes herramientas:

3.2.1 Motores de búsqueda o buscadores.

Sistema informático para búsqueda de temas específicos que indexa archivos en servidores Web.

3.2.2 Meta buscadores.

Herramienta que permite buscar información en múltiples sitios, entregando un resumen de los artículos relevantes del tema solicitado. Logran obtener el máximo de información de la red.

3.2.3 Directorios temáticos

Para buscar información sobre temas generales, son mas selectivos con la información que entregan.

3.3 BUSQUEDA EN BASE DE DATOS

Se realizara una búsqueda bibliográfica en portales virtuales, al igual que búsquedas avanzadas, por medio de estas podremos clasificar mejor el tema, depurando la información

Para realizar la búsqueda en forma efectiva se seguirán los siguientes pasos:

3.3.1. Precisar el tema.

Se tiene ya precisado el tema, “prácticas seguras tendientes a disminuir la incidencia de eventos adversos”.

3.3.2. Definir el alcance de la búsqueda

Se realizara una búsqueda de la información en literatura de diferentes países como Colombia, México, Estados Unidos, Canadá, España, en los idiomas español e ingles.

3.3.3. Elegir los temas de búsqueda.

Temas relacionados como Seguridad del paciente, eventos adversos, prácticas seguras, protocolo de Londres, estudio IBEAS.

3.3.4. Seleccionar las fuentes.

Pub med, Cochrane, Medline, embase, mesh, Ovid, MD consult, proquest, noti.net, Celsius.

3.3.5. Ejecución de la búsqueda.

3.3.6. Evaluación de los resultados.

4. MARCO JURIDICO Y NORMATIVO

LEY 100 DE 1993

Mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se define los responsables de los procesos de afiliación y el recaudo de las cotizaciones, se crea las ESES, EPS, IPS y el POS, se define el funcionamiento de los regimenes contributivo y subsidiado.

Se subdivide en tres subsistemas, los cuales son: salud, pensiones, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que define la misma ley.

LEY 480 DE 1998

Por la cual se aprueban los “Estatutos de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social”, el cual es un organismo internacional, técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y e todos aquellos que se vinculan por los idiomas español y portugués, mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

DECRETO 2309 DE 2002

Por el cual se define el SOGC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este decreto reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, junto con el acceso a los servicios de salud, con la oportunidad en la atención, con la pertinencia del enfoque clínico, con la continuidad de la atención y con la seguridad del paciente, como las características fundamentales de la calidad de la atención y obliga por Ley y conmina a las instituciones de salud a lograrlas.

Definió además los eventos adversos como indicadores fundamentales y básicos para medir la seguridad.

DECRETO 1011 DE 2006

Por el cual se establece el SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad) de la Atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, se define además las características del SOGC y sus acciones, las cuales se orientaran a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van mas allá de la verificación de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisites para alcanzar los mencionados resultados.

En el artículo 4 se definen los componentes de SOGC, los cuales son:

1. El Sistema Único de Habilitación
2. La Auditoria par el Mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad

RESOLUCION 1043 DE 2006.

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

RESOLUCION 1445 DE 2006

En el cual se define el sistema único de acreditación, con las funciones de las entidades acreditadas, los estándares de acreditación, definen las escalas de calificación, la conformación de la junta de acreditación y todo lo relacionado con el otorgamiento de la acreditación.

RESOLUCION 1446 DE 2006

Define el sistema de información para la calidad y se exponen los indicadores de calidad seleccionados para el seguimiento de los principales eventos adversos que deben ser monitoreados.

LEY 1122 DE 2007

Por la cual se realizan ajustes al sistema general de seguridad social, se realizan reformas en cuanto a dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

RESOLUCION 2679 DE 2007

Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud y se definen sus funciones, como son: desarrollar análisis acerca del estado de la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente en el país, emitir recomendaciones sobre políticas, normatividad o acciones conjuntas orientadas hacia el beneficio y la seguridad de la atención, promover estrategias de adecuación, articulación y fortalecimiento institucional del SOGC en materia de calidad y seguridad del paciente entre otras, además de otras funciones propias de la naturaleza de asesoría y orientación frente a la calidad y la seguridad de la atención en salud (1)

5. CAPITULO 1

SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL MUNDIAL

Se entiende por seguridad del paciente el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (2)

Antes del año 2000 no se había prestado mucha atención a la seguridad de los pacientes, posiblemente porque se pensaba que por ser los hospitales lugares para mejorar la salud de los pacientes se daba por entendido que eran seguros.

Estados Unidos fue el país líder en iniciar investigación acerca de los eventos adversos, los cuales iniciaron en el año 1984 con el estudio Harvard, que analizó la incidencia de eventos adversos en más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales del estado de Nueva York. Este estudio ha servido de referencia para el conocimiento del problema y en él se concluyó que un 4 % de los pacientes sufren algún daño durante el ingreso hospitalario, muchos de ellos por negligencia (3)

Teniendo como base el estudio anterior se iniciaron nuevos estudios para aumentar los conocimientos en el tema, en el año 2000 con la publicación "To err is human" estudio realizado por el instituto de medicina de Estados Unidos se abrió el camino a el tema de la seguridad de los pacientes y de los eventos adversos, debido a que mostró datos nunca sospechados sobre eventos adversos producidos en hospitales

El estudio pudo concluir que se presentó un evento adverso por cada 27-34 ingresos y una muerte por error asistencial por cada 343 – 764 ingresos, lo cual lleva a 44.000 a 98000 muertes anuales en este país como resultado de los errores que suceden por los procesos de atención. (4)

Estas cifras situaron inmediatamente a la mortalidad por errores médicos en Estado Unidos como la octava causa de muerte, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA.

El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2000, estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y eventos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. (5)

Esto generó una preocupación a nivel mundial y se incrementó así el interés en todo el mundo en la búsqueda para detectar problemas que pudieran alterar la seguridad de los usuarios en Instituciones de salud.

Otros países como España también realizaron estudios importantes, como fue el estudio ENEAS que fue realizado en 24 hospitales públicos españoles y cuyos resultados se presentaron en el año 2006, este concluye que un 8.4 % a 9.3% de pacientes ingresados en los hospitales españoles presentan algún evento adverso directamente relacionado con la asistencia hospitalaria.

Entre las principales causas de eventos adversos encontradas en el estudio se tiene en primer lugar las relacionadas con el uso de medicamentos (37.4%), en segundo lugar las infecciones hospitalarias (25.3%) y en tercer lugar, los procedimientos quirúrgicos (25%). Se concluyó en el estudio que el 42.8% de los eventos adversos eran evitables. (6)

Además de estos estudios países como Australia, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda, Argentina, México, Dinamarca, entre otros, han realizado estudios al respecto con resultados similares.

Actualmente a nivel de América Latina se está realizando desde el año 2007 el estudio IBEAS, el cual es un gran proyecto organizado por la Organización Panamericana de la Salud, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España que tiene como objetivos conocer la prevalencia de eventos adversos en setenta y cinco hospitales de cinco países de Latinoamérica (Argentina, Costa Rica, México, Perú y Colombia) y desarrollar metodologías de fácil implementación para ser aplicadas en las instituciones prestadoras de servicios, estamos a la espera de los resultados, los cuales se espera sean publicados en el segundo semestre de 2009.(7)

6. CAPITULO 2

INICIATIVAS INTERNACIONALES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La principal y más interesada organización preocupada a nivel mundial por la seguridad de los pacientes es la Organización Mundial de la Salud, la cual ha liderado programas a nivel mundial en torno a la seguridad del paciente.

En el año 2002 adoptó una resolución que invitaba a los miembros pertenecientes a fortalecer los registros y el monitoreo de los eventos adversos, en la resolución 55.18 definió la promoción de la seguridad de los pacientes como un principio fundamental de todos los sistemas de salud, bajo el lema “primero no hacer daño”.

En el año 2004 se concretaron todas las iniciativas en torno a la seguridad del paciente con el establecimiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con la cual se proponen estandarizar a nivel mundial prácticas que brinden mayor seguridad y reduzcan la ocurrencia de eventos adversos.

Las soluciones para la seguridad del paciente, un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, intentan asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos.

6.1.1 DOMINIOS DE ACCION DEFINIDOS POR LA ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.1.1.1 Servicios limpios son servicios seguros, el cual está orientado al control de infecciones.

6.1.1.2 Pacientes por la seguridad de los pacientes, el cual estimula la apropiación y movilización de estos para su propia seguridad, ya sea a nivel personal o agrupado.

6.1.1.3. Taxonomía de la seguridad de los pacientes, la cual se relaciona con la estandarización de los conceptos empleados al igual que principios, normas y técnicas para trabajar sobre el tema, para lograr hablar el mismo idioma a nivel mundial.

6.1.1.4. Investigación en seguridad del paciente, para efectuar estudios de prevalencia a nivel mundial y así establecer estrategias de intervención.

6.1.1.5. Informando y aprendiendo. Para promover intervenciones existentes y coordinar actividades, retroalimentar situaciones inseguras con su correspondiente reporte y análisis, con metodología para aprender del error. (8)

6.1.2 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DE LA ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.1.2.1. Identificación inequívoca de pacientes en los centros.

6.1.2.2. Promoción de la higiene de las manos, la cual se encuentra dentro del reto global para la seguridad de los paciente de la OMS, “atención higiénica es atención mas segura”:

- Mejorar la disponibilidad y localización de dispensadores.
- Mejorar la conciencia de los profesionales de la salud.
- Mejorar la adherencia de la higiene de las manos.
- Material de difusión y formación como son las directrices de la OMS sobre higiene de las manos.
- Póster para llamar la atención a profesionales.(9)

6.1.3 RETOS GLOBALES:

6.1.3.1 Cuidado limpio es cuidado seguro.

Las actividades para llevarlo a cabo, se basan en evaluar infecciones, adoptar un sistema de vigilancia y registro.

Cinco acciones:

- Manos limpias.
- Practicas limpias.
- Productos limpios.
- Entornos limpios.
- Equipo limpio.

6.1.3.2 Cirugía segura salva vidas

6.1.4 ACTIVIDADES DE LA ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE BIENIO 2008 -2009

Se centran en 12 estrategias de actuación:

6.1.4.1. Evaluación y comprensión de los problemas de los cuidados no seguros:

- Notificación y aprendizaje para la seguridad de los pacientes.
- Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente.
- Investigación para la seguridad del paciente.

6.1.4.2 Desarrollo de normas y estándares para reducir el daño.

- Soluciones para la seguridad del paciente.
- High 5s
- Tecnología para la seguridad del paciente.

6.1.4.3 Mejorando el acceso al conocimiento, utilización y evaluación del impacto.

- Retos globales para la seguridad del paciente

Primer reto: “Una atención limpia es una atención segura”

Segundo reto: “La cirugía segura salva vidas”

Tercer reto: “Lucha contra la resistencia a antimicrobianos”

- Eliminación de la infección por el catéter central

6.1.4.4 Promoción de la innovación y reconocimiento del compromiso.

- Pacientes para la seguridad del paciente.
- Premio a la seguridad.

6.1.4.5 Fortalecimiento de la seguridad del paciente en el mundo.

- Educación para una atención segura.
- Gestión de conocimiento.(10)

6.2 JOINT COMMISSION

Otra de las Instituciones que ha impulsado a los hospitales a mejorar la seguridad de los pacientes y ha disminuir los eventos adversos, es la Joint Commission on Accreditation of Health Organization, la cual fue designada oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de centro colaborador de la OMS sobre soluciones de seguridad del paciente desde el año 2005

Con el sistema de acreditación, se ha encargado de diseñar programas que garanticen la calidad de los servicios de salud; actualmente, incluye estándares específicos de seguridad los cuales intervienen directamente en los eventos adversos.

