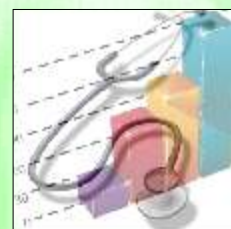
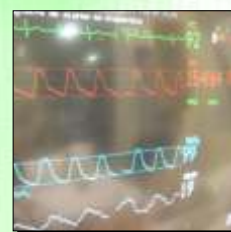


LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
SANDRA E. GALLEGOS M.D.
Consultores



GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNÁN DARÍO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.
JOSÉ EDUARDO FLÓREZ
SAMUEL FRANCISCO ROJAS
Equipo Técnico

***Experto Clínico que revisó:
Dr. Juan Carlos Murillo
Director Proyecto Calidad A&S***



**LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MARCO TEÓRICO



**LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La instrucción del presente paquete, está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, médicos y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería y, camilleros, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la buena práctica **“La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”** desarrollada en el paquete, sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.



RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.1.6. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores:

Al menos

- Gestión de eventos adversos
- Reporte de eventos adversos
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador ventilador, etc.
- Detección de riesgos del ambiente físico
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador



INTRODUCCIÓN

La seguridad es un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecte al funcionamiento de todo el sistema, pensar en forma global más que en lo individual o personal.

Sin embargo, a pesar del creciente interés por la seguridad todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de los centros. Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento

pendiente (1).

Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que esta premisa se cumpla, se



necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores.

No tener un claro diagnóstico de situación dificulta una correcta evaluación de la seguridad. No es suficiente creer tener una buena calidad de atención, hay que probar que sí se hace y por lo tanto hay que medir que hacemos y objetivarlo. Lo que no se mide no se puede controlar y sin control no hay gestión efectiva.

Esto nos lleva directamente a la necesidad de utilizar indicadores como herramientas útiles para poder interpretar lo que está ocurriendo, para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: los indicadores de seguridad en la atención pasan a cobrar una importancia fundamental para saber si se atiende en forma segura.

El diseño de los indicadores debe estar íntimamente relacionado con el funcionamiento de cada organización.

Los indicadores deben tener un objetivo concreto a medir, luego se desarrollarán y validarán mediante la recolección de datos y se expresarán a través de fórmulas matemáticas, tablas o gráficos.

Deben cumplir con ciertas características esenciales: pertinencia, precisión, oportunidad y confiabilidad.

Existen numerosas clasificaciones de indicadores: en relación al producto, servicio o proceso. Por lo que miden: impacto, cobertura, eficiencia, calidad y recursos.

Otros indicadores evalúan el desempeño y la seguridad de manera global, como los indicadores

de cumplimiento, de evaluación, de eficiencia, de eficacia y de gestión. Estos últimos (los de gestión), parecen ser los más adecuados para calidad en relación a la seguridad de atención, teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados. Los indicadores de gestión están relacionados con las tasas que nos permiten administrar realmente un proceso.

Debe existir consenso en los criterios y en los parámetros de medición, pero no pueden ser universales, ya que cada sitio tiene particularidades propias. Un indicador aislado, obtenido una sola vez, puede ser de poca utilidad. En cambio, cuando se analizan sus resultados a través de variables de tiempo, persona y lugar; se observan las tendencias que el mismo puede mostrar evolutivamente.

Cuando se combinan con otros indicadores apropiados, se convierten en poderosas herramientas de gestión pues permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas.

Criterios concretos en la medición seguramente ayudarán a una buena comparación entre distintas entidades, hospitales, centros, etc. Más aún en la bibliografía mundial no se ha llegado a un acuerdo, por lo que basándonos en los estudios publicados debemos formular indicadores locales, pero con un marco teórico fiable y repetible. Diversos trabajos enumeran Indicadores de Seguridad de Atención en los cuales podemos basarnos para realizar un trabajo que identifique situaciones potenciales de riesgo y poner en perspectiva de seguridad la calidad de atención.

Creemos que la unificación de criterios de medición es el reaseguro para confirmar la utilidad. El paso siguiente es la comparación y de ahí en más, los cambios de estrategia para



mejorar la seguridad.

Trabajar en reformular, adaptar, y crear Indicadores de Seguridad de Atención precisos y útiles para nuestra comunidad es una meta pero no un fin en si mismo.

Debemos ponerlos en práctica y posteriormente revisar nuestras actividades. Realizar los cambios necesarios para mejorar la seguridad de atención de pacientes es una obligación de la actividad médica

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para que en la institución se monitoricen los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Objetivos Específicos

- Promover el conocimiento, formación y cultura de Seguridad.
- Promover la investigación en Seguridad
- Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente
- Promover el análisis causal de los eventos e incidentes adversos
- Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores

2. MONITORIZACIÓN

Se entiende por monitorización la medición sistemática y planificada de indicadores con el objetivo de identificar la existencia de situaciones que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir

La medición se realiza a través de indicadores los cuales deben cumplir con las siguientes características:

- Válido
- Fiable
- Útil (apropiado)

Monitorización Intrainstitucional

Realizar medición y seguimiento a la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos dentro de la institución, recordando que esta no es la mejor forma para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presencia de eventos adversos, por lo tanto se recomienda realizar a intervalos periódicos estudios que midan la prevalencia y la incidencia de la ocurrencia de dichos eventos, como por ejemplo la utilizar la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS. Repitiendo el estudio a intervalos regulares se obtiene información de estudios de prevalencia en capa, que constituye una buena alternativa para evaluar la tendencia de los eventos (2).

Monitorización Cuadro de Mando del SOGC

En el cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se encuentran indicadores que permite realizar análisis del progreso de la estrategia tanto a nivel institucional como extrainstitucional. Estos indicadores son:

- Instituciones que realizan Vigilancia de Eventos Adversos (numerador del indicador I.3.3.)
- Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas (Indicador I..3.1.)
- Razón de mortalidad materna (Indicador E.3.2.)
- Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (Indicador E.3.1.)

Monitoria Interna y Externa

Se debe realizar comparación de la medición con indicadores de referencia internacional, para lo cual la mejora alternativa son los indicadores de Calidad en Salud de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que agrupa a los países industrializados del mundo en temas de política



económica (3)

Después del análisis realizado por el panel de expertos, se seleccionaron la siguiente lista de indicadores:

Infecciones hospitalarias:

- Neumonía por asistencia respiratoria mecánica
- Infección de herida operatoria
- Infección debida a la acción del médico
- Úlcera por decúbito (o por presión)

Complicaciones intra y post-operatorias:

- Complicaciones de la anestesia
- Fractura de cadera post-operatoria
- Embolismos pulmonar post-operatorio o trombosis venosa profunda
- Sepsis post-operatoria
- Dificultades técnicas con el procedimiento.

Eventos centinela:

- Reacción transfusional
- Grupo sanguíneo erróneo
- Sitio operatorio erróneo
- Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento
- Eventos adversos relativos al equipo médico
- Errores de medicación

Obstétricos:

- Trauma o injuria neonatal
- Trauma vaginal obstétrico
- Trauma obstétrico por cesárea
- Problemas con el parto

Otros eventos adversos asistenciales:

- Caída del paciente
- Fractura o traumatismo de cadera intra-hospitalarios

Todos los procesos de Monitorización parten de la filosofía del control en los modelos organizacionales de calidad, de tan vital importancia que en muchos casos determinan el éxito en la implantación de los Sistemas de Garantía de la Calidad.



3. METODOLOGÍA

Instrumentos de Medición de la Calidad y Seguridad Del Paciente

En una institución debe medirse la calidad y la seguridad de la atención mediante dos enfoques:

- **Enfoque cualitativo:** Análisis de las actividades del proceso de atención
- **Enfoque cuantitativo:** Utilización de indicadores de resultados (efectos adversos)

Tipos de Indicadores (Metodología de Evaluación)

Sucesos centinela (Investigación puntual):

- Sucesos infrecuentes, generalmente inadmisibles
- De manifiesta gravedad
- Con evidentes posibilidades de prevención

Indicadores (Monitorización):

- Sucesos con una frecuencia admisible
- Con menor componente de evitabilidad
- Control obligado para:
 - Evitar desviaciones significativas
 - Valorar eficacia de medidas de control
 - Comparar evolución en el tiempo
 - Comparar con otros centros

Enfoques y Métodos

La medición de la seguridad en la atención debe estar centrada en los siguientes enfoques:

Epidemiológico.

- Frecuencia (Incidencia, prevalencia) de efectos adversos.
- Factores Asociados (Riesgo)

Sistemas de notificación de errores y efectos adversos.