6.2.1 ASPECTOS A ENFATIZAR:

6.2.1.1 Identificación de pacientes

6.2.1.2 .Lavado de mano

6.2.1.3 Manejo cuidadoso de medicamentos de aspecto o nombre similar,

6.2.1.4 Comunicación adecuada y oportuna para la referencia de pacientes y en los cambios de turno

6.2.1.5 Intervenciones en sitio correcto, procedimiento correcto y persona correcta.

6.2.1.6. Manejo cuidadoso de medicamentos con concentraciones elevadas.

6.2.1.7. Verificación de órdenes medicas.

6.2.1.7. Control a la conexión errónea de catéteres y sondas.

6.2.1.8. No reutilización de dispositivos de riesgo.

6.2.2. REFERENCIAS VISUALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- 6.2.2.1. Brazaletes para garantizar la identificación del paciente.
- 6.2.2.2. Distintivos de colores en el servicio de hospitalización, para identificar paciente infectados.
- 6.2.2.3. Enumeración
- 6.2.2.4. Señalización de seguridad: salida de emergencia. (11)

6.3 AGENCIA NACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (NPSA)

En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la agencia Nacional para la seguridad del Paciente (NPSA) definió los siete pasos claves para conseguir un sistema de salud más seguro:

- 6.3.1. Paso 1 Crear un cultura de seguridad abierta y justa.
- 6.3.2. Paso 2 Dirigir y apoyar a los profesionales.
- 6.3.3. Paso 3 Sistemas de gestión del riesgo.
- 6.3.4. Paso 4 Promover y facilitar la negociación.
- 6.3.5. Paso 5 Involucrar e informar al paciente.
- 6.3.6. Paso 6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad.
- 6.3.7. Paso 7 Implantar soluciones para prevenir daños.

7. CAPITULO 3

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

7.1 ANTECEDENTES

Al igual que en el resto del mundo, la preocupación por la seguridad de los pacientes y la implementación de las medidas necesarias para mejorarla, se ha ido incrementando en Colombia, haciendo énfasis especialmente en la detección de eventos adversos.

El principal estudio realizado en Colombia, que se puede considerar la primera aproximación epidemiológica se llevo a cabo en el año 2006 y se realizo en tres instituciones hospitalarias, en el se concluyo que la incidencia de eventos adversos fue de 4.6%.

El porcentaje varia según la especialidad, encontrándose en especialidades quirúrgicas el 6.2%, en ginecoobstetricia el 3.4% y en otras especialidades medicas el 3.6%.

El sitio en donde mas frecuentemente se presentaron fueron en salas de cirugía el 31 %, hospitalización el 28.8%, en obstetricia 17.7%, en urgencias el 9.4%, en UCI el 6.7% y en recuperación posquirúrgica el 6.3%.

En este estudio se concluyo que los eventos adversos evitables fueron del 61%, lo cual también dependió del área de prestación del servicio, en cirugía el 58%, en obstetricia el 70% y en otras especialidades el 54%.

Los eventos adversos se presentaron mas frecuentemente como complicaciones técnicas intraoperatorias (27.6%), complicaciones no técnicas (15.7%), relacionadas con procedimientos obstétricos de enfermería (16.4%), infección de la herida (12.5%), relacionado con medicamentos (9.2%), complicaciones tardías (6.5%), las fallas diagnosticas, las fallas terapéuticas y las caídas tuvieron una frecuencia relativa del 3% cada una, el 1,5% se relaciono con componentes sanguíneos y el 0.6% con fallas técnicas.(12)

7.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El reconocer que la seguridad de los pacientes es un problema del cual no podemos sustraernos, sirvió para el desarrollo de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia, la cual es liderada por el Ministerio de Protección Social y hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Con esta, se pretende impulsar un conjunto de acciones y estrategias sencillas para ser implementadas en instituciones prestadoras de servicios de salud y así lograr que los procesos de atención sean más seguros.

La Política de Seguridad del Paciente propende porque los profesionales detecten los errores mas frecuentes en el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para instaurar así una cultura de seguridad del paciente. (7)

7.2.1 PRINCIPIOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

7.2.1.1. Enfoque de atención centrada en el usuario.

7.2.1.2. Cultura de seguridad.

7.2.1.3. Integración de SOGC

7.2.1.4. Multicausalidad.

7.2.1.5. Validez.

7.2.1.6. Alianza con el paciente y la familia.

7.2.1.7. Alianza con el profesional de la salud.

7.2.2 OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

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

7.2.2.2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

7.2.2.3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud.

7.2.2.4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en calidad de la atención.

7.2.2.5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

7.2.2.6. Educar al paciente y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden incidir en la seguridad de los procesos a que son sujetos

7.2.2.7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación la política de seguridad del paciente.

7.2.2.8. Articular y coordinar los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

7.2.3 ELEMENTOS ESTRATEGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias.

7.2.3.1. Estrategia 1: Estrategia educativa

Línea de Acción 1: Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente

Línea de Acción 2: Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo

Línea de Acción 3: Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente

Línea de acción 4: acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad

7.2.3.2. Estrategia 2: Promoción de herramientas organizacionales

Línea de Acción 1: Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores

Línea de Acción 2: Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)

Línea de Acción 3: Promoción del reporte extrainstitucional

7.2.3.3. Estrategia 3: Coordinación de actores

Línea de Acción 1: Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud

Línea de acción 2: Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente

Línea de acción 3: Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud

Línea de Acción 4: Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

7.2.3.4. Estrategia 4: Estrategia de información

Línea de acción 1: Plan de medios

Línea de Acción 1: Promoción de experiencias exitosas

Línea de Acción 2: Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente

7.2.3.5. Estrategia 5: Articulación de componentes del SOGC. (3)

8. CAPITULO 4 EVENTOS ADVERSOS

Los eventos adversos se definen como cualquier lesión no intencional causada por el manejo medico, mas que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

Cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el evento hospitalario es un evento adverso. (7)

8.1 CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS:

Se pueden clasificar de diferentes maneras dependiendo de la causa, del evento, de la severidad, de la discapacidad resultante, el componente de atención donde se origina y el momento de la aparición.

8.1.2. Respecto a la naturaleza u origen

Operatorio

No operatorio

8.1.3. Según el momento de su presentación.

Originado previo a la hospitalización,

Durante la hospitalización

Posterior a esta.

8.1.4. Según su severidad

Severo: es aquel que produce la muerte o deja discapacidad mayor de seis meses.

No severos: No deja incapacidad ni produce la muerte

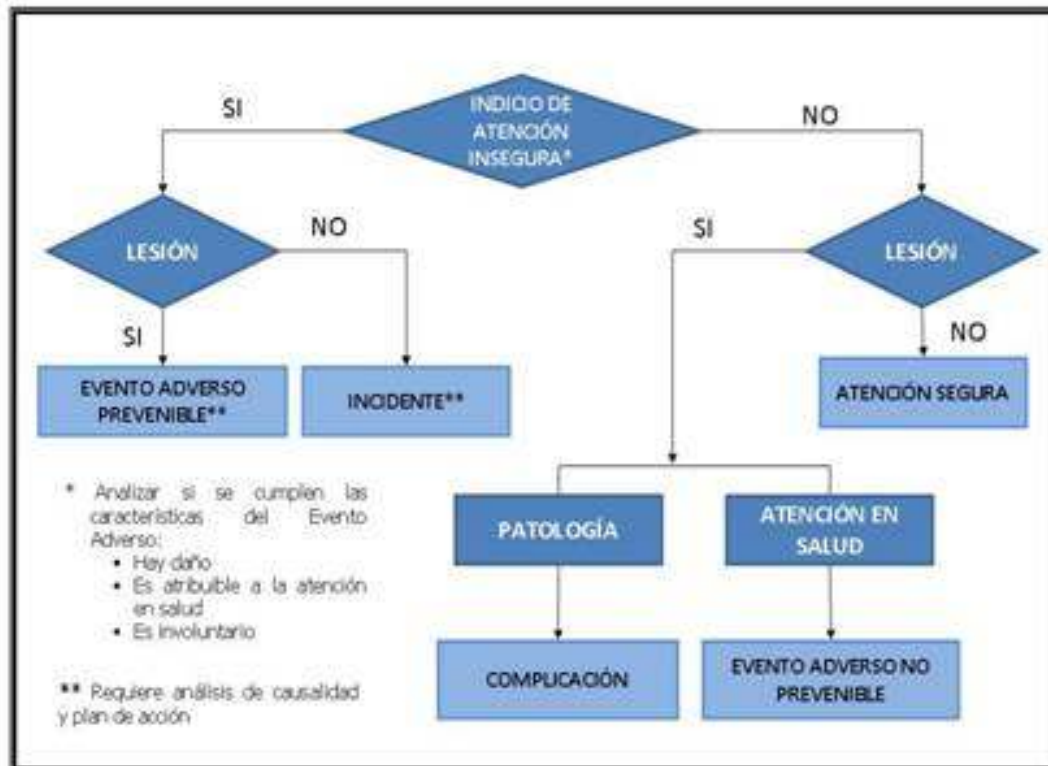
8.1.5. Según su prevención

Prevenible si esta asociado al no cumplimiento de los procesos de atención.

No prevenible si es producido por factores intrínsecos, en el cual se cumplieron todos los estándares del cuidado asistencial.

8.2 MODELO CONCEPTUAL DE LA TERMINOLOGIA UTILIZADA

Cuadro 1. Definiciones básicas



8.2.1. Incidente adverso:

Es un evento 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.

8.2.2. Atención segura:

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

8.2.3. Complicación

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad. (2)

8.3 EVENTOS ADVERSOS CENTINELAS

Un evento centinela puede definirse como un evento adverso que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

Se han incluido las siguientes:

- 8.3.1. Muerte materna
- 8.3.2. Reacciones transfusionales.
- 8.3.3. Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
- 8.3.4. Infecciones intrahospitalarias.
- 8.3.5. Reacciones adversas graves a medicamentos.
- 8.3.6. Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
- 8.3.7. Complicaciones quirúrgicas graves.
- 8.3.8. Retención de instrumental postcirugía.
- 8.3.9. Suicidios potencialmente evitables.
- 8.3.10. Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
- 8.3.11. Retrazo en el tratamiento.
- 8.3.12. Sujeción o reclusión inadecuadas.
- 8.3.13. Caídas de pacientes.
- 8.3.14. Accidentes anestésicos.
- 8.3.15. Egresos de infante con familia equivocada.
- 8.3.16. Robo de infante. (7)

8.4 GENERALIDADES:

La importancia de los eventos adversos radica en los perjuicios que estos ocasionan a los pacientes, además que generan un mayor gasto al sistema de salud, ya que suponen ingresos hospitalarios adicionales, mas días de estancia hospitalaria y pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado al menos, en casi la mitad de los casos.

Según reportes a nivel mundial el porcentaje de eventos adversos evitables varía entre 1 a 22 %, pudiendo llegar en algunos estudios hasta el 42.8%, la diferencia tan marcada entre porcentajes depende del tipo de institución y del servicio en el cual se consulta.

De estos los reportes indican que el 30 al 70 % son evitables. (6)

Como dice Marcela Giraldo Suárez “Los eventos adversos no ocurren al azar, son consecuencia de un riesgo presente en los complejos procesos de atención de salud y, por lo tanto, cuando ocurren constituyen una importante señal de alerta para identificar tales riesgos y crear las barreras de seguridad necesarias, por esto deben ser visto como herramientas de mejoramiento y no como algo que debe ser ocultado”.

La responsabilidad de los eventos adversos se ha adjudicado a fallas humanas, fallas en los equipos, normas y procedimientos, pero el enfoque actual se inclina hacia deficiencias en el diseño de la organización y de su funcionamiento. (13)

Uno de los retos en lo que tiene que ver con los eventos adversos es la monitorización y el registro oportuno de los eventos adversos. (8)

La medición de los eventos adversos al interior de las instituciones de salud exige establecer un sistema de reporte de eventos adversos basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento, parejo con esto se debe establecer un sistema de auditoria de resultados clínicos no esperados que permitan definir la proporción real de eventos adversos, para definir cuantos se pudieron haber prevenido y, por último, se debe establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad tendiente a disminuir la incidencia de eventos adversos, es decir gerenciar un programa de seguridad clínica. (14)

Desde el año 2006 se estableció la estrategia de vigilancia de eventos adversos que busca identificar situaciones que podrían clasificarse como atención insegura, para analizar las causas de su ocurrencia y generar acciones que hagan la atención segura y con el mínimo riesgo.

8.5 METODOLOGIA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

8.5.1 AL INTERIOR DE LA INSTITUCION

8.5.1.1. Detectar los eventos adversos.

Se debe educar a los clientes internos de la institución sobre la importancia de estar atentos ante la presencia de cualquier evento adverso, al igual que la forma de reporte implementada en la institución.

8.5.1.2. Reportar eventos adversos

Se debe desarrollar un sistema de reporte dentro de cada institución, procurando que estos sean utilizados como generadores de conocimiento, que sirvan para identificar problemas, no se puede intervenir un problema que no se visualice, al tener conocimiento claro de la existencia del problema se podrán desarrollar estrategias para prevenirlo. Precisamente por esto, debe quedar muy claro que el reporte no se debe utilizar con fines punitivos.

Características del reporte:

El reporte debe tener inicialmente unos objetivos claros, se debe saber quien debe ser el responsable del reporte, se debe tener claridad sobre que debe ser reportado, capacidad para difundir los hallazgos, infraestructura técnica y seguridad en los datos.

El sistema de reporte que se implemente en la institución debe tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad.

El grado de importancia del reporte dependerá de lo que se pueda realizar para cambiar el proceso. (2)

8.5.1.3. Analizar los eventos reportados

Entre las metodologías para el análisis de eventos adversos las instituciones pueden escoger entre la metodología del protocolo de Londres, el análisis de causa raíz, el modo de fallas y efectos (ANFE) u otros. Lineamientos

8.5.1.4. Establecer un sistema de mejoramiento continuo

Este se debe llevar a cabo según el resultado del análisis, para concluir con una serie de recomendaciones, y a cada una se le deberá realizar un plan de mejoramiento, el cual deberá tener en forma clara establecidos los objetivos, responsables, medidas de medición y tiempo estipulado para su ejecución

8.5.1.5. Monitorizar

La monitorización se realizara por medio de indicadores de seguridad del paciente, estos podrán ser diferentes en cada institución según los resultados y necesidades, entre los que se sugieren esta:

Proporción de gestión de eventos adversos, proporción de reporte de eventos adversos, proporción de IPS (Institución Prestadora de Servicios) o EAPB (Empresa Administradora de Plan de Beneficios) que vigilan o que gestionan eventos adversos, indicadores que evalúen impactos en caídas, en neumonías por el uso de ventilador.

8.5.2 AL EXTERIOR DE LA INSTITUCION:

8.5.2.1. Compartir información

El reporte extrainstitucional tiene como propósito servir de vehiculo para aprender de los hallazgos y las mejoras implementadas en otras instituciones el Ministerio. (15)

8.6 GESTION DEL RIESGO.

8.6.1 RIESGO:

Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que se presente un evento adverso.

8.6.2 ACCION INSEGURA:

Antes llamada error, también conocida como falla en la calidad, debe cumplir con dos características: que se aparte del estándar establecido en la práctica o que tenga la posibilidad de generar un evento adverso. Las acciones inseguras pueden producirse por acción o por omisión de los miembros del equipo de salud

Existen condiciones que contribuyen a las acciones inseguras que se pueden agrupar según el paciente, la tecnología, el individuo, el equipo o el ambiente.

Dentro del estudio de los eventos adversos y para lograr establecer prácticas seguras en las instituciones se debe tratar de establecer un sistema de identificación del riesgo.

Para lograr esto, la institución inicialmente debe hacer un manejo del riesgo, y esto se logra reconociendo que el riesgo existe, conociendo el contexto, los servicios, los procesos y los clientes, identificando y analizando los riesgos, reportándolos, implementando un plan de intervención, revisando los resultados de la acción implementada y retroalimentar para aprendizaje organizacional. En conclusión, implementar una gestión del riesgo dentro de la institución, que incluya todas las políticas, recomendaciones y programas que tendrían como objetivo eliminar, reducir o gestionar los riesgos.

Existen dos enfoques para la gestión de riesgo:

La gestión reactiva de los riesgos, se basa en un incidente y se trata de encontrar soluciones para limitar sus consecuencias y evitar su reaparición, por esto se necesita un sistema de información eficiente.

La gestión proactiva de los riesgos, trata de prever incidentes eventuales antes de que ocurran mediante un análisis preliminar de los riesgos, necesita un análisis cualitativo exhaustivo. (16)

8.6.3 ATENCION INSEGURA:

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

La OMS propuso una clasificación que es importante tener en cuenta sobre los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos; toda Institución debe realizar un análisis a su interior para determinar los indicios de atenciones inseguras y tratar de corregirlas para prevenir así, cualquier evento adverso. Estas son:

8.6.3.1. Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.

- No se realiza cuando esté indicado

- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

8.6.3.2. Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

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

8.6.3.3. 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

8.6.3.4. Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud.

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

8.6.3.5. 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

8.6.3.6. Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados.

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

8.6.3.7. Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos.

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto

8.6.3.8. Tipo 8: Relacionado con la administración de oxígeno o gases medicinales.

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto

- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Fallas de Administración
- Contaminación

8.6.3.9. Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos.

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

8.6.3.10. Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o 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
- Autolesionante / suicida

8.6.3.11. Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico

- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

8.6.3.12. Tipo 12: Accidentes de paciente

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

8.6.3.13. Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

8.6.3.14. Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión 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

8.6.3.15. Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados (17)

8.7 TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS:

Los eventos adversos los podemos encontrar en todas las prácticas de salud, y en todas las instituciones sin importar su nivel de complejidad, a continuación se enumeraran los que se pueden presentar clasificándolos por servicios.

8.7.1 CIRUGIA Y SALA DE PARTOS

- Cirugía en sitio equivocado o paciente equivocado
- Complicación quirúrgica
- Retención no intencionada de cuerpo extraño
- Laceración o punción accidental
- Dehiscencia de sutura postrquirurgica
- Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la Organización o de los profesionales.
- Desgarros perineales 3 y 4 relacionados con la atención del parto
- Complicaciones de anestesia
- Hematomas o hemorragias posquirúrgicas
- Alteraciones metabólicas o psicológicas posquirúrgica
- Insuficiencia respiratoria posquirúrgica
- Sepsis posquirúrgica
- Dehiscencia de sutura posquirúrgica
- Trauma del recién nacido
- Trauma obstétrico del parto o de la cesárea
- Trauma obstétrico del parto vaginal instrumentado
- Trauma obstétrico del parto vaginal no instrumentado
- Lesión en un órgano durante algún procedimiento.
- Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta.
- Suspensión de intervención quirúrgica.

8.7.2 HOSPITALIZACION Y URGENCIAS:

- Ulceras de decúbito.
- Entrega equivocada de neonatos.
- Paciente hospitalizado que presente trombosis venosa profunda.
- Materna con convulsión intrahospitalaria
- Reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas.
- Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
- Ulceras de presión.
- Retrazo en el diagnóstico.
- Error diagnóstico
- Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.

8.7.3 FARMACIA

- Confusión de dosis de medicamentos.
- Sobre dosificación por ajuste inapropiado de dosis
- Programación incorrecta de bombas de infusión
- Utilización incorrecta de dispositivos médicos.
- Confusión de medicamentos por mala prescripción o siglas
- Almacenamiento inadecuado de medicamentos e insumos.

8.7.4 LABORATORIO

- Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
- Muestra mal tomada.
- Procesamiento inadecuado de muestras.

8.7.5 TODOS LOS SERVICIOS

- Suicidio en pacientes internados.
- Error de medicación
- Atraso en el tratamiento
- Caída del paciente
- Administración errónea de medicamentos
- Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Consumo intrainstitucional de sustancias psicoactivas
- Perdida de pertenencias de usuarios Quemadura por lámpara de fototerapia y electrocauterio
- Flebitis en sitios de venopuncion.
- Asalto sexual en la institución
- Asalto, violación u homicidio
- Cobros injustificados.
- Infección de herida quirúrgica.
- Auto retiro de sondas o de catéteres.
- Medicamentos colocados a paciente equivocado o sitio equivocado.
- Bronco aspiración en paciente entubado
- Mal esquema antibiótico profiláctico
- Ulceras de decúbito
- Hipotensión por fármacos.
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Bacteriemia asociada a dispositivo. (7, 18, 19, 20)

9. CAPITULO 5

PRACTICAS SEGURAS PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS

9.1 DEFINICION

Las prácticas seguras hacen referencia a toda intervención en estructura o en el proceso durante la atención en salud que reduce el riesgo de sufrir un evento adverso

9.2 ANTECEDENTES:

El primer estudio de prácticas seguras se realizó en la universidad de California y en la universidad de Stanford, en este se analizaron 79 prácticas seguras, y fue publicado en julio de 2001.

En el año 2003 se realizó el Foro Nacional para la Calidad en donde se analizaron dichas prácticas y se recomendaron 30 prácticas como seguras para instituciones de salud.

La que aparece en primer lugar es la de desarrollar una cultura institucional en seguridad del paciente, como punto de partida. (21)

9.3 ADOPCION DE BUENAS PRÁCTICAS SEGURAS

Se ha sugerido por parte del Ministerio de Protección Social varios procesos para que cada institución adopte prácticas seguras, las cuales enumeraremos a continuación:

9.3.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS:

9.3.1.1 Programa de Seguridad de Pacientes

Debe contener los siguientes elementos:

- Política institucional de Seguridad del Paciente

Se exige que esté en armonía con el direccionamiento estratégico de la organización, defina la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente y promueva un entorno no punitivo.

- Promoción de la cultura de seguridad:

La cultura de seguridad fue declarada por consenso de expertos al interior del NQF4 como la primera practica a desarrollar en las instituciones de salud.

Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la proficencia de una organización.

Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, una percepción compartida de la importancia de la seguridad, una confianza de la eficacia de las medidas preventivas y un enfoque pedagógico del error como base, el cual lleva al aprendizaje organizacional que se origina de la conciencia del error cometido. (22)

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

- Protocolos ante la ocurrencia de un evento adverso:

Es necesario que la organización reaccione de manera proactiva y no reactiva cuando ocurre un evento adverso.

9.3.1.2 Sistema efectivo de identificación y gestión de eventos adversos:

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos en las instituciones, su frecuencia y la monitorización de los procesos de mejoramiento de la seguridad del paciente.

- Reporte:

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras

Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

- Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos:

Es importante que la institución tenga claro que el reporte de eventos adversos no tiene como finalidad principal conocer la real frecuencia de ocurrencia de estos, sino generar insumos para el análisis y la gestión.

- Monitorización de diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente, con sus respectivos indicadores.

9.3.1.3 Procedimientos, alcance y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador:

- Procedimientos de referencia de pacientes:

Definir procedimientos para que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen su atención.

- Estrategias de seguridad en los paquetes de servicio:

Deben acordarse procedimientos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

- Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:

Procedimientos para asegurar la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los POS.

9.3.1.4 Estandarización de procedimientos de atención:

- Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que aseguren la seguridad del paciente:

Se debe diseñar, implementar y auditar la efectividad de Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición, Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas, procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes, procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles. Se debe realizar evaluación de la Guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto, como es el instrumento AGREE, Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la Guía) y verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

- Identificar y mejorar conductas y procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes

9.3.1.5 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio:

Ordenes médicas hechas por computador en toda la institución, generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.

9.3.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS:

9.3.2.1 Garantizar la correcta identificación del paciente en todos los procesos asistenciales

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los

nombres y apellidos completos del paciente, el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico.