- Analizarlos, aprender de ellos.
- Rediseñar los procesos.



Gestión de riesgos.

- Disminuir litigios
- Seguridad clínica y medioambiental.

Gestión de la calidad y seguridad del paciente

- Diseño, monitorización, mejora.
- (Actualmente) Enfoque mayoritario en seguridad clínica.

INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resultado (AHRQ, OCDE).

“Triggers” (IHI)

- Global
- Efectos adversos asociados a medicación
- Efectos adversos peri-operatorios
- Efectos adversos en UCI
- Efectos adversos en UCI neonatal
- Efectos adversos en asistencia ambulatoria.

Buenas Prácticas (Seguras)

4. REPORTE Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

La institución debe organizar y estandarizar la forma en que se debe reportar los eventos e incidentes adversos que ocurren durante la prestación del servicio, con el fin de analizarlos y encontrar sus causas raíz para eliminarlas garantizando que no vuelvan a presentarse (4).

Sistema de Reporte de Errores y Eventos Adversos

Para poder realizar el análisis de los errores, es necesario, como paso previo, contar con un sistema de reporte confiable que permita conocer que errores se están cometiendo y que eventos e incidentes adversos están presentando los pacientes.

El propósito del reporte de los eventos adversos es única y exclusivamente de prender, nunca buscando culpables para tomar medidas sancionatorias o disciplinarias.

Para que este sistema de reporte funcione adecuadamente es necesario que se cumplan varias condiciones:

- Que la seguridad del paciente en la institución sea una prioridad y que en la organización la política de no castigo frente a los errores y eventos adversos esté activa y funciona. Es evidente que un ambiente en el que quien reporta un error es sometido al escarnio público o es sancionado, propicia el ocultamiento. Por el contrario, si se sanciona a quien no reporte los eventos adversos y se recompensa a quien los reporte, se incentiva el sistema de reporte de eventos adversos.
- Que se promueva una cultura en la que los errores no se personalicen, se hable desprevenidamente de ellos y sobre todo, constituyan una fuente de aprendizaje organizacional. No se puede pretender implantar un sistema de reporte antes de promover la cultura de la seguridad del paciente.
- Que la totalidad de los integrantes del equipo de salud no tengan dudas con respecto a las condiciones anteriores.

La institución puede utilizar los diferentes instrumentos que existen para el reporte de eventos e incidentes adversos, adaptándolos a sus características particulares o diseñar una herramienta propia. En todo caso se debe garantizar la confidencialidad de la información y recordar que esta acción no tiene carácter sancionatorio.

Análisis de Causa Raíz

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de



análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales (4,5).

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).

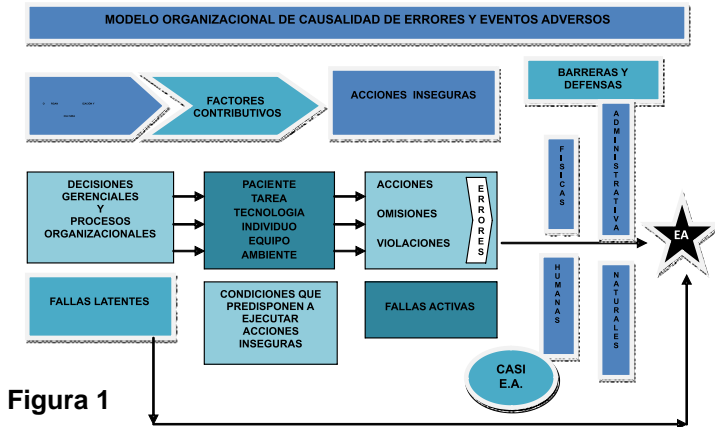


Figura 1

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anesesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las

cuales son conocidas como factores contributivos.

Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día mas compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo.

Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua,



entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla N° 1 resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

Nº	ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
1	PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
2	TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
3	INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
4	EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
5	AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
6	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
7	CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

Tabla 1.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional senior con profesional junior, médico con enfermera, etc) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores

del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”. El protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como “Care Delivery Problems (CDP)”. Nosotros preferimos seguirlas llamando acciones inseguras.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

- La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar, observar o actuar.
- Tomar una decisión incorrecta.
- No buscar ayuda cuando se necesita.

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura



(hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

Análisis de Modo de Falla (AMFE)

El método AMFE se originó en la industria aeronáutica y posteriormente se aplicó en industrias con procesos continuos o discontinuos de producción (5).

Su finalidad consiste en identificar cada potencial o posible forma de falla de un sistema, para posteriormente analizarla, establecer su efecto o consecuencias sobre él y finalmente clasificarla de acuerdo con su gravedad.

En esencia se basa en contestar tres preguntas:

- ¿Qué fallas pueden ocurrir en un subsistema (proceso)?
- ¿Por qué puede ocurrir la falla?, y
- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de esas fallas sobre el subsistema (proceso) y sobre la totalidad del sistema (macroproceso)?

El análisis evalúa cada actividad del proceso para establecer qué puede fallar, por qué puede fallar y cuáles pueden ser las consecuencias de dicha falla. Esto necesariamente implica algún grado de subjetividad e incertidumbre.

Se sugiere que para utilizar esta herramienta lo primero es seleccionar un proceso de alto riesgo por las consecuencias que puede acarrear una falla durante su ejecución, por ejemplo, procesos de intervención de un órgano por o la administración de quimioterapia.

A continuación debe diagramarse el proceso actividad por actividad, para luego analizar el (los) posible(s)

modo(s) de falla de cada actividad, la(s) causa(s) de cada falla, el (los) efecto(s) de cada falla, la probabilidad de que ocurran, la probabilidad de detectarlas y su gravedad o impacto.

Con esta información se prioriza la criticidad de cada falla y con base en ella se diseñan las acciones orientadas a reducir su posible ocurrencia.

Esta herramienta permite evaluar procesos de manera proactiva, antes de que ocurran las fallas, en lugar de esperar a que estas ocurran para reaccionar. En estas condiciones los procesos sujetos de este análisis son aquellos cuya probabilidad de falla es baja o muy baja, pero su impacto sobre el paciente es o puede ser catastrófico. Un proceso que falla con frecuencia es poco probable que esté causando eventos catastróficos y debería ser fácilmente detectable y por lo tanto, susceptible de mejora mediante análisis retrospectivo de lo ocurrido.

5. PROCESO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

En la figura 2 se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.4

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir que tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional





Figura 2

Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.

Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de

Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).

- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron (por ejemplo, equipo defectuoso) y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo mas pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él



un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Tabla 2.

Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse

mediante un dibujo esquemático.

Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas (por acción o por omisión) en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.



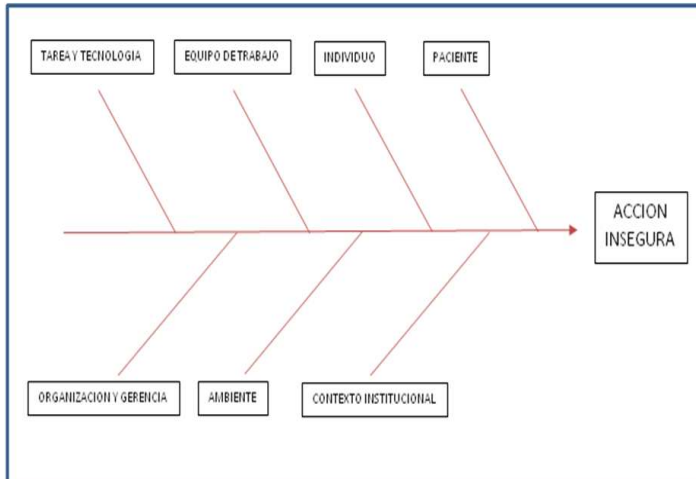


Figura 3

Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas.

El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su

ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

6. REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

Con bastante frecuencia se observa que los errores ocurren en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables, por esta razón es conveniente que las instituciones realicen reportes extra institucionales, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes, aprendiendo con los errores de los actores del sistema.

Para esto es necesario que se tome conciencia por parte del médico, la enfermera u otros profesionales o técnicos de las salud, la importancia de la identificación y reporte del evento adverso voluntario para que tenga receptividad y audiencia de todo el sistema de salud del país.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Seguridad: Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.

Efectividad: Provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos (evitar sub y sobre utilización respectivamente).

Servicio Centrado en el Paciente: Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

Oportunidad: Reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria.

Eficiencia: Evitando el desperdicio de equipamiento,

insumos, ideas y energía.

Equidad: Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

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

Atención en Salud Segura: Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

Atención Insegura: Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

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

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

- Falla activa: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso
- Falla latente: Fallas en los sistemas de soporte.