9.3.2.2 Mejorar el reconocimiento y la respuesta del responsable de la atención a los cambios en la condición del paciente.

El proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispere la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.

Mecanismos para que las alertas generadas por el paciente sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad.

9.3.2.3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención:

Se deben desarrollar acciones encaminadas a:

- Lograr adherencia del personal al lavado higiénico de las manos
- Involucrar a los pacientes en la prevención de la infección nosocomial
- Aislamiento de pacientes que lo requieren
- Vacunación de todos los colaboradores contra la influenza y otras enfermedades.
- Impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS

9.3.2.4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, inician desde la selección del medicamento y se extienden hasta el monitoreo del efecto del medicamento en el paciente:

- El proceso de selección de los proveedores.
- Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos fraudulentos o de mala calidad.
- La recepción de los medicamentos debe incluir la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de

vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

- En el proceso almacenamiento de los medicamentos, se debe incluir protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control
- Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Mecanismos definidos por la organización para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos; especialmente en pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificación extra de medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos.
- Procesos implementados para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ejemplo: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.

9.3.2.5 Reducir Caídas

- Procesos para la identificación de riesgo atribuible al paciente, como son Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto, Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes, paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos, Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie
- Procesos para la identificación del riesgo atribuible a la institución
Ausencia de superficie antideslizante en el piso, ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas, Camillas sin barandas, iluminación inadecuada, Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

9.3.2.6 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos:

- Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto: A través de que mecanismos se asegura la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica, se sugiere la utilización de la lista de chequeo para la "CIRUGIA SEGURA" sugerida por la OMS.
- Prevención del fuego en cirugía

9.3.2.7 Prevenir complicaciones anestésicas.

9.3.2.8 Prevención de escaras o úlceras por presión.

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.

La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional. Para eso se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.

9.3.2.9 Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.

- Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.
- Reducir reingresos por falla cardiaca.
- Tratamiento profiláctico con beta bloqueador para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva

9.3.2.10 Implementar acciones seguras en los procedimientos de transfusión sanguínea que contemplen: almacenamiento, despacho, transporte, etiquetado y cadena de frío

9.3.2.11 Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico:

- Prevención de sangrado clínicamente significativo del tracto digestivo superior en pacientes de cuidado intensivo.
- Prevención de la neumonía asociada al ventilador.
- UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico.

9.3.2.12 Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:

- Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la interpretación de las radiografías y placas de TAC y RMN
- Prevención de la Nefropatía inducida por medios de contraste
- Prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear

9.3.2.13 Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental:

- Prevenir Suicidio, agresión física, violación, consumo de cigarrillo y psicoactivos

9.3.2.14 Prevención de la malnutrición o desnutrición.

Esta demostrado que la malnutrición de los pacientes lleva a pobres resultados y debe ser evitada o tratada si esta presente. Los pacientes que ayunan por más de 2 semanas están a riesgo elevado de complicaciones, por tanto debe administrarse nutricional enteral a todo paciente críticamente enfermo que la pueda tolerar.

9.3.2.15 Atención segura del binomio madre – hijo.

9.3.3 BUENAS PRÁCTICAS DIRIGIDAS A LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

9.3.3.1. Prevenir el cansancio en los profesionales de la salud: El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes.

Debe incluir adecuada Proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios, asignación de horas de jornada laboral y Prevención de jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados

9.3.3.2. Mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Implementar sistemas para mejorar y estandarizar la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien, definir mecanismos de transcripción de la comunicación en la historia clínica., Estandarización de acrónimos o abreviaturas que no serán usadas, Acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información, Comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

9.3.3.3 Definir procedimientos de Consentimiento Informado

Se debe realizar el consentimiento informado a todos los procedimientos que puedan reducir algún riesgo.

Este debe ser un documento claro, conciso, que explique en que consiste el procedimiento y cuales son los riesgos que pueden presentarse.

Para que una persona firme el consentimiento informado, debe estar con todas las capacidades mentales, tener conocimiento del procedimiento y tener la libertad para firmarlo (22)

10. CAPITULO 6

PRACTICAS SEGURAS RECOMENDADAS POR EXPERTOS

Las prácticas seguras se han venido impulsando por diferentes instituciones interesadas en el tema, se enumeran a continuación las más recomendadas, según la institución.

10.1 OMS:

Lanzo el 2 de mayo de 2007 las “nueve soluciones para la seguridad del paciente”, a fin de salvar vidas y evitar daños derivados de la prestación de los servicios de salud. Estas soluciones están dirigidas a reducir los problemas relacionados con la seguridad del paciente y se motiva a los estados miembros de la OMS a usarlas y adaptarlas con el objetivo de reformular los procedimientos asistenciales para el paciente y hacerlos más seguros

10.1.1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

10.1.2. Identificación inequívoca de los pacientes en los centros

10.1.3. Comunicación durante el traspaso de pacientes

10.1.4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, utilizando listado de verificación en cirugía

10.1.5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

10.1.6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

10.1.7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos-

10.1.8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.

10.1.9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud, esta se encuentra dentro del reto global para la seguridad de los pacientes, tiene a su vez varias estrategias, como son mejorar la disponibilidad y localización de dispensadores, mejorar la conciencia de los profesionales, mejorar la adherencia de la higiene de las manos, material de difusión y formación como son las directrices de la OMS sobre higiene de las manos y postres para llamar la atención de profesionales. (23)

10.2 PRACTICAS DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA

- 10.2.1. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- 10.2.2. Mejorar la higiene de las manos.
- 10.2.3. Vacunación a trabajadores ya pacientes contra la gripa.
- 10.2.4. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
- 10.2.5. Medidas para prevenir la neumonía asociada al uso de ventilación mecánica.
- 10.2.6. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
- 10.2.7. Utilización de código de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
- 10.2.8. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
- 10.2.9. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
- 10.2.10. Identificación de los pacientes.
- 10.2.11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- 10.2.12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
- 10.2.13. Evaluación del riesgo de trombo embolismo.
- 10.2.14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos periodos.
- 10.2.15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que puedan inducir falla renal
- 10.2.16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente Terminal este destacada en su ficha de cuidados.
- 10.2.17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estén sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario certificados.
- 10.2.18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex
- 10.2.19. Medidas de precaución en el uso de contención física o inmovilización de los pacientes.
- 10.2.20. Recomendaciones para evitar los problemas con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.

- 10.2.21. Medidas para asegurar la precisión de la medición en las transiciones asistenciales.
- 10.2.22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
- 10.2.23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del IMA en relación con procedimientos quirúrgicos.
- 10.2.24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos vía oral u otras rutas enterales.
- 10.2.25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables
- 10.2.26. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.
- 10.2.27. Equipo de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico. (16)
- 10.2.28. Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación
- 10.2.29. Repetición de órdenes verbales en voz alta por parte de quien las recibe.
- 10.2.30. No uso de abreviaturas, símbolos o expresiones en las ordenes medicas
- 10.2.31. Revisar toda la medicación que el paciente este tomando al realizar nuevas prescripciones
- 10.2.32. Indagar sobre la comprensión del consentimiento informado
- 10.2.33. Vacunación contra la gripa en el personal del hospital
- 10.2.34. Clasificar adecuadamente los documentos, siempre debe ser con 2 datos ejemplo: nombre y número de documento, en rayos x en historias clínicas
- 10.2.35. Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos:
- 10.2.36. Medicamentos de alta alerta ejemplo anticoagulantes, insulina, normas explicitas para el etiquetado y almacenamiento.
- 10.2.37. Listado y ubicación especial para antídotos
- 10.2.38. Normas para el almacenamiento, conservación y reposición.
- 10.2.39. Procedimientos para el mantenimiento de los carros de paro. Con stock suficientes y control de fechas de vencimiento.
- 10.2.40. Mejorar la seguridad en situaciones específicas, utilizando protocolos en:
Lavado y descontaminación de manos, prevención de úlceras por presión, profilaxis antibiótica para prevención de infección de herida quirúrgica, preparación quirúrgica de piel y mucosas: corte eléctrico del vello, prevención de infecciones asociado al uso de CVC, valoración del riesgo de úlceras de presión, valoración del riesgo de TVP Y TEP, valoración del paciente para la dosis correcta de heparina, cumplimiento de barreras

máximas para la inserción de CVC, como colocación de gorro, mascarillas y bata estéril, actuaciones para prevenir la infección de herida quirúrgica: dosis antibiótica, prescripción de antibiótico adecuado, tiempos necesarios, monitorización de temperatura, riesgo de nefropatía por contraste, riesgo de malnutrición, lavado de manos para procedimientos.
(24)

10.3 PRACTICAS DE LA NQF

10.3.1. Grupo 1:

Cultura de seguridad

10.3.2. Grupo2:

Adecuar la capacidad del servicio a necesidades del paciente

10.3.2.1. Información al paciente sobre riesgos comparados.

10.3.2.2. Exigencia de normas racionadas para la dotación del personal de enfermería

10.3.2.3. Personal médico de UCI con formación específica.

10.3.2.4. Participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos

10.3.3. Grupo 3:

Adecuada transferencia de información y una clara comunicación.

10.3.3.1. Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente

10.3.3.2. Uso normado de abreviaturas y anotación de dosis.

10.3.3.3. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos no de memoria

10.3.3.4. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente.

10.3.3.5. Asegurar la comprensión del consentimiento informado.

10.3.3.6. Asegurar conocimiento de preferencia del paciente para cuidados terminales.

10.3.3.7. Implementar prescripciones computerizadas.

10.3.3.8. Establecer protocolos para prevenir etiquetado erróneo de rayos x

10.3.3.9. Implementar protocolos para prevenir cirugías en sitio y paciente equivocadas.

10.3.4. Grupo 4:

Mejorar la seguridad en situaciones específicas

10.3.4.1. Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir beta bloqueador a los pacientes con alto riesgo.

10.3.4.2. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito.

10.3.4.3. Evaluación y prevención de TVP

10.3.4.4. Gestión específica de anticoagulación

10.3.4.5. Evaluación y prevención del riesgo por aspiración

10.3.4.6. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéter venoso central.

10.3.4.7. Prevención de infecciones en herida quirúrgica

10.3.4.8. Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste.

10.3.4.9. Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición.

10.3.4.10. Lavado – descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos en torno al mismo.

10.3.4.11. Vacunar al personal sanitario contra la gripa.

10.3.5 Grupo 5:

Mejorar seguridad en el uso de medicamentos

10.3.5.1. Zona de preparación de medicación 5S

10.3.5.2. Métodos estandarizados para el etiquetado empaquetado y almacenamiento de medicamentos.

10.3.5.3. Identificación específica de medicamentos de alta alerta ejemplo quimioterapia electrolitos anticoagulantes, insulina

10.3.5.4. Dispensación de medicamentos en dosis unitarias. (25)

10.5 PRACTICAS SEGURAS DE LA JOINT COMMISSION

10.5.1. Identificación de pacientes

10.5.2. Comunicación durante el traspaso de pacientes

10.5.3. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

10.5.4. Control de las soluciones concentradas de electrolitos La eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos (específicamente del cloruro de potasio) de las unidades de atención del paciente

- 10.5.5. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- 10.5.6. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- 10.5.6. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- 10.5.7. Lavado de manos
- 10.5.8. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos
- 10.5.9. Protocolo Universal para cirugía (26)

10.6 PRACTICAS SEGURAS DE LA OPS (Organización Panamericana De La Salud) PARA PREVENIR UNA INFECCION

- 10.6.1. Medidas de aislamiento
- 10.6.2. Higiene de las manos
- 10.6.3. Uso de guantes
- 10.6.4. Usar mascarillas y protector ocular o protección facial
- 10.6.5. Usar batas o delantales
- 10.6.6. Manejo del equipo y artículos para el cuidado de los pacientes
- 10.6.7. Manejo de ropa
- 10.6.8. Manejo de utensilios del paciente
- 10.6.9. Rutina de limpieza diseñada según lo indica el concepto de precaución estándar
- 10.6.10. Precauciones en la manipulación del material corto punzante
- 10.6.11. Manipulación y eliminación de residuos
- 10.6.12. Guía par uso de las precauciones de aislamiento
- 10.6.13. Recomendaciones para la utilización de precauciones empíricas
- 10.6.14. Control de microorganismos resistentes
- 10.6.15. Áreas de acceso restringido
- 10.6.16. Técnicas asépticas
- 10.6.17. Recomendaciones para el uso de catéteres urinarios
- 10.6.18. Recomendaciones para el uso de catéteres venoso periférico
- 10.6.19. Proceso de desinfección
- 10.6.20. Uso de antisépticos y desinfectantes
- 10.6.21. Procesos adecuados de esterilización
- 10.6.22. Uso racional de antimicrobianos (27)

11 .CAPITULO 7

PRÁCTICAS SEGURAS IMPLEMENTADAS EN INSTITUCIONES PRESTIGIOSAS

11.1 HOSPITAL PABLO TOBON URIBE

Práctica # 1: Digitalización de órdenes médicas.