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

Evento Adverso: Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- Evento Adverso Prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento Adverso No Prevenible: Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

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

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

Violación de la Seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la atención en salud insegura con el propósito de mitigar sus consecuencias y/o prevenir su recurrencia.

Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las



acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1). ¿Qué implica hablar de una cultura de seguridad de pacientes?, Kerguelén B, Carlos A., Vía salud, Gestión, Calidad y Logros. Centro de Gestión Hospitalaria, Número 41, Octubre de 2007

(2). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad el Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social, Colombia, 2007.

(3). Indicadores de Calidad en Salud de la OCDE1 Perspectivas.

(4). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de la Protección Social, Colombia, 2008

(5). "Error en medicina y seguridad en la atención de los pacientes", Comité de Error en Medicina, Centro de Investigación Epidemiológica, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina, mayo de 2004

Bibliografía de Profundización

BIBLIOGRAFÍA:

ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS, 2008

Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo.
INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE. RESULTADOS DE SU MEDICIÓN EN UNA MUESTRA DE HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL. Ministerio de Sanidad y Consumo, España, Universidad de Murcia, 2008

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical / Health Care Error Reduction. Oakbrook Terrace, IL:JCAHO; 2002.

La investigación de prácticas seguras hechas por la Universidad de Stanford. Las prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF) Leape L. Can we make health care safe? In: Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success Stories from the Front Lines of Medicine. Accelerating Change Today For America's Health. The Institute Coalition on Health Care - The Institute for Healthcare Improvement; 2000.

Lista de comprobación quirúrgica de mayo. Mejorar los Resultados para la cirugía no cardíaca. Laurie Barclay, MD Medscape Medical News 2009. © 2009 Medscape

Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: "Atención limpia es una atención más segura" y Cirugías Seguras: "The second global patient safety challenge safe surgery saves lives".

Manual de Indicadores Programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales (PICAM) Sociedad Argentina para la Calidad en La Atención de la Salud. Marciano, Beatriz "Utilidad de Indicadores de Seguridad de Atención de Pacientes. Debemos medir lo que hacemos". Octubre 2007. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES: DE LAS IDEAS A LA ACCIÓN, Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2008

NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA EN COLOMBIA 2009. Comité de Seguridad. SCARE

Patient Safety Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. February 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.html

Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008.

Quality Indicators-Guide to Patient Safety Indicators Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.AHRQ

Reportable Events, Guidelines September 2001, the Ministry of Health, New Zealand





The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009
UNDERSTANDING PATIENT SAFETY. Robert M. Wachter, MD. Mc Graw Hill Lange, 2008

CIBERGRAFÍA:

www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/conferencias/dr_pedro_satur...

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm

www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial32.pdf
eurosocialsalud.eu/files/docs/00573.pdf

www.slideshare.net/sanidadyconsumo/diseo-de-un-cuadro-de-indicado

www.pdf-search-engine.com/indicadores-de-calidad-seguridad-pacien

www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/archivos/eward_kelle

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buena

blog.plandecalidadsns.es/473/seguridad-del-paciente/indicadores-d

www.plandecalidadsns.es

www.proz.com/kudoz/english_to_spanish/medical:_health_care/238719

www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNe

www.slideshare.net/sanidadyconsumo/evaluacin-de-indicadores-de-es

www.saludinnova.com/ideas/contest/seguridad-del-paciente-polimedi

http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?pgseed=1258025367119&idContent=747266&locale=es_ES&textOnly=false

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm

www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../patientsafety.html

www.juntadeandalucia.es/.../observatorioseguridadpaciente

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp1.pdf

www.misionesonline.net/paginas/detalle2.php?db

www.errorenmedicina.anm.edu.ar

www.seguridaddelpaciente.es

www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n3/edit.html

www.hospitalquitos.gob.pe

www.fao.org/docrep/008/y5224s/y5224s04.htm

www.slideshare.net/.../la-seguridad-del-paciente-en-cirugia

www.hospitalpuentepiedra.gob.pe/PLAN%20SEGURIDAD%202.doc





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



**LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).

Como instructor también debe comprender a profundidad como funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.



1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Monitorizar aspectos relacionados con la seguridad del paciente, desarrollando procesos de investigación de eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.

Competencias Institucionales

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente.
- Desarrollar procesos de investigación cualitativa en temas de Seguridad.
- Adelantar el análisis causal de los eventos e incidentes adversos.
- Tomar decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Proceso de la investigación y sus fases
- Tipos de investigación
- La investigación cualitativa
- Cultura de seguridad del paciente
- Políticas de Seguridad del paciente
- Barreras y defensas
- Acciones inseguras que contribuyen en la

aparición de eventos adversos.

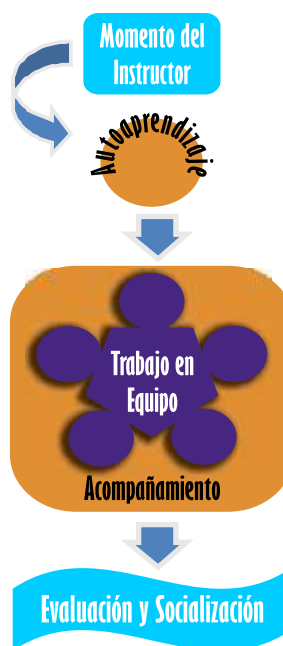
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias que favorecen la aparición de eventos adversos.
- Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos para que se presenten eventos adversos.
- Planes de acción y barreras de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos

De Procesos

- Desarrollo de las fases de investigación cualitativa
- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Medición de la frecuencia de eventos adversos

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:



Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que desarrollará el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje:

Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de la monitorización en las instituciones sobre aspectos claves de seguridad del paciente estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematice y explore necesidades y expectativas.

Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organice, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de caídas, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apoyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplificarla basado en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).



Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que el alumno se apropia de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor sea incapaz de hacer actividad alguna; en este caso particular:

- Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre las caídas y explica el desarrollo de este documento. (ver paquete “Modelo Pedagógico”).
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

Trabajo en Equipo

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para la propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo requiere, estamos hablando del 50% del tiempo total, es decir 120 minutos, en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica mas pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, monitorización en seguridad del paciente, recomendamos desarrollar “Mapas Conceptuales”.

Este momento lo desarrollará el instructor de la siguiente manera:

Organización:

El grupo grande se divide en subgrupos para tratar un tema, o varios temas relacionados con los procesos de investigación de causas que generan eventos adversos

Técnica Didáctica:

Mapas Conceptuales (ver anexos)

- Explica mediante un ejemplo el significado y la construcción de un mapa conceptual.
- Remita a los subgrupos a la elaboración de mapas conceptuales sobre la(s) temática (s) asignada(s) con las respectivas instrucciones que les permita alcanzar el propósito de formación, en este caso relacionados con los procesos de investigación. Atienda las inquietudes que se presenten.
- Cada equipo conformado asigna un secretario relator de las conclusiones grupales provenientes de los mapas conceptuales producidos en cada subgrupo. Diseñe el tiempo que tienen los equipos para el desarrollo de la temática, utilizando esta técnica.
- Una vez se ha diseñado en cada equipo el mapa conceptual sobre la temática de investigación planteada, se procede a una presentación y lectura rápida que cada secretario relator hace sobre la construcción realizada. Se conceden 5 minutos por relator. Permita que cada equipo presente una solución diferente de acuerdo con sus conocimientos y experiencias. Solicite el documento escrito de las conclusiones grupales.
- Invite a que cada equipo haga un la lectura del mapa, ahora en un proceso más lento, comprensivamente.
- Identifique en cada mapa los conceptos fundamentales más que más abarcan los procesos de investigación, los de mayor jerarquía y procure que éstos se encuentren ubicados en la parte

superior. Revise que en la parte inferior se encuentren los de menor jerarquía

Resultados:

- Analice en plenaria las opiniones y mapas conceptuales de cada uno de los equipos.
- Sintetice las opiniones vertidas de los equipos.

Aunque proponemos los mapas conceptuales para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el Instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario-estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la presente guía de aprendizaje.
- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación, es decir 35 minutos, y tiene que ver con el cierre; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicación de las conclusiones grupales.
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas a prevenir las caídas de los pacientes.
- Invita a los alumnos a desarrollar la auto evaluación que se presente en la “Guía del Alumno”.
- Cierra la sesión, en donde participan los liderazgos entregados.

Agenda Propuesta “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	<u>85</u>
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	<u>120</u>
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	<u>35</u>
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	<u>240</u>

Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, con sus referencias bibliográficas y de profundización
- Guía del Alumno “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”
- Mapa Conceptual
- Diapositivas del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de la monitorización de eventos adversos en las instituciones de salud.
- Explican y entienden las principales acciones de monitorización y seguimiento en aspectos de la seguridad del paciente.
- Identifican los modelos de investigación y análisis en eventos adversos.
- Proponen modelos de monitorización e indicadores de gestión para aspectos claves en la seguridad del paciente.

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



**LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas, y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender, que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general está instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, acciones de monitorización de aspectos claves en la seguridad del paciente.



1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

Competencias a Desarrollar

- Monitorizar aspectos relacionados con la seguridad del paciente, desarrollando procesos de investigación de eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

Resultados de Aprendizaje

- Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente.
- Desarrollar procesos de investigación cualitativa en temas de Seguridad.
- Adelantar el análisis causal de los eventos e incidentes adversos.
- Tomar decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores.

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre la monitorización de aspectos claves en la seguridad del paciente, para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas

más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la óptima monitorización de aspectos claves sobre la seguridad del paciente, a la seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno:

Recuerde que la seguridad es un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecte al funcionamiento de todo el sistema, pensar en forma global más que en lo individual o personal.

Sin embargo, a pesar del creciente interés por la seguridad todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de los centros. Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento pendiente.

Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que esta premisa se cumpla, se necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores.

No tener un claro diagnóstico de situación dificulta una correcta evaluación de la seguridad. No es suficiente creer tener una buena calidad de atención, hay que probar que sí se hace y por lo tanto hay que medir que



hacemos y objetivarlo. Lo que no se mide no se puede controlar y sin control no hay gestión efectiva

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para apropiarse de la política de Seguridad del paciente

y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales se contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para la monitorización de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida.
- Participación en la sesión de formación.
- Observación y análisis de las Diapositivas en la clase.
- Reflexión sobre las metodología y métodos de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- Seminario participativo.

Recomendaciones y actividades preventivas para monitorizar aspectos relacionados con la seguridad del paciente:

- Proponer modelos de medición e indicadores de gestión sobre aspectos relevantes de seguridad del paciente.

- Proponer modelos de monitorización para la gestión de los eventos adversos, dentro de la institución.

Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando las referencias bibliográficas y de profundización específica del tema (ver Marco Teórico).
- Como resultado de esta indagación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.
- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, a modo de autoevaluación, preguntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica acerca de la monitorización de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente
- Es capaz de desarrollar procesos de investigación cualitativa en temas de Seguridad.
- Conoce y entiende el análisis causal de los eventos e incidentes adversos
- Esta en capacidad de tomar decisiones, basado en información de indicadores, para mejorar la seguridad del paciente en la institución.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización sobre la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente
- Procesos de investigación cualitativa en temas de seguridad el paciente.
- Análisis causal de eventos adversos.
- Indicadores y formas de monitorizar los eventos adversos.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de un mapa conceptual

Dentro de la institución, se implementaran sistemas de monitorización de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

“LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”





Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
“BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN





PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda: (uno o varios):

- Implementar indicadores que midan el esfuerzo intrainstitucional:
proporción de gestión de eventos adversos
proporción de reporte de eventos adversos
- Indicadores que midan la extensión de la vigilancia de eventos adversos en una red o en una región: Proporción de IPSs o EAPB que vigilan o que gestionan EA.
- Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc. De acuerdo a la institución



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

La seguridad es un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecte al funcionamiento de todo el sistema, pensar en forma global más que en lo individual o personal.

Sin embargo, a pesar del creciente interés por la seguridad todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de los centros. Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento pendiente.





MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema.





MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

Esto nos lleva directamente a la necesidad de utilizar indicadores como herramientas útiles para poder interpretar lo que está ocurriendo, para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: **los indicadores de seguridad en la atención pasan a cobrar una importancia fundamental para saber si se atiende en forma segura.**



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la

“MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”.



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover el conocimiento, formación y cultura de Seguridad.
- Promover la investigación en Seguridad
- Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente
- Promover el análisis causal de los eventos e incidentes adversos
- Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores




MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

CONCEPTOS

MONITORIZACION:

- Se entiende por monitorización la medición sistemática y planificada de indicadores con el objetivo de identificar la existencia de situaciones que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir
- La medición se realiza a través de indicadores los cuales deben cumplir con las siguientes características:
 - Válido
 - Fiable
 - Útil (apropiado)



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

CONCEPTOS

MONITORIZACIÓN INTRAINSTITUCIONAL:

Realizar medición y seguimiento a la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos dentro de la institución, recordando que esta no es la mejor forma para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presencia de eventos adversos, por lo tanto se recomienda realizar a intervalos periódicos estudios que midan la prevalencia y la incidencia de la ocurrencia de dichos eventos, como por ejemplo la utilizar la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS. Repitiendo el estudio a intervalos regulares se obtiene información de estudios de prevalencia en capa, que constituye una buena alternativa para evaluar la tendencia de los eventos.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

CONCEPTOS

MONITORIZACION CUADRO DE MANDO DEL SOGC

- En el cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se encuentran indicadores que permite realizar análisis del progreso de la estrategia tanto a nivel institucional como extrainstitucional. Estos indicadores son:
- Instituciones que realizan Vigilancia de Eventos Adversos (numerador del indicador I.3.3.)
- Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas (Indicador I..3.1.)
- Razón de mortalidad materna (Indicador E.3.2.)
- Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (Indicador E.3.1.)

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

CONCEPTOS

MONITORIA INTERNA Y EXTERNA:

Se debe realizar comparación de la medición con indicadores de referencia internacional, para lo cual la mejora alternativa son los indicadores de Calidad en Salud de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que agrupa a los países industrializados del mundo en temas de política económica.³

Después del análisis realizado por el panel de expertos, se seleccionaron la siguiente lista de indicadores:

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
REPUBLICA DE COLOMBIA



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

METODOLOGIA

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- En una institución debe medirse la calidad y la seguridad de la atención mediante dos enfoques:
- Enfoque cualitativo: Análisis de las actividades del proceso de atención
- Enfoque cuantitativo: Utilización de indicadores de resultados (efectos adversos)



PANEL DE INDICADORES
MONITOREO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

METODOLOGIA

TIPOS DE INDICADORES (metodología de evaluación)

Sucesos centinela (Investigación puntual):

- Sucesos infrecuentes, generalmente inadmisibles
- De manifiesta gravedad
- Con evidentes posibilidades de prevención

Indicadores (Monitorización):

- Sucesos con una frecuencia admisible
- Con menor componente de evitabilidad
- Control obligado para:
 - Evitar desviaciones significativas
 - Valorar eficacia de medidas de control
 - Comparar evolución en el tiempo
- Comparar con otros centros

PANEL DE INDICADORES
MONITOREO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ENFOQUES Y METODOS

- La medición de la seguridad en la atención debe estar centrada en los siguientes enfoques:
- Epidemiológico.
- Frecuencia (Incidencia, prevalencia) de efectos adversos.
- Factores Asociados (Riesgo)
- Sistemas de notificación de errores y efectos adversos.
- Analizarlos, aprender de ellos.
- Rediseñar los procesos.
- Gestión de riesgos.
- Disminuir litigios
- Seguridad clínica y medioambiental.
- Gestión de la calidad y seguridad del paciente
- Diseño, monitorización, mejora.
- (Actualmente) Enfoque mayoritario en seguridad clínica.

PANEL DE INDICADORES
MONITOREO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PROCESO DE INVESTIGACION

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)



```
graph TD; A[INVESTIGACION DE INCIDENTES  
(ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)] --> B[DEFINICION DEL  
PROBLEMA  
OBJETIVO]; B --> C[SELECCION DEL  
TIPO DE  
INCIDENTE]; C --> D[REUNION DE  
EQUIPO DE TRABAJO  
PROXIMO A LOS  
HECHOS]; D --> E[ANALISIS DE  
CAUSAS  
CONTRIBUYENTES  
AL INCIDENTE]; E --> F[RECOMENDACIONES  
CORRECTIVAS]; F --> G[REVISION DEL  
PROCESO]; G --> H[REVISION DEL  
PROCESO];
```

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

Con bastante frecuencia se observa que los errores ocurren en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables, por esta razón es conveniente que las instituciones realicen reportes extra institucionales, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes, aprendiendo con los errores de los actores del sistema.