Práctica # 2: Acreditación de procedimientos.

Práctica # 3: Staff medico cerrado y especializado en la atención del paciente critico en la UCI

Práctica # 4: Barandas en las camillas, para prevención de caídas

Práctica # 5: Estudio de eventos adversos.

Práctica # 6: Traslado o cualquier tipo de desplazamiento de pacientes con acompañante

Práctica # 7: Lavado de manos.

Práctica # 8: Reporte de eventos adversos

Practica # 9: Seguimiento de adhesión a las guías.

Práctica # 10: Marcaciones.

Practica # 11: Doble verificación en salas de cirugía, paciente, cirugía, órgano, diagnostico

Practica # 12: Listas de chequeo

Practica # 13: Comité de seguridad.

Practica # 14: Medidas estandarizadas del cuidado de los pacientes.

Practica # 15: Verificación en voz alta de órdenes verbales

Practica # 16: Definición de políticas de no reanimación

Practica # 17: Estandarización de marcación de resultado de rayos x con todos los datos del paciente.

Practica # 18: Vacuna para la gripa de todos los colaboradores.

Practica # 19: Identificar medicamentos de máxima alerta.

Practica # 20: Alimentación pertinente para el paciente hospitalizado.

Practica # 21: Involucrar al paciente y su familia

Practica # 22: Centros de excelencia- acreditación de procedimientos.

Practica # 23: Prevención de malnutrición

Practica # 24: Conciliación de medicamentos.

Practica #25: Atención farmacéutica por medio de farmacovigilancia y seguimiento fármaco terapéutico

Practica # 26: Prevención de úlceras por presión.

Practica # 27: Equipos de respuesta rápida

Practica # 28: Historia clínica electrónica

Referencias visuales:

Para monitoreo.

Para desechos de materiales corto punzante en contenedores de paredes rígidas

Para evitar infecciones, promoviendo el lavado de manos

11.2 HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN.

Practica # 1: Uso de barandas en camas y camillas

Practica # 2: Pisos antideslizantes y uso de cintas antideslizantes reflectivas en todas las escalas del hospital

Practica # 3: Métodos de sujeción en baños.

Practica # 4: Sillas metálicas para bañar a los pacientes.

Practica # 5: Alcohol glicerinado antes de todo contacto con el paciente, con dispositivos ubicados entre habitaciones.

Practica # 6: Lavado de manos.

Practica # 7: Búsqueda activa de eventos adversos, con notificación y estudio

Practica # 8: Uso de tapabocas y batas

Practica # 9: Creación de una cultura de seguridad por todo el personal y actualizarlo

Practica # 10: Circuitos cerrados de televisión con 45 cámaras.

Practica # 11: Control de accesos.

Practica # 12: Censores de humo.

Practica # 13: Rondas de seguridad

Practica # 14: Dosis unitaria, medicamentos marcados, para saber de a que paciente pertenece

Referencias visuales:

Ubicación de dispensadores de alcohol glicerinado en todos los pisos.

Adquisición de camas eléctricas.

Mensajes institucionales.

Centro de control

Cuadro de derechos y deberes de los pacientes en 19 puntos estratégicos del hospital.

11.3 HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Practica # 1: Reporte de incidentes.

Practica # 2: Educación a los pacientes.

Practica # 3: Seguimiento de eventos adversos

Practica # 4: Implementación de cultura de seguridad

Practica # 5: Reporte de eventos adversos, 123, del personal sin ningún tipo de tramites.

Practica # 6: Consentimientos informados.

Practica # 7: Medidas de protección ubicadas en las puertas de cada habitación.

Practica # 8: Manillas de identificación por colores, según el riesgo de sufrir algún evento adverso.

Practica # 9: Comité de mejoramiento y de seguridad.

11.4 HOSPITAL ZAMORA PARIS FONTIDUEÑO

Practica # 1: Reporte de eventos adversos.

Practica # 2: Educación a los usuarios y a los acompañantes

Practica # 3: Uso de los cinco correctos en cirugía.

Practica # 4: Seguridad del recién nacido, manillas para los bebés.

Practica # 5: Esterilización de patos para cada paciente.

Practica # 6: Aseo Terminal a sala de partos cada semana con control de microbiológicos.

Practica # 7: Cubetas para cada usuario para los medicamentos con el nombre y el número de la cama

Practica # 8: Colocación de iconos según el usuario que necesite algún tipo de aislamiento

Practica # 9: Educación a los usuarios, a los acompañantes y a todo el personal de la institución para subir las barandas.

11.5 HOSPITAL PABLO VI BOSA

Practica # 1: Personal competente.

Practica # 2: Equipos seguros, con realización periódica de mantenimiento preventivo y correctivo.

Practica # 3: Infraestructura segura.

Practica # 4: Manillas de seguridad para los menores de 5 años en consulta externa o para hospitalización.

Practica # 5: Insumos seguros, mejores marcas y de mejor calidad

Practica # 6: Verificación de medicamentos despachados en farmacia, verificación de ordenes medicas y de fechas de vencimiento, que sea para el paciente y se verifica además el horario

Practica # 7: Sala de relajación de las maternas.

Practica # 8: Cero barreras administrativas para las maternas, siempre se atienden primero

Practica # 9: Rondas de seguridad.

11.7 CENTRO MEDICO IMBANACO

Practica # 1: Implementación de listas de verificación para la administración de medicamentos.

Practica # 2: Clasificación de medicamentos de alto riesgo

Practica # 3: Información al paciente hospitalizado.

11.8 CLINICA EL ROSARIO.

Referencias visuales:

Manillas para identificación de pacientes.

Medidas de higiene en manos.

Señalización.

Manejo de desechos (7)

12. CAPITULO 8

PRACTICAS SUGERIDAS PARA IMPLEMENTAR EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPELIDAD

Después de revisar las practicas seguras a nivel nacional e internacional y en las entidades acreditadas en Colombia decidimos que en un hospital de baja complejidad se deben implementar practicas que se adecuen a su nivel, que sean útiles, eficaces , y sencillas para el personal tanto asistencial como administrativo de la IPS , para lograr así un servicio en donde se viva en un ambiente de seguridad, lo cual lleve a disminuir los eventos adversos y por ende a mejorar la calidad de la atención y a disminuir costos.

Se escogieron estas practicas debido a que son a las cuales se les ha dado mas importancia a nivel de Colombia, han sido sugeridas en el Proyecto de Norma Técnica Sectorial de Salud por la Unidad Sectorial de Normalización en Salud del Ministerio de Protección Social, además de que han sido las que mas se han difundido por organizaciones internacionales, el otro aspecto para tenerlas en cuenta ha sido que son de fácil aplicación en instituciones y han mostrado grandes beneficios. (22)

12.1 IMPLEMENTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD

En lo primero que la dirección general de la institución debe empezar a trabajar es en implementar una cultura de seguridad

Por cultura organizacional se entiende el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. (13)

Para implementarla se debe crear un ambiente de trabajo tal que se presente en todo momento un ambiente de comunicación interpersonal, se debe lograr aumentar la confianza del personal que labora con la alta gerencia, capacitar al personal para lograr una percepción común de la importancia de seguridad, y gestión del riesgo, buscando sensibilizar tanto a los profesionales como a los directivos, se deben promover acciones de seguridad, trabajo en equipo, promover la comunicación de errores y darle un enfoque diferente a este, que sea la base del aprendizaje, al igual que motivar el reporte de eventos adversos, con fines educativos no

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Al implementar la cultura de seguridad se lograra que el personal actúe con mayor eficacia y eficiencia, mejorara su desempeño y alcanzara los objetivos propuestos se lograra obtener atributos como son el actuar con responsabilidad, con precaución y tener siempre una actitud vigilante, lo que llevara a disminuir la probabilidad de ocurrencia de fallas y accidentes.

Se lograra en conclusión una forma diferente de pensar, de actuar y de trabajar de los miembros de la institución. (28)

12.2 ESTANDARIZACION DE PROCESOS

La adopción de procesos en la institución pretende estandarizar los conocimientos de los profesionales, esta estandarización puede ser documentada a través de diferentes documentos como son guías, protocolos, algoritmos u otros, no importa lo que se use, lo importante es que estos deben estar sustentados por las mejores evidencias científicas disponibles y se deben realizar para el mayor numero de patologías que se presenten en la institución.

12.2.1. GUIAS:

Son enunciados sistemáticos desarrollados para asistir al profesional acerca de las decisiones en la atención médica para circunstancias clínicas específicas, contiene todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinada patología. Previo a su adopción se debe realizar evaluación de la guía, para esto existen diferentes instrumentos, como es el Instrumento AGREE, además de su implementación se deben realizar evaluaciones para verificar la adherencia del personal a las guías, esto también se puede lograr mediante la auditoria de historias clínicas.

12.2.2. PROTOCOLOS

Contiene la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas, los protocolos definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas

12.2.3. ALGORITMOS

Se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones, provee una rápida referencia visual para responder a una situación. Resultan muy prácticos en áreas de urgencias

12.2.4. PROCEDIMIENTOS.

Son instrucciones paso a paso sobre cómo desarrollar una habilidad técnica

12.2.5. NORMA

Regla que debe seguir, se diferencia de la guía en que es una exigencia que se debe seguir. (26)

12.3 RONDAS DE SEGURIDAD

Se deben implementar por parte de la alta gerencia de la institución, consiste en una visita a un servicio específico que se quiera evaluar, en ella se deben verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad, como son diligenciamiento de historias clínicas, disposición de medicamentos, condiciones de limpieza, estado de infraestructura, condiciones de seguridad, estado de equipos biomédicos entre otros.

Estas visitas deben realizarse sin previo aviso y se deben ayudar de listas de chequeo para no olvidar ningún aspecto relevante, su duración puede ser de aproximadamente una hora, a la semana de realizada la ronda de seguridad se debe retroalimentar al servicio evaluado de los resultados encontrados y se debe divulgar los planes de mejoramiento que se llevarán a cabo en base a esta.

Las rondas de seguridad se pueden modificar según la institución en diferentes formas como son, puede realizarse en varios días y en diferentes horarios, no necesariamente debe ir todo el grupo al mismo tiempo, pueden ir por separado para evitar

conglomeraciones, en fin cada institución puede modificar su frecuencia y su modo de realizarlas según sus necesidades y sus recursos.

Las rondas de seguridad permiten identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención, siempre deben tener un carácter constructivo

La importancia de las rondas de seguridad además de identificar medidas de mejoramiento es que demuestran el compromiso de la institución con el tema de seguridad al igual que ayudan a fomentar el cambio, y establecen líneas de comunicación. (29)

12.4 PRACTICAS SEGURAS SOBRE LA HIGIENE DE MANOS

12.4.1 RECOMENDACIONES GENERALES:

12.4.1.1. Los trabajadores asistenciales que presten atención directa a los pacientes no llevarán uñas artificiales ni largas.

12.4.1.2. Mantener el borde natural de las uñas por debajo 6 Mm. de longitud

12.4.1.3. Prestar especial atención y cubrir las manos cuando se padezca alguna enfermedad exfoliativa, heridas o dermatitis en ellas.

12.4.2. LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON

12.4.2.1. Cada vez que las manos estén visiblemente sucias

12.4.2.2. Antes de iniciar la jornada de trabajo y al finalizarla.

12.4.2.3. Antes y después de comer

12.4.2.4. Después de ir al cuarto de baño

12.4.2.5. Después de estornudar y sonarse.

12.4.2.6. Antes y después de preparar, repartir o servir la comida.

12.4.3. HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA O JABON

- Descontaminar las manos antes del contacto directo con los pacientes
- Descontaminar las manos antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que no requieren una técnica quirúrgica.

- Descontaminar las manos después de tocar la piel intacta de un paciente (por ejemplo: tomar el pulso o la presión arterial, o levantar un paciente).
- Descontaminar las manos después de contactar con líquidos orgánicos o excreciones, membranas, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas, si las manos no están visiblemente manchadas.
- Descontaminar las manos si tienen que pasar, durante el cuidado del paciente, de un punto corporal contaminado a otro limpio.
- Descontaminar las manos tras utilizar objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario como cuñas.
- Descontaminar las manos tras la retirada de guantes.

12.4.4. RECOMENDACIONES SOBRE USO DE GUANTES

- Utilizar guantes cuando pueda existir contacto con sangre, secreciones, fluidos corporales, piel no intacta o mucosas de un paciente
- Retirar los guantes después del contacto con el paciente y desecharlos (no lavarlos entre pacientes)
- Cuando es necesario usar los guantes, los guantes debe cambiarse entre pacientes y tras el contacto con áreas contaminadas y no contaminadas de un mismo paciente
- Evitar usar los guantes en situaciones no recomendadas, debido a que puede olvidarse cambiarlos entre pacientes
- Evitar circular con guantes
- Tras usar los guantes y retirarlos se debe realizar la descontaminación de las manos.

12.4.5. RECOMENDACIONES SOBRE LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS QUIRURGICO

- Quitar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado
- Retirar los restos de debajo de las uñas utilizando un cepillo de uñas y agua corriente

- Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se recomienda la antisepsia de las manos con Jabón antiséptico
- Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se frotarán las manos con agua y jabón antiséptico durante el tiempo recomendado por el fabricante, generalmente entre 2 y 6 minutos.
- Cuando use una solución hidroalcohólica de actividad persistente, se seguirán las instrucciones del fabricante. Antes de aplicar la solución hidroalcohólica lavar las manos y antebrazos con jabón y secarlos completamente. Tras la aplicación de la solución se debe esperar, antes de ponerse los guantes, a que las manos y antebrazos estén completamente secos
- Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales

12.4.6. IMPLANTACION DE SOLUCIONES ALCOHOLICAS EN EL ENTORNO

Se debe realizar en forma progresiva en la institución, priorizando las siguientes unidades asistenciales:

Salas asistenciales, sala de curaciones, consulta de urgencias, consulta de cirugía menor, atención a domicilio, unidades asistenciales con déficit de puntos de lavado de manos, aquellas que por sus características sean consideradas prioritarias por los responsables de control de infecciones del Centro

12.4.7. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS DE LAVADO DE AGUA Y JABON

Se debe garantizar en el hospital la existencia de infraestructura adecuada de forma progresiva según lo permitan los recursos para el lavado de manos con agua y jabón en todos los puntos de atención directa.

- Existencia de lavados preferiblemente con mando de codo o de pie
- Existencia de dispensador de jabón no antimicrobiano
- Existencia de toallas de papel desechables.

- Abastecimiento de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol, fácilmente accesibles, en el punto de atención a los pacientes.

12.4.8. MEDIDAS EDUCATIVAS

- Educación de los trabajadores de la atención sanitaria sobre las técnicas correctas de la higiene de las manos.
- Exhibición de recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.
- Medición del cumplimiento de higiene de las manos a través de controles de observación y retroalimentación del desempeño a los trabajadores de la atención sanitaria.
- Donde no haya lociones sanitarias para las manos con base de alcohol disponibles, o donde sean demasiado costosas, es preciso tener en cuenta la producción local de lociones sanitarias para las manos utilizando la fórmula descrita en la Formulación recomendada para antisepsia (25)

12.5 SERVICIO DE FARMACIA

Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria: Involucra la compra de dosis unitarias pre-elaboradas por un proveedor o el re-empaque o re-envase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo y esto es porque la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores con el uso de medicamentos con este sistema

12.5.1 MEDICAMENTOS DE ASPECTO O NOMBRE PARECIDOS

Identificar activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecido mediante

12.5.1.1 La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.

12.5.1.2. La implementación de protocolos clínicos que:

- Minimizar el uso de órdenes orales y telefónicas.
- Hagan énfasis en la necesidad de leer atentamente la etiqueta cada vez que se tiene acceso a un medicamento, y otra vez antes de su administración, en vez de confiar en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas.
- Hagan énfasis en la necesidad de verificar el propósito del medicamento en la receta u orden, y, antes de administrarlo, verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito o la indicación.
- Incluyan tanto la designación común como la marca del medicamento en las órdenes y etiquetas de los medicamentos, con la designación común cerca de la marca, y con letras más grandes.

12.5.1.3 La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo las que:

- Requieren la impresión de los nombres y las dosis del medicamento.
- Hacen énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos tales como la mezcla de mayúsculas y minúsculas.

12.5.1.4. El almacenamiento apropiado de los medicamentos problemáticos

12.5.1.5 La utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de nombres similares en etiquetas, cubos de almacenamiento y estantes.

12.5.1.6 La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:

- Entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.

- Elaborar estrategias para incluir a los pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.
- Prever la revisión de los medicamentos dispensados por parte del farmacéutico, junto al paciente, para confirmar las indicaciones y la apariencia esperada, en especial al dispensar un medicamento que se sabe que tiene un nombre problemático.

12.5.1.7 La garantía de cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte de personas calificadas y competentes. (24)

12.5.2 CONTROL DE LAS SOLUCIONES CONCENTRADAS DE ELECTROLITOS

12.5.2.1. La institución debe contar con sistemas y procesos en los que:

- La promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos sea una prioridad, y donde la evaluación de riesgos efectiva de la organización se ocupe de estas soluciones.
- El cloruro de potasio se trate como una sustancia controlada, incluyendo los requisitos que restringen la orden y establecen los requisitos de almacenamiento y documentación.
- Lo ideal es lograr la eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería, y que esas soluciones se almacenen únicamente en áreas especializadas de preparación farmacéutica o bajo llave. Los viales de potasio, si se guardaran en un área de atención especializada a pacientes, deben estar etiquetados en forma individual con una etiqueta fosforescente visible a modo de advertencia, que diga DEBE SER DILUIDO.
- Cuando no haya un farmacéutico o un área de preparación farmacéutica disponible para almacenar y preparar estas soluciones, únicamente una persona capacitada y calificada (médico, enfermero, técnico farmacéutico) preparará las soluciones.
- Luego de la preparación de la solución tenga lugar una verificación independiente de la solución de electrolitos por parte de una segunda persona capacitada y calificada.
- La organización debe establecer una lista de verificación para ser usada en la verificación independiente.

- Los puntos de la lista de verificación deben incluir cálculos de concentración, velocidades de la bomba de infusión y las conexiones adecuadas de la vía.
- Se colocará una etiqueta que diga CUIDADO – ALTO RIESGO a la solución preparada antes de su administración.
- Se utilice una bomba de infusión para administrar soluciones concentradas. Si no hubiera una bomba de infusión disponible, podrá tenerse en cuenta el uso de otros dispositivos de infusión, como un equipo buretrol para administración, pero las infusiones de soluciones concentradas deberán controlarse a menudo.
- Las órdenes del médico incluyan la velocidad de infusión de estas soluciones.(29)

12.6 PRACTICAS SEGURAS PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente, el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Para lograr con esto se debe:

12.6.1 IMPLEMENTAR MEDIDAS EN LA INSTITUCION QUE:

- Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la salud de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta antes de administrar la atención.
- Fomenten el uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
- .Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ej. nombre y fecha de nacimiento), o la implementación de tecnologías biométricas.

- Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos.
- Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
- Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.

12.6.2 .CAPACITACION

La institución debe capacitar sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.

Además de esto se debe educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

12.6.3 IDENTIFICACION DE PACIENTES CON ALERGIAS

Se sugiere el uso de brazaletes para la identificación de pacientes con alergias, para asegurar que no haya confusión y se pueda presentar en efecto secundario con el uso del medicamento. (30)

12.7 REMISION DE PACIENTES:

12.7.1. COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE LOS PACIENTES

12.7.1.1 El hospital debe implementar un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente. Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:

- El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).
- El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

12.7.1.2. El hospital debe implementar un sistema que garantice, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

12.7.1.3 Se debe incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.

12.7.1.4. Se debe fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela

12.7.2. ASEGURAR LA PRECISION DE LA MEDICACION DURANTE LAS REMISIONES

12.7.2.1. Implementar en la institución sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria). La información que se sugiere reunir incluye:

- Medicamentos recetados y sin receta, vitaminas, complementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones herbales y drogas ilegales.
- La dosis, frecuencia, vía de administración y hora de la última dosis, según corresponda. Siempre que sea posible, validación de la lista de medicamentos en el domicilio con el paciente y determinación del nivel actual de cumplimiento del paciente con la administración recetada.
- La o las fuentes de los medicamentos del paciente. Según corresponda, participación del o de los farmacéuticos de la comunidad del paciente o del o de los prestadores de atención primaria para la recolección y validación de la información de medicamentos domiciliarios.

12.7.2.2. La institución debe implementar normas y procedimientos claros implementados que requieran:

- Que la lista de medicamentos actuales del paciente se exhiba sistemáticamente en un mismo lugar, bien visible (por ejemplo, en la historia del paciente), para que los médicos que emiten órdenes de medicamentos puedan acceder a ella fácilmente.
- El uso de la lista de medicamentos en el domicilio como referencia al ordenar medicamentos en el momento del tratamiento en una clínica o unidad de emergencia, o en el momento de la admisión para internación.
- La conciliación de medicamentos , es decir, la comparación de la lista de medicamentos del paciente con los medicamentos que se están ordenando, a fin de identificar omisiones, duplicaciones, contradicciones entre los medicamentos del paciente y las afecciones, errores de administración y posibles interacciones dentro de marcos de tiempo específicos.
- Un proceso de actualización de la lista, a medida que se emiten nuevas órdenes, para reflejar todos los medicamentos que toma el paciente actualmente, incluyendo todo medicamento auto administrado traído a la organización por el paciente.
- Un proceso para asegurar que, en el momento del alta, la lista de medicamentos del paciente esté actualizada para que incluya todos los medicamentos que el paciente deberá tomar luego del alta, incluidos los nuevos y los que se sigan tomando, y los medicamentos “en el domicilio” que se hayan dejado de tomar y que ahora se vayan a tomar nuevamente.