Para esto es necesario que se tome conciencia por parte del médico, la enfermera u otros profesionales o técnicos de la salud, la importancia de la identificación y reporte del evento adverso voluntario para que tenga receptividad y audiencia de todo el sistema de salud del país.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



ANEXOS



**LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

1. FORMATO SUGERIDO PARA EL REPORTE INTRAINSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS

Módulo 1. DESCRIPCION DE LO OCURRIDO

DESCRIPCION DEL SUCESO ADVERSO

ACCIONES INSEURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD

1. _____

2. _____

3. _____

FACTORES CONTRIBUTIVOS

1. _____

2. _____

3. _____

FECHA del reporte:

DD	M	AAA

 HORA del reporte

Nombre del reportarte: _____

SERVICIO QUE REPORTA: _____



2. ANÁLISIS DE MODO DE FALLA Y EFECTO

N.º	Actividad	Modo de falla	Causas de la falla	Efectos de la falla	Probabilidad de ocurrencia (1-4) ¹	Probabilidad de detectarla (1-10) ²	Gravedad (1-10) ³	Criticidad d ⁴	Acciones para reducir su ocurrencia
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

¹ Probabilidad de ocurrencia: 1 remoto (puede ocurrir una vez cada 5 a 30 años); 2: raro (puede ocurrir una vez cada 2 a 5 años); 3: ocasional (puede ocurrir entre 1 y 2 veces al año); 4: frecuente (puede ocurrir dentro de un breve período de tiempo, varias veces en un año).

² Probabilidad de detectarla: 1: muy probable de detectar; 10: muy poco probable de detectar.

³ Gravedad: 1: evento menor (sin impacto sobre el paciente quien puede no notarlo); 4: evento moderado (puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo); 7: evento mayor (incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de insatisfacción por parte del paciente); 10: evento catastrófico (muerte o incapacidad permanente mayor).

⁴ Criticidad: probabilidad de ocurrencia x probabilidad de detección x severidad



3. TÉCNICA DIDÁCTICA: MAPAS CONCEPTUALES

Instrucciones:

1. Conformar cinco (5) grupos
2. Criterios para elaborar un mapa conceptual:
 - Jerarquización. Los conceptos se disponen en orden de importancia; los más abstractos, inclusivos o generales se colocan en la parte superior de la estructura gráfica.
 - Selección. La elaboración de mapas conceptuales implica gran capacidad de síntesis, ya que contienen lo más significativo de un mensaje o tema.
 - Impacto Visual. Se realiza una codificación visual y semántica de los conceptos, conectores y proposiciones, con criterios estéticos de organización.
 - En cada elipse se escribe un solo concepto (que puede ser expresado con varias palabras).
 - Las palabras enlace deben conformar, junto con los conceptos, proposiciones.
 - Los conceptos se escriben con letra mayúscula y las palabras enlace con letras minúsculas.
 - En los mapas conceptuales no tiene sentido la flecha, porque la relación entre conceptos está especificada por las palabras enlace.
3. Diez pistas para elaborar un mapa conceptual:
 - Leer globalmente todos los componentes de la estructura textual.
 - Leer de manera corrida y relativamente rápida todo el texto.
 - Leer, en un proceso más lento, comprensivamente. En un papel aparte elaborar “minimapas” parciales que reflejen las estructuras conceptuales más significativas. Encierre los conceptos, que se escriben en mayúsculas, en elipses.
 - Identificar los conceptos fundamentales más abarcativos, ubicarlos en borrador en la parte superior; a continuación ubicar en la parte inferior los conceptos de menor jerarquía que conforman el concepto más abarcativo.
 - Trabajar en segmentos parciales o “minimapas”. A medida que avance la lectura se irán integrando estos mapas parciales en mapas de mayor envergadura. Recuerde que aún estamos trabajando en borrador.
 - Tanto en la elaboración parcial como en la elaboración más integrada se tendrá siempre en cuenta el criterio estético de orden, diagramación coherente y limpieza. Note que hasta ahora no nos hemos preocupado por los conectores; éstos, se van intuyendo e identificando si la lectura es comprensiva. Aunque en estas fases de elaboración están como escondidos, surgirán de manera espontánea y natural en la fase final. Este proceso tiene un valor pedagógico muy grande por cuanto sirve para afianzar el aprendizaje de manera más profunda y significativa.
 - Reubicar las elipses con criterios de simetría y orden.
 - Si el trabajo final se elabora en Power Point, conviene trabajar evidenciando la cuadrícula de fondo; ello ayuda a la diagramación final. El software Map Tools que se adquiere libremente en Internet es otra buena opción.
 - Una vez diagramado todo el mapa, se identifican y establecen claramente los vínculos y se escriben en letras minúsculas.
 - Se ajustan los conceptos, la diagramación y los conectores.

Es posible que la dimensión del texto implique la elaboración de varios mapas conceptuales. Expresar todo el texto en un sólo mapa puede resultar imposible o en el mejor de los casos, el mapa



3. TÉCNICA DIDÁCTICA: MAPAS CONCEPTUALES

puede resultar muy recargado dificultando con ello su lectura. En este caso se puede fragmentar el mapa en varios submapas, teniendo el cuidado de suministrar claramente la información de enlace entre un submapa y el siguiente. Este proceso, realizado inversamente, permite, a partir de la identificación del objetivo, los criterios y conceptos principales, diseñar una estructura textual coherente cristalizada en un Mapa Conceptual como fase preliminar para elaborar un texto convencional.

4. Conceptos propuestos para trabajar:

- Monitoria Interna
- Monitoria Externa
- Metodología para la monitoria
- Sistema de Reporte y análisis de Eventos Adversos
- Proceso de Investigación de Eventos o Incidente de eventos Adversos
- Análisis Causa Raíz (Protocolo de Londres)
- Análisis de Modo de Falla y Efecto (AMFE)
- Plan de acción

5. Presentación de los trabajos en grupo

6. Conclusiones



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Infecciones debidas a la atención clínica: Tasa por mil
Código	I.3...
Justificación	<p>Existe un consenso generalizado de que las organizaciones de atención médica, pueden reducir lesiones a los pacientes, mejorando el entorno para la seguridad al aplicar cambios técnicos, como los sistemas electrónicos de registro médico, a la mejora de sensibilización del personal de los riesgos de seguridad de los pacientes. Las intervenciones clínicas es un proceso que también tiene una evidencia fuerte para reducir el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición del paciente al cuidado intrahospitalario. Indicadores de la Seguridad del Paciente (PSI), que se basan en información institucional resúmenes de costos del AHRQ's Healthcare y la Utilización del Proyecto (HCUP), se puede usar para priorizar y evaluar mejor las iniciativas locales y nacionales. Los análisis de estos y otros datos administrativos, fácilmente disponibles podrán prevenir posibles errores médicos y un método para medir su evolución en el tiempo.</p> <p>Los indicadores de Infecciones generados durante la atención en salud, es un indicador que se destina especialmente a casos del servicio de aislados. Este indicador se define tanto a nivel profesional * (incluyendo casos basados en un diagnóstico secundario asociado a la misma hospitalización) como a nivel de la zona (mediante la inclusión de todos los casos de infección) (véase el correspondiente Centro Nacional de Medidas de calidad [NQMC resumen] de la Agencia para la Investigación y Calidad indicador [AHRQ])</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de casos de infecciones asociadas con la atención en salud, en el periodo
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados /atendidos, en el periodo
Unidad de medición	Tasa por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libros de registro servicios hospitalarios
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

Este indicador puede aplicarse indistintamente a servicios hospitalarios como ambulatorios

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, servicio.		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<p>AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente [versión 3.1]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. 76 p. (AHRQ Pub.; no. 03-R203).</p> <p>AHRQ indicadores de calidad. Indicadores de seguridad del paciente: las especificaciones técnicas [version 3.2]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008 10 de marzo. 107 p</p> <p>National Quality Measures Clearinghouse</p>		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de bacteremia en pacientes con catéter central
Código	I.3...
Justificación	<p>Relacionada con el catéter, las infecciones vasculares son la principal causa de infecciones adquiridas en el hospital, y se asocian con una morbilidad significativa en pacientes críticamente enfermos.</p> <p>La mayoría de infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) se consideran evitables. Después de la inserción CVC, la atención correcta, podría desempeñar un papel crucial en la prevención de las infecciones relacionadas con CVC.</p> <p>El principal objetivo del indicador: para aumentar el número de CVC que se mantienen correctamente.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con catéter central que presentaron bacteriemia, en el periodo
Denominador	Numero total de pacientes con catéteres venoso central
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	<table border="1"> <tr> <td>NO requiere ajuste por riesgo</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Ajuste por edad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ajuste por sexo</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, por servicio</td> </tr> </table>	NO requiere ajuste por riesgo	X	Ajuste por edad		Ajuste por sexo		Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, por servicio	
NO requiere ajuste por riesgo	X								
Ajuste por edad									
Ajuste por sexo									
Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, por servicio									
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.								
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador								
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador								
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema								
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministerio de Salud. Safe practices indicators project: background, summary of methods and measurement strategies. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministry of Health; 2009 Feb 20. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p ➤ Adaptado del indicador: Prevention of central venous catheter (CVC)-related infections, de la National Quality Measures Clearinghouse 								



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de días de ventilación mecánica con la cabecera del paciente elevada a 30 grados o más.
Código	I.3...
Justificación	<p>Con el fin de disminuir la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es una estrategia integrada y completa que incluye una serie de componentes que deben ejecutarse, por ejemplo, el cumplimiento de higiene de las manos y las precauciones estándar, la disminución en la frecuencia de cambio de los materiales desechables del circuito del ventilador, la suspensión de alimentos enterales durante el transporte de pacientes, etc. El uso de la posición semi-reclinada es un componente de la estrategia integral.</p> <p>En pacientes con ventilación mecánica, la posición semi-reclinada reduce la frecuencia y el riesgo de neumonía nosocomial en comparación con la posición supina. En un estudio realizado en 1999 por Drakulovic (Lancet, 1999), el uso de la posición semi-reclinada - elevar la cabecera de la cama (HOB) igual o superior a 30 grados - se asoció con una reducción del riesgo absoluto de un 26 por ciento con sospecha clínica de neumonía nosocomial y una reducción del 18 por ciento del riesgo absoluto en la neumonía por aspiración. La literatura actual recomienda la elevación de la cabecera de la cama para los pacientes con ventilación mecánica a 45 grados con el fin de prevenir la neumonía. El grado de elevación de la cabeza de la cama debe basarse en la condición clínica del paciente y la evaluación de factores de riesgo. Para los pacientes con alto riesgo de ruptura de la piel, la elevación de la cabecera de la cama a 30 grados puede ser más apropiado con el fin de prevenir la neumonía y el desarrollo de úlceras por presión.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica con la cabecera de la cama (HOB) elevada a 30 grados o más, en todas las observaciones posibles durante un determinado día (durante todo el día)
Denominador	Sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro UCI.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	<p>NO requiere ajuste por riesgo</p> <p>Ajuste por edad X Ajuste por sexo</p> <p>Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, servicio. X</p>
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Especificaciones manual para las medidas nacionales de calidad del hospital - UCI. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 2005. ➢ Oakbrook Terrace (Illinois): La Comisión Conjunta de Accreditation de Organizaciones de Salud (JCAHO), 2005. various p. p. diversas ➢ National Quality Measures Clearinghouse



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Identificación de alerta de medicamentos
Código	I.3...
Justificación	Ciertos tipos de medicamentos se han mostrado en repetidas ocasiones a causa de eventos adversos de drogas y debe considerarse como graves amenazas a la seguridad del paciente en particular. La existencia en el hospital de una lista de medicamentos de alta alerta refleja sus esfuerzos para prevenir los eventos adversos asociados a estos medicamentos, poniendo de relieve la necesidad de tener especiales precauciones con ellos
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de medicamentos identificados como de alta alerta
Denominador	1
Unidad de medición	Unidades
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	N.A.
Fuente primaria	Comité técnico científico	N.A.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño aceptable	La institución cuenta con una lista de medicamentos de alta alerta			
Estándar meta	La institución cuenta con una lista de medicamentos de alta alerta, actualizado y revisado constantemente.			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministerio de Salud. Safe practices indicators project: background, summary of methods and measurement strategies. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministry of Health; 2009 Feb 20. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p ➤ Nacional Quality Measures Clearinghouse 			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos
Código	I.3...
Justificación	El incorrecto etiquetado y envasado de los medicamentos son causas bien conocidas de errores de medicación graves. Sin embargo, la evidencia demuestra que existen métodos eficaces para la simplificación en farmacia de la dispensación al estandarizar el etiquetado de los envases de medicamentos y jeringas en marcha dibujada y los envases de los medicamentos. Las fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos en el servicio de farmacia del hospital aumentar el riesgo de eventos adversos relacionados con las drogas en todo el hospital. El principal objetivo del indicador: Reducir el porcentaje de fracasos en la conservación y el almacenamiento de medicamentos en el servicio de farmacia hospitalaria
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Documento de auditoría a farmacia	Plan estratégico del servicio de farmacia (aspectos a evaluar)
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de fallos detectados en la conservación y almacenamiento de medicamentos en el período
Denominador	Número total de posibles fallos evaluados*, en el período.
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

*Nota: Los aspectos evaluados en una lista selecta de medicamentos son: fecha de caducidad, la separación de concentrados; custodia bajo llave; refrigeración y protección de la luz. En el caso de los siguientes antídotos también se evaluará: (a) en general: la existencia de una lista de antídotos disponibles, la ubicación separada de otras drogas, y (b) en una lista seleccionada de ellos: fechas de caducidad, adecuada stock, y fácil (rápido) ubicación

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente.
Código	I.3.n.
Justificación	Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. La prioridad de esta medida es para evitar cualquier caída con lesión en el cuidado del contexto hospitalario.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes hospitalizados valorados con riesgo de sufrir caídas en el período
Denominador	Sumatoria de días estancia de los pacientes hospitalizados en e periodo
Unidad de medición	Frecuencia por mil días persona
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse de l comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI). Prevención de caídas (de agudos). Cuidado de la salud de protocolo. Bloomington (MN): Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI); de marzo de 2008 P. 26 [37] Referencias ➢ National Quality Measures Clearinghouse 			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Gestión del riesgo de caídas en pacientes adultos mayores.
Código	I.3...
Justificación	Las lesiones accidentales son la quinta causa principal de muerte en los adultos mayores, y las caídas son responsables de dos tercios de las muertes. Las caídas pueden tener graves consecuencias psicológicas y sociales. Muchas personas mayores que se caen desarrollan un temor a posteriores caídas, que pueden dar lugar a limitaciones funcionales autoimpuestas. De los adultos mayores que se caen, del 20 a 30 por ciento sufren lesiones de moderadas a graves que pueden reducir la movilidad y la independencia, así como aumentar el riesgo de muerte prematura. Las caídas recurrentes son una razón común por la necesidad del cuidado a largo plazo, un estudio reciente encontró que las caídas fueron un factor significativo en un 40 por ciento de los ingresos en cuidados de larga duración.
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Pacientes hospitalizados con edades entre los 6 y 75 años, que en los últimos 12 meses sufrieron una caída, o que poseen problemas de equilibrio.
Denominador	Total de pacientes hospitalizados, con edades entre los 65 y 75 años de edad, en el periodo
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDIS ® 2009: datos sobre asistencia sanitaria y la eficacia de conjunto de datos. Vol. 2, las especificaciones técnicas. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA); 2008 p. julio diversos ➢ Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDIS ® 2009: Los datos de Salud eficacia y establecer la información. Vol. 6, Especificaciones para el Estudio de resultados de salud de Medicare. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA); 2008 p. julio diversos Nacional. ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado.
Código	I.3...
Justificación	"La cirugía se realizó en la parte del cuerpo equivocado", "la cirugía realizada en el paciente equivocado", y "mal procedimiento quirúrgico realizado en un paciente" han sido consideradas como un suceso quirúrgico notificables por el Foro Nacional de Calidad (NQF). Esta medida de resultado sirve como una medida indirecta de la adhesión de los proveedores de "Protocolo de la Comisión Mixta Universal" para la eliminación de lugar equivocado, mal procedimiento, la cirugía persona equivocada. El protocolo universal se basa en el consenso de expertos y está avalada por más de cuarenta asociaciones de profesionales médicos y organizaciones. Para dar cabida a los resultados de todas las comprobaciones de identificación de clave, el Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) Colaboración de medida de calidad no sólo incorpora lugar equivocado, el revés, paciente equivocado y el procedimiento mal, pero mal implante también en sus especificaciones.
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	N.A.
Fuente primaria	Historia Clínica	N.A.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de procedimientos quirúrgicos: en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimientos erróneos e implantes equivocados.
Denominador	1
Unidad de medición	Unidad
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ASC colaboración de calidad. ASC medidas de calidad: guía de implementación. Versión 1.2. Centro Ambulatorio de Cirugía; 18 de abril 2008 p ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de cirugía no planeada
Código	I.3...
Justificación	El número de cirugías realizadas no planeadas, suele tener una relación directa con el número de complicaciones en pacientes quirúrgicos, y con la calidad de la atención y el tratamiento del paciente hospitalizado. Este indicador se ha reconocido como uno de los fundamentales para evaluar la eficacia de los tratamientos hospitalarios y el seguimiento de los procedimientos quirúrgicos.
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de cirugías no planeadas*
Denominador	Total de cirugías hechas
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	
Fuente primaria	Historia Clínica	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2009. ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero 			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir las úlceras por presión

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución
Código	I.3...
Justificación	<p>En el marco institucional, la prevalencia de pacientes con úlceras por presión es entre 2,5% y el 24%, con un promedio de 1,6 a 2,5 por paciente heridas. La incidencia de úlceras por presión en centros de enfermería es de 0.20 a 0.56/1000 días -paciente, que puede aumentar hasta 14/1000 pacientes -día entre los grupos de alto riesgo. Los ancianos son más susceptibles, con el 70% de las úlceras por presión se producen en pacientes mayores de 70 años. Los sitios más comúnmente afectados, comprometiéndolos aproximadamente el 80% de las heridas, son la cintura pélvica (incluyendo isquion, el sacro, el cóccix, y trocánteres) y los talones. Un paciente con una úlcera por presión tiene un 2 a 6 veces mayor riesgo de mortalidad que uno con la piel intacta.</p> <p>Aunque a veces las úlceras por presión se desarrollan a pesar de los mejores esfuerzos del personal de enfermería y otros miembros del equipo multidisciplinario, muchas de estas úlceras se pueden curar si se detecta rápidamente y se trata en una fase temprana. Otras úlceras de presión no se pueden prevenir o pueden ser lentas para sanar a causa de factores del paciente que no puede ser cambiado.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Registro de Hospitalización
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de paciente s que desarrollan úlceras por presión dentro de la institución en el periodo
Denominador	Total de pacientes hospitalizados en el periodo
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Asociación Americana de Directores Médicos. Kit de herramientas para la aplicación de las guías de práctica clínica para las úlceras por presión [encuadernación]. Columbia (MD): Asociación Americana de Directores Médicos (AMDA), 2004. p. diversas ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir las úlceras por presión

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de complicaciones en pacientes con úlceras por presión.
Código	I.3...
Justificación	<p>En el marco institucional, la prevalencia de pacientes con úlceras por presión es entre 2,5% y el 24%, con un promedio de 1,6 a 2,5 por paciente herida s. La incidencia de úlceras por presión en centros de enfermería es de 0.20 a 0.56/1000 días -paciente, que puede aumentar hasta 14/1000 pacientes -día entre los grupos de alto riesgo. Los ancianos son más susceptibles, con el 70% de las úlceras por presión se producen en pacientes mayores de 70 años. Los sitios más comúnmente afectados, comprometiendo aproximadamente el 80% de las heridas, son la cintura pélvica (incluyendo isquión, el sacro, el cóccix, y trocánteres) y los talones. Un paciente con una ú lcer a por presión tiene un 2 a 6 veces mayor riesgo de mortalidad que uno con la piel intacta.</p> <p>Aunque a veces las úlceras por presión se desarrollan a pesar de los mejores esfuerzos del personal de enfermería y otros miembros del equipo multidisciplinario, muchas de estas úlceras se pueden curar si se detecta rápidamente y se trata en una fase temprana. Otras úlceras de presión no se pueden prevenir o pueden ser lentos para sanar a causa de factores del paciente que no puede ser cambiado.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con úlceras por presión que presentaron complicaciones clínicamente significativas, en el período.
Denominador	Numero de pacientes con úlceras por presión, en el período
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Asociación Americana de Directores Médicos. Kit de herramientas para la aplicación de las guías de práctica clínica para las úlceras por presión [en línea]. Columbia (MD): Asociación Americana de Directores Médicos (AMDA), 2004. p. diversas. ➢ National Quality Measures Clearinghouse 			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de pacientes identificados correctamente.
Código	I.3...
Justificación	La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores. La Comisión Conjunta, en Estados Unidos de América, determinó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente, en el primer lugar de sus Objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003, y éste continúa siendo un requisito para la acreditación. Por lo que su monitorización del proceso de identificación del paciente, es importante para los procesos de calidad en la institución y para establecer estrategias de seguridad del paciente.
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro cirugía
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete
Denominador	Total de pacientes identificados con brazalete
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Tasa de fallas en la identificación del paciente quirúrgico.
Código	I.3...
Justificación	Las organizaciones de salud que llevan a cabo, al menos 100 intervenciones quirúrgicas del mismo tipo al año, puede evaluar la seguridad del paciente mediante información sobre la frecuencia de fallas en la identificación del paciente quirúrgico. Un mayor volumen de procedimientos producirá una tasa estadísticamente más confiable. La medición de tasas de los fallos, pueden identificar los problemas relacionados con los factores de prevención para la documentación y la acción correcta..
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro cirugía
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de fallos en la identificación del paciente quirúrgico
Denominador	Total de intervenciones quirúrgicas
Unidad de medición	Frecuencia por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de muestras correctamente identificadas.
Código	I.3...
Justificación	Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo muestras de laboratorio, y en consecuencia mal interpretados e incluso inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, con el consecuente riesgo para el paciente El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, aumentando el porcentaje de las muestras de laboratorio que se han identificado correctamente. Este porcentaje debería aumentar con el tiempo.
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Auditoría en laboratorio	Libro de registro Laboratorio
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de muestras de laboratorio correctamente etiquetadas , en el periodo
Denominador	Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p ➤ Adoptado del indicador: percentage of simple radiographs that are correctly identified, de la National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de errores en la identificación de las muestras de laboratorio
Código	I.3...
Justificación	Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo de muestras de laboratorio, y en consecuencia mal interpretados e incluso inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, con el consecuente riesgo para el paciente El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, disminuyendo el porcentaje de las muestras de laboratorio identificadas incorrectamente. Este porcentaje debería disminuir con el tiempo
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Auditoria Laboratorio	Libro de registro Laboratorio
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de muestras de laboratorio con errores de identificación
Denominador	Número total de muestras de laboratorio evaluadas
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p ➢ Adoptado del indicador: percentage of errors in identification of simple radiographs, de la Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de pacientes con un evento que los hace elegibles para remitirlos a un programa de rehabilitación cardíaca, que no fueron remitidos a dicho programa
Código	I.3...
Justificación	<p>Hay una creciente evidencia científica en los últimos 3 años sobre los beneficios de la rehabilitación cardíaca (RC) servicios para personas con enfermedad cardiovascular (ECV). La evidencia sugiere que los beneficios de los servicios de RC son tan significativos en los últimos años como lo fueron en la era pretrombótica. Debido a esta creciente evidencia, una serie de organizaciones de salud han aprobado el uso de los servicios de RC en las personas con enfermedades cardiovasculares, incluyendo disposiciones para RC en sus guías de práctica y documentos de posición de las prácticas de gestión.</p> <p>A pesar de los beneficios conocidos de la RC y el amplio apoyo de su uso, CR es muy poco utilizado, con menos del 30% de los pacientes elegibles que participan en un programa de CR después de un evento ECV. Las razones de esta brecha en la participación CR son numerosas, pero las razones más críticas y potencialmente corregibles giran en torno a los obstáculos en la referencia inicial de los pacientes a los programas de CR. Estos obstáculos pueden reducirse mediante la adopción sistemática de las órdenes permanentes y otras herramientas similares para la remisión a CR adecuada los pacientes hospitalizados. Por otra parte, la rendición de cuentas del personal médico, asociado con el uso de estas medidas de ejecución, puede dar lugar a nuevos enfoques para mejorar tanto las tasas de derivación como los resultados de los pacientes con ECV.</p> <p>Un componente clave para que los pacientes ambulatorios utilicen el programa de CR, es la referencia adecuada y oportuna de los pacientes. En general, el momento más importante de esta referencia es que tenga lugar mientras el paciente está hospitalizado por un evento que califica / diagnóstico (infarto de miocardio [MI], angina? de pecho esta ble crónica [CSA], injerto de bypass de la arteria coronaria [CABG la cirugía], la intervención coronaria percutánea [PCI], la cirugía de las válvulas cardíacas, o el trasplante cardíaco).</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con eventos que lo califican a una remisión del programa de rehabilitación cardíaca y que no fueron remitidos
Denominador	Número de paciente s hospitalizados con eventos que califican para remitirlos al programa de rehabilitación cardíaca
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Thomas RJ, M. King, K Lui, N Oldridge, Pina IL, J Spertus, AACVPR / ACC / AHA 2007 mide el rendimiento en la rehabilitación cardíaca para la referencia y en la entrega de la rehabilitación cardíaca / servicios de prevención secundaria. J Cardiopulm Rehabil Prev 2007 Sep -Oct;27(5):260-90. Anterior Rehabil Cardiopulm J 2007 Sep -Oct; 27 (5) :260 -90. [74 references] PubMed [74] ➤ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Porcentaje de pacientes hospitalizados sometidos puentes coronarios dentro de las 24 horas de la angioplastia transluminal coronaria percutánea (ACTP)
Código	I.3...
Justificación	La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) se debe realizar con una alta tasa de éxito primario y una baja tasa de complicaciones inmediatas, por ejemplo, infarto agudo de miocardio (IAM) o puentes coronarios
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes sometidos a puentes coronarios, 24 horas después de una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)
Denominador	Número total de pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento o de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Tasa de reacciones transfusionales
Código	I.3...
Justificación	<p>Existe un consenso generalizado que las organizaciones de atención médica pueden reducir lesiones a los pacientes, mejorando el entorno para la seguridad, de aplicar cambios técnicos, como los sistemas electrónicos de registro médico y la mejora de sensibilización del personal de los riesgos de seguridad de los pacientes. Indicadores de la Seguridad del Paciente (PSI), que se basan en los resúmenes informáticos de alta hospitalaria de los costes del AHRQ's Healthcare y la Utilización del Proyecto (HCUP), se puede usar para priorizar y evaluar mejor las iniciativas locales y nacionales. Los análisis de estos y otros datos conjuntos, fácilmente disponibles podrán identificar posibles errores médicos y sería un método para medir la evolución en el tiempo.</p> <p>El indicador de reacción a la transfusión se destina a los casos de abanderamiento de las reacciones importantes, debido a transfusiones (ABO y Rh). Este indicador se define tanto a nivel profesional (mediante la inclusión de casos basados en el diagnóstico secundario asociado con el mismo ingreso) y en un nivel de la zona (mediante la inclusión de todos los casos de reacciones transfusionales)</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes transfundidos que presentaron algún tipo de reacción transfusional, en el periodo.
Denominador	Total de pacientes transfundidos en la institución, en el periodo
Unidad de medición	Tasa por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente [versión 3.1]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. 76 p. (AHRQ Pub; no. 03 -R203). 76 p. (AHRQ Pub.; no. 03-R203) ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de eventos adversos derivados de procesos transfusionales.
Código	I.3...
Justificación	En determinadas circunstancias clínicas, la terapia de componentes sanguíneos (la administración de componentes derivados de sangre humana) puede salvar vidas, restaurar la esperanza de vida normal y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, cada vez es más claro que este tipo de tratamiento tiene limitaciones, y que la decisión de transfundir debe hacerse con sumo cuidado
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con evento adversos asociado a la transfusión, en el periodo
Denominador	Total de pacientes transfundidos en la institución, en el periodo
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará en las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente [versión 3.1]. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007. 12 de marzo. 76 p. (AHRQ Pub; no. 03 -R203). 76 p. (AHRQ Pub.; no. 03-R203) ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de muertes UCI
Código	I.3...
Justificación	<p>Las unidades de cuidados intensivos constituyen aproximadamente el 10% de las camas de los hospitales de atención aguda. El número de admisiones a la unidad de cuidados intensivos anuales en los Estados Unidos se estima en 4,4 millones de pacientes. Debido al envejecimiento de la población y la agudeza cada vez mayor de enfermedad del paciente hospitalizado, se espera que crezcan tanto el número total de atención de pacientes críticos y su parte proporcional de los ingresos hospitalarios en general.</p> <p>Las unidades de cuidados intensivos tienen, en promedio, las tasas de mortalidad entre el 12 y el 17%. En total, aproximadamente 500.000 pacientes de la UCIs mueren anualmente en los Estados Unidos. Debido a los altos costos de las UCIs, mejorar la calidad de atención y las estrategias de utilización de gestión son esenciales. El conocimiento del riesgo que corre un paciente en el día de ingreso en la UCI podría proporcionar una base empírica para mejorar la calidad y las actividades. Las estimaciones en el curso de la terapia, podrían ser útil en la investigación del momento óptimo para la salida de alta o la hora de decidir cuánto tiempo debe continuar la terapia.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro UCI
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes manejado en UCI con equipo médico cerrado, cuyo desenlace final es la muerte, en el período.
Denominador	Número total de pacientes que son hospitalizados en UCI con equipo médico cerrado, en el período
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Especificaciones manual para las medidas nacionales de calidad del hospital - UCI. Oakbrook Terrace (IL): La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), 2005. various p. p. diversas ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de riesgo de tromboembolismo
Código	I.3...
Justificación	La gran mayoría de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos (CCU) tienen un importante factor de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), y muchos tienen factores de riesgo múltiples: edad avanzada, enfermedad médica seria, y los últimos procedimientos quirúrgicos o trauma que son comunes en el paciente enfermo crítico. El uso de tromboprolifaxis ha demostrado ser eficaz en la prevención de la trombosis venosa profunda en estos pacientes. En consecuencia, La Octava del Colegio Americano de Médicos Torácicos Conferencia de antitrombóticos y terapia trombolítica: Basada en la Evidencia, recomienda que todos los pacientes al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sean evaluados por su riesgo de TEV, con la expectativa de que la tromboprolifaxis adecuada será instituida.
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro UCI
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes que al ingreso de la UCI fueron evaluados por el riesgo de tromboembolismo venoso
Denominador	Número total de pacientes que ingresan en UCI
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Especificaciones manual para hospital nacional de medidas de calidad al paciente, 3.0b versión. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), la Comisión Mixta; 2009 p. octubre diversos ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Tasa de suicidio en paciente hospitalizado
Código	I.3...
Justificación	<p>La Joint Commission Jcaho, revisa las estadísticas de los eventos centinela. Revisó 3.548 eventos ocurridos en diciembre 31 de 2005, mostrando las siguientes frecuencias: eventos que aplican en el cuidado de psiquiatría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suicidio: 13,1 %. • Error en la medicación: 10.1% • Caída de pacientes :5.3% • Muerte o Injurias por restricción: 3.9%. • Fugas: 1.9%. <p>La frecuencia de los eventos, se encuentra en un rango de 67,7% en Hospitales generales. 10,8 % en Hospitales Psiquiátricos. 4,7% en Centros de Salud y Comportamiento, y 2,6% en Centros de Cuidados Ambulatorios. En los últimos años se ha incrementado el reporte al igual que la educación promoviendo buenas prácticas y seguimiento regular de los hospitales</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con enfermedad mental que presentaron suicidios en el período
Denominador	Sumatoria de días estancia de los pacientes con enfermedad mental valorados con riesgo de suicidio, en el periodo
Unidad de medición	Frecuencia por mil días persona
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	➤ International Quality Indicator Project		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Tasa de autolesión
Código	I.3...
Justificación	Si bien el suicidio es el primer evento centinela para los pacientes con enfermedad mental según la JCAHO, es importante entender que todas las posibles tentativas de este comportamiento también pueden entenderse como autolesiones por parte del paciente. Por esta razón este indicador me permite de alguna manera estudiar los comportamientos auto agresivos de los pacientes mentales, para identificar el riesgo de futuros suicidios y conductas agresivas contra terceros.
Dominio	Gestión del riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes con enfermedad mental valorados con riesgo de auto lesionarse, que presentaron auto lesiones, en el período.
Denominador	Sumatoria de días de estancia de pacientes con enfermedad mental valorados con riesgo de auto lesionarse, en el periodo
Unidad de medición	Frecuencia por mil días persona
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	➤ International Quality Indicator Project		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevención de la malnutrición o desnutrición

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de valoración del riesgo de desnutrición en UCI.
Código	I.3...
Justificación	Los pacientes malnutridos experimentan una mayor morbilidad y mortalidad y estancias prolongadas en el hospital. La desnutrición en pacientes hospitalizados con frecuencia no se reconoce. La prestación de apoyo nutricional a los pacientes que son desnutridos o en riesgo de malnutrición puede dar lugar a mejores resultados clínicos y menos eventos adversos. Los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) están particularmente en riesgo. El principal objetivo del indicador: para aumentar el porcentaje de pacientes de la UCI que son evaluados por el riesgo de la malnutrición en las primeras 24 horas después del ingreso
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro UCI
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de pacientes evaluados con riesgo de desnutrición dentro de las 24 horas del ingreso a la unidad de cuidados intensivos, en el período.