- Asignación clara de roles y responsabilidades para todos los pasos del proceso de conciliación de medicamentos a personas calificadas, dentro de un contexto de responsabilidad compartida.(33)

12.8 PRACTICAS SEGURAS PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS

12.8.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- Mejorar constantemente las competencias del personal clínico (médico y paramédico).
- El uso de guías de atención.
- La estandarización de los procedimientos médicos y de enfermería más frecuente y su vigilancia.
- La doble verificación por parte de enfermería y del personal clínico de las órdenes médicas y de los “cinco” correctos (paciente, medicamento, presentación, vía, dosis).
- Una corta pero concreta y asertiva conversación entre el personal clínico que va a realizar un procedimiento, donde el cirujano como líder del equipo aclara dudas, expresa el resultado que se quiere lograr, igualmente el resultado adverso que no se quiere tener, cuáles son los momentos críticos y las cosas que se deben tener presente para evitar errores
- Una corta pero concreta y asertiva conversación entre el personal clínico que recién termina un procedimiento sobre cómo estuvo el mismo, que inconvenientes se presentaron, y sobre todo, qué hacer para evitar los mismos inconvenientes en el futuro
- Trabajar siempre en equipo independiente de la complejidad clínica del procedimiento.
- Comunicarse claramente con los compañeros de trabajo verificando siempre que el interlocutor entendió bien el mensaje

12.8.2 REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO CORRECTO EN EL LUGAR DEL CUERPO CORRECTO

12.8.2.1. Establecer la realización de la cirugía o procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto como una prioridad de seguridad

12.8.2.2 .Implementar protocolos en:

- Verificación, en la etapa previa al procedimiento, del paciente, el procedimiento y el sitio deseados.
- Instruir a la persona que realice el procedimiento para que marque inequívocamente el sitio de la operación, con participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
- Implementar la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento, donde se reúna todo el personal participante (y el anestesista relacionado). La instancia previa es para establecer un acuerdo sobre el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, el procedimiento, el lugar y, según corresponda, cualquier implante o prótesis.(29)

12.8.3 EVITAR ERRORES DE CONEXIÓN DE CATETERES Y TUBOS

12.8.3.1. La institución debe contar con sistemas y procedimientos implementados que:

- Enfaticen al personal no clínico, a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos. Siempre deberán solicitar ayuda al personal clínico.
- Exijan que los profesionales tracen todas las líneas desde su origen hasta el puerto de conexión, para verificar los acoplamientos, antes de hacer cualquier conexión o reconexión, o administrar medicamentos, soluciones u otros productos.

12.8.3.2. Incorporar una capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los facultativos médicos y trabajadores de la atención sanitaria.

12.8.3.3. Promover la compra de tubos y catéteres que estén diseñados para mejorar la seguridad y evitar las conexiones incorrectas con otros dispositivos o tubos. (29)

12.9 PRACTICAS SEGURAS PARA APLICACIÓN DE INYECCIONES Y/O VACUNACION

12.9.1 USAR UNA SOLA VEZ DISPOSITIVOS DE INYECCION

- Promover el uso único de dispositivos de inyección como prioridad
- Elaborar programas de capacitación y recursos de información permanentes para trabajadores de atención sanitaria que se ocupen de: Los principios de control de infecciones, reforzando las medidas de protección como son el uso de guantes y el lavado de manos, prácticas de inyección seguras y manejo de desechos cortantes.
- Evaluar y medir la efectividad de la capacitación de los trabajadores de atención sanitaria sobre seguridad de las inyecciones.
- Identificar e implementar prácticas de manejo seguro de desechos, como son el uso de guardianes, los cuales deben estar correctamente rotulados, con el nombre del servicio, la fecha en que se colocan y la fecha en que se deben retirar, la cual debe ser no mayor de un mes y la persona responsable.
- Promover las prácticas seguras como una actividad planificada y presupuestada que incluya la obtención de equipo. Tener en cuenta específicamente la implementación de sistemas “sin agujas”.(29)

12.9.2 PASOS GENERALES PARA EL USO SEGURO Y ADECUADO DE JERINGAS

- Antes de abrir el empaque revisar la fecha de vencimiento.
- Verificar que el empaque se encuentre en buenas condiciones.
- Abrir el empaque por el lugar indicado.
- Retirar la jeringa del empaque.
- Si la jeringa tiene aguja desmontable, adherirla a la jeringa y girar
- Retirar las tapas protectoras del embolo y de la aguja , si están presentes
- Para extraer las burbujas de aire sostener la jeringa en posición vertical y golpear el barril
- Verificar que la dosis sea la indicada
- Elegir el lugar adecuado para la inyección

- No volver a tapar la aguja después del uso.
- Inmediatamente después de la inyección descartar la aguja en una caja de seguridad y la jeringa en bolsa roja

12.9.3 PRACTICAS DE INYECCION SEGURA (PROPUESTAS POR LA OPS)

Se define como una inyección segura aquella que no perjudica al receptor, no expone al dispensador del servicio a algún riesgo y no genera ningún desecho peligroso para otra persona.

Según lo anterior, existen tres áreas a actuar: seguridad para quien recibe la inyección, seguridad para el trabajador de salud y seguridad para la comunidad y el medio ambiente.

12.9.3.1. Seguridad para quien recibe la inyección

Se debe vigilar en primer lugar su estabilidad térmica y su presentación, tener en cuenta su conservación, en el caso de las vacunas la conservación de la cadena de frío, prevenir la contaminación en el caso de revacunas multidosis, conservación de vacunas y almacenamiento, temperatura y ubicación del refrigerador

Técnica recomendada:

- Cargar la jeringa con la dosis correcta
- Aplicar el medicamento con la jeringa y con la aguja correcta.
- Aplicar el medicamento en el sitio correcto
- Aplicar por la vía de administración correcta
- Aplicar el medicamento respetando el intervalo mínimo de aplicación.
- Se recomienda utilizar jeringas descartables,

Reducir errores operativos del programa:

Es difícil prevenir reacciones que se asocian al medicamento pero si es posible disminuir los errores programáticos producidos por negligencia o fallas humanas, esto se logra con

la debida capacitación, supervisión y el suministro adecuado de equipos, para lograr esto se recomienda:

- Utilizar agujas y jeringas estériles para cada inyección.
- Capacitar y supervisar
- Investigar cada error para que no se repita.

12.9.3.2 Seguridad para el trabajador de salud

- No volver a tapar las agujas, ni retirar la aguja de la jeringa después de administrar el medicamento
- Utilizar cajas de seguridad para eliminar las agujas, estas deben ser de paredes rígidas y se deben rotular y cambiar cada mes y luego desechar en bolsa roja, para su adecuado transporte y disposición final.

12.9.3.3. Seguridad para la comunidad y el medio ambiente.

Se debe realizar incineración y quema de desechos, no es una práctica segura enterrarlos o botarlos en campo abierto, al basurero público o municipal. (31)

12.10 PRACTICAS SEGURAS PARA EVITAR CAIDAS

Las caídas se definen según la OMS como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Entre las prácticas recomendadas se encuentran:

- Identificar pacientes con alto riesgo de caídas, para priorizar las medidas, esta población esta definida como las personas menores de 7 años, los mayores de 65 años y los disminuidos psíquicos, también se deben identifica pacientes que se encuentren sobre una camilla sin supervisión, pacientes con compromiso neurológico o agitación, pacientes bajo efectos del alcohol o e medicamentos sedantes o alucinógenos, pacientes quien por su condición física deben caminar con ayuda de aparatos o de otras personas que los ayuden a sostenerse de pie.
- Colocar barandas en las camas.

- Acompañamiento permanente del paciente cuando necesite moverse.
- Capacitación al personal.
- Inmovilización de pacientes excitados, uso de chalecos.
- Uso de suelos antideslizantes en baños y escaleras
- Adecuación de baños y duchas de bandas antideslizantes y soportes necesarios
- Mantener una iluminación adecuada.
- Fáciles accesos
- Rampas con baja pendiente.
- Camas móviles con varios frenos y llamadores
- Correcta iluminación
- Baños grandes con asideros en duchas
- Capacitación al personal en el cuidado de estos pacientes
- Utilización de contención mecánica, mediante algún tipo de sujeción.
- Acudir rápidamente al llamado del paciente, especialmente en caso de pacientes que necesitan ayuda para ir al sanitario.
- Orientar al paciente para que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural
- Orientar a los camilleros para que apliquen los principios de mecánica corporal durante la movilización y traslado del paciente a fin de evitar lesiones, tanto de los pacientes como de los mismos camilleros.(32)

12.11 PRACTICAS SEGURAS PARA EVITAR ULCERAS DE PRESION

12.11.1. Cuidados a todo tipo de pacientes:

- Observar la integridad de la piel diariamente, mientras se realiza la higiene.
- Aclarar y secar bien la piel, principalmente entre dedos y pliegues.
- Aplicar vaselina para proteger el daño enzimático por la saliva, diarrea, drenajes de fístulas, tras la higiene diaria o baño local en zonas potencialmente húmedas.
- Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuestos lipídicos tópicos en zonas de riesgo, masajeando muy suavemente tras la higiene
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

- Proporcionar siempre ropa limpia si presenta molestias de humedad
- Colocar almohadas para reducir la presión.
- Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes evitando la presión constante en zonas que puedan provocar úlceras.
- Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo rotación programada cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche

12.11.2. Valoración del riesgo:

Se debe realizar una escala de valoración del riesgo a todo paciente hospitalizado, la valoración del riesgo la puede realizar una enfermera al ingreso del paciente, no debe sobrepasar esta evaluación las primera 8-10 horas después del ingreso.

Para esto se puede utilizar la escala de GOSNELL modificada, la cual califica 3 ítems:

- Continencia fecal: 1 a 4 puntos
- Movilidad actividad: 1 a 4 puntos
- Piel 1 a 4 puntos
- Alimentación 1 a 4 puntos

Resultado:

Sin riesgo: 18 a 19 puntos.

Bajo riesgo 12 a 17 puntos

Alto riesgo: Menor de 11 puntos

Se debe hacer una revaloración periódica, los de bajo riesgo una vez a la semana y los de alto riesgo 2 veces a la semana

12.11.3 Cuidados una vez identificado el riesgo:

- Cuidados específicos de la piel:

Examinar a diario prominencias óseas, áreas expuestas a la humedad y excoriaciones.

- Mantener la piel siempre limpia y seca:

Utilizar jabones con un potencial irritativo bajo, lavar la piel con agua tibia y mantener la piel seca, sin fricción, no usar ningún tipo de alcoholes, aplicar cremas humectantes.

- Realización de terapias específicas para mejorar la movilidad.
- Prevención de déficit nutricional, lo cual conlleva al empeoramiento de las úlceras o a su aparición
- Uso de colchones especiales, antiescaras.
- Creación de protocolos de prevención y cuidados de úlceras por presión (33, 34, 35)

12.12 PRACTICAS EN EL LABORATORIO

12.12.1 Informar y divulgar acerca de requisitos para toma y recolección de muestras, esta se puede lograr por diferentes medios como son educación por parte del personal que ordena los exámenes por medios escritos

12.12.2 Capacitación permanente al personal.

12.12.3 Tener definidos los tiempos de reporte de resultados, con mediciones periódicas para determinar su cumplimiento y en el caso de impuntualidad en los reportes realizar estudio de causas y medidas de mejoramiento.

12.12.4 Seguir las normas de bioseguridad, como son:

- Todos los materiales usados en el laboratorio deberán ser adecuadamente descontaminados, posteriormente serán desechados o lavados, secados y/o esterilizados
- Las puertas del laboratorio deberán estar cerradas y el acceso al mismo deberá estar restringido mientras se lleven a cabo trabajos con materiales biológicos. La puerta debería portar emblemas que digan PROHIBIDO PASAR – PELIGRO BIOLÓGICO
- El laboratorio deberá ser mantenido limpio, ordenado y libre de materiales extraños.
- No se permitirá comer, beber, fumar y/o almacenar comidas, así como el uso de cualquier otro ítem personal (p. Ej., cosméticos, cigarrillos), dentro del área de trabajo.
- Usar bata, chaqueta o uniforme dentro del laboratorio. Esa ropa protectora deberá ser quitada inmediatamente antes de abandonar el área de trabajo.

- Antes de iniciar la tarea diaria asegúrese que la piel de sus manos no presente cortes, raspones u otras lastimaduras. En caso de que así sea, cubrir la herida de manera conveniente antes de colocarse los guantes.
- Usar los guantes de látex de buena calidad para todo manejo de material biológico o donde exista, aunque sea de manera potencial, el riesgo de exposición a sangre o fluidos corporales.
- Cambiar los guantes de látex toda vez que hayan sido contaminados, lavarse las manos y ponerse guantes limpios.
- No tocar los ojos, nariz o piel con las manos enguantadas.
- No abandonar el laboratorio o caminar fuera del lugar de trabajo con los guantes puestos.
- El uso de agujas, jeringas, y cualquier otro instrumento similar deberá ser restringido a su uso indispensable. Las agujas y otros elementos punzantes deberán ser descartados en un recipiente resistente.
- Se deben evitar los intentos de reintroducir las agujas descartadas en capuchones o de romperlas o doblarlas ya que esta conducta produce aumento de la posibilidad de accidentes por pinchazos o salpicaduras. No usar tijera con puntas muy agudas.
- Todos los procedimientos deberán ser realizados de manera tal que sea nula la creación de aerosoles, gotas, salpicaduras, etc.
- En ninguna circunstancia se pipeteará sustancia alguna con la boca, para ello se usará pipeteadores automáticos.
- Las superficies del área de trabajo deberán ser descontaminadas cuando se termine la tarea diaria, usando para tal efecto una solución de hipoclorito de sodio en concentración adecuada
- El recipiente para descontaminar especímenes deberá contar con tapa de seguridad para todo traslado fuera del lugar de trabajo; en este caso el exterior del recipiente deberá ser mantenido libre de toda contaminación con sangre usando solución descontaminante.
- El desecho de los fluidos orgánicos puede efectuarse por las cañerías habituales una vez que éstos hayan sido convenientemente descontaminados.
- Lavar las manos con jabón (líquido o sólido suspendido) y agua inmediatamente después que el trabajo haya sido terminado. Si los guantes de látex están deteriorados, lavar las manos con agua y jabón después de quitárselos.

- Informe inmediatamente a sus superior de cualquier accidente
- Implementar la obligatoriedad de la vacuna contra hepatitis B (36)

12.13 ACCIONES CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES

- Hacer corresponsable al paciente y acompañantes en el proceso de atención, haciendo participe de las decisiones acerca de sus problemas de salud y como actor protagonista en la gestión de su propia seguridad.
- Suministrar información clara por diferentes medios, tanto orales como escritos desde que el paciente ingresa a la institución, sobre la institución, derechos, deberes, cuidados y responsabilidades.
- Facilitar la expresión de dudas, escuchar y responder los interrogantes.
- En el momento del alta dar información escrita y en forma oral, con un lenguaje fácilmente comprensible sobre los cuidados, los medicamentos a proporcionar y los signos de alarma.

12.14. USO DEL OBSERVATORIO DE CALIDAD

El Observatorio de calidad, es un espacio para la recopilación, difusión y análisis transparente, técnico, participativo y crítico de información e insumos relevantes sobre la calidad de atención en salud.

Se logra ingresar fácilmente por la página del ministerio de protección social.

12.14.1 Objetivos:

- Gestionar y presentar información del comportamiento de los indicadores de calidad del sistema, con sus respectivos análisis y referencias nacionales e internacionales.
- Analizar y presentar los indicadores de calidad en los niveles de monitoría interna y externa del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ofrecer modelos de guías de práctica clínica basadas en la evidencia que sirvan como referente para la construcción de las guías propias de las instituciones colaboradoras y participantes.
- Fortalecer las estrategias de mejoramiento en programas de seguridad del paciente apoyando la gestión de eventos adversos mediante los reportes extrainstitucionales.
- Generar alertas en seguridad del paciente con base en los resultados de los reportes extrainstitucionales, que permitan acciones de mejoramiento.
- Presentar la información pertinente, clara, oportuna y necesaria para la toma de decisión informada por parte de los usuarios de acuerdo con la calidad de los servicios de salud.
- Incentivar el análisis estructurado de la información de calidad en salud para generar estrategias y políticas de mejoramiento de la calidad.
- Explorar permanentemente en los ámbitos nacional e internacional en búsqueda de herramientas de mejoramiento y de información que permita apoyar las acciones de mejoramiento de la calidad.(37)

12. CONCLUSIONES

1. Los errores y los eventos adversos tienen consecuencias devastadoras en pacientes, familias y prestadores. Cada día es más evidente que sin el compromiso decidido de la alta dirección institucional, es poco menos que imposible lograr los cambios que se requieren para mejorar la seguridad de los pacientes. La clave del éxito está en centrar su trabajo en diseñar sistemas que apoyen la calidad y la seguridad, pues, con ello, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes, estarán contribuyendo a transformar el sistema de salud.
2. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos.
3. Cada institución debe capacitar al personal en la importancia de los eventos adversos, estimulando su reporte , ya que estos son la base con la cual la institución realizara su propio diagnostico e implementara las medidas necesarias de mejora, para esto el sector salud debe aprender de industrias como la aviación y las plantas nucleares que la tendencia a responsabilizar e inculpar a los individuos es equivocada, ya que se ha demostrado que ningún castigo por grande que sea es efectivo para evitar que los humanos se equivoquen. Por el contrario, cuando los sistemas se diseñan partiendo del hecho de que las fallas van a ocurrir, la probabilidad de que estas terminen en lesiones serias se minimiza.
4. La labor de la institución no es solo implementar la metodología de vigilancia de eventos adversos, su trabajo debe iniciar con el estudio y el diagnostico del riesgo en su institución, el cual debe realizarse en todos los servicios, identificando acciones inseguras para con base a esto lograr establecer practicas.
5. El implementar practicas seguras en la institución no resulta fácil, debido a que hay que cambiar hábitos que generalmente están arraigados en el personal, para lograr esto no solo se deben implementar medidas educativas sino también actividades en el terreno que muestren a los clínicos y a todo el personal de la institución las bondades del cambio

6. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben aprender de instituciones que ya han implementado prácticas seguras en la prevención de eventos adversos y adaptarlas a su institución, pero no olvidar que cada institución es única y por esto cada una debe realizar sus propios estudios en cuanto a la efectividad de las practicas que esta implementando.

7. Las entidades de control deben continuar estimulando el reporte de eventos adversos, creando otras estrategias para inducir a la vigilancia y la gestión de estos, debido a que sino se le presta la atención que el tema tiene amenaza el éxito de los proyectos de gestión se seguridad del paciente. Una de estas es garantizar a quienes incurran en errores y eventos adversos estar libre de castigos, siempre y cuando demuestren que no los oculta, que sus reportes son completos y que tiene n un proceso de análisis que garantiza el aprendizaje institucional para evitarlos en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colombia. Ministerio de Protección Social. Constitución Nacional

Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 11 de junio de 2008.

Disponible en:

http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

3. Aibar Remon Carlos. Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? En Anales del sistema sanitario de Navarra 2003 Pág. 195-210

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000300002&script=sci_arttext

4. Mario De Luca. Prevención del error y seguridad en la atención. En Error en medicina y seguridad del paciente

Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/cm36n2a10.htm>

5. Betancur Pizarro Ana Milena. Se puede prevenir el riesgo en los servicios de salud. Seminario Nacional "Hospital Seguro "2009 abril 29 – 30 Hospital Universitario San Vicente de Paúl. 2009

6. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006.

Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Diciembre de 2007

8. Organización Mundial de la Salud. Iniciativas internacionales por la seguridad del paciente.2002.
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/index.html>

9. Manzanares Rafael. Alianza para la seguridad del paciente: un enfoque estratégico.2006
Disponible en:
http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/archivos/rafael_manzanera.pdf

10. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Programa de actividades para el bienio 2008- 2009
Disponible en:
<http://sano-y-salvo.blogspot.com/2008/09/oms-alianza-mundial-para-la-seguridad.html>

11. Rodríguez Carlos Edgar. La acreditación en salud en Colombia, valor que agrega a la prestación de servicios. Acreditación en salud 2007 diciembre 4-5 Bogota.

12. Gaitan Duarte Hernando, Eslava Schmalbach y otros. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia.2006
Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>

13. Fernández Busso Nelida. Los eventos adversos y la calidad de la atención. Archivos Argentinos de Pediatría. 2004. Vol. 102 n5, septiembre / octubre 2004

14. Franco Astolfo. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Médica. 2005, 36: 130-133

15. Restrepo Francisco Raúl. Elementos técnicos para el despliegue de la política de seguridad del paciente del SOGC. Primer foro internacional del SOGC. 2007

16. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Prácticas seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de efectos adversos en los pacientes atendidos en hospitales. 2008

Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>

17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de seguridad del paciente. Alianza Mundial para la seguridad del paciente.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/elObservatorio/La_Alianza_Mundial_Por_La_Seguridad_Del_Paciente/Alianza_Mundial_Por_La_Seguridad_Del_Paciente

18. Villareal Cantillo Elizabeth. Seguridad de los Pacientes. Un Compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007.

19. De Luca Mario. Error en Medicina y Seguridad del Paciente. Centro reinvestigaciones Epidemiológicas. 2009

20. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Indicadores y Eventos Adversos Trazadores. Sistema de Información para la Calidad.

21. Franco Astolfo León. Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Programa editorial universidad del Valle. 2006

22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Norma Técnica Sectorial en Salud "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" 2009

23. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza las “Nueve Soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. Centro de prensa de la OMS. 2007

24. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Indicadores de Buenas Practicas sobre Seguridad del Paciente. 2008

Disponible en:

<http://blog.plandecalidadsns.es/473/seguridad-del-paciente/indicadores-de-buenas-prácticas-sobre-seguridad-del-paciente/>.

25. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Recomendaciones sobre la Higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. 200.

Disponible en:

<http://.sas.junta-andalucia.es/publicaciones/>

26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Franco Astolfo. Otros instrumentos utilizados por algunas instituciones nacionales e internacionales para la promoción de la seguridad del paciente.

Disponible en:

http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg_paciente/docs/6%20Rondas%20de%20Seguridad.pdf

27. Touzet.R.E. La implementación de una cultura de seguridad en: Quinto congreso Nacional de Seguridad y Protección de Radiación. Brasil. 2001

Disponible en:

<http://200.0.198.11/MenoriaT/Mt-01/MT73A-01.pdf>

28. Ministerio de Salud de Argentina. Martínez Sagasti Carlos.

Estandarización de Procesos Asistenciales. Calidad en la Gestión Clínica. 2007

Disponible en:

<http://www.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/EPA.pdf>

29. Joint Commission International. Patients Safety Solutions. 2008

Disponible en:

<http://www.ccforspatientsafety.org/patient-safety-solutions/>

30. México. Subdirección de Servicios de Salud. Primera Guía de Seguridad del paciente.

Primera estrategia” Identificación correcta del paciente” Pág. 5 a 9. Disponible en:

<http://jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf>

31. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la OMS.

Vacunación Segura- Practicas de Inyección Segura. Washington. 2007

Disponible en:

http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/ModuloVacSegura_3.pdf

32. Ministerio de Sanidad de España. Martín Santiago Fernando Prevención de Caídas en Pacientes hospitalizados. . Hospital San Juan de Dios. Madrid

33. Soldevilla Agreda Javier. Prevención de Ulceras de Presión.

Disponible en:

<http://www.reconstrumat.com/pdf/jj.pdf>

34. Argomaniz Alutiz Juana. Estudio Sobre el Grado de Cumplimiento de Protocolos de Ulceras por Presión en Unidades de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales de Agudos Osakidetza. Universidad Complutense de Madrid.2009

Disponible en.

<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-/article/viewFile/96/116>

35. Protocolos de Cuidados en Ulceras por Presión. Dirección de Enfermería. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. División de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

36. Medicina Laboral. Bioseguridad, Recomendaciones de Bioseguridad para laboratorios Diagnósticos e Investigación.

Disponible en.

<http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.asp?IdEntrega=909>

37. Colombia. Ministerio de Protección Social. Observatorio de Calidad-
Disponibile en:

http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx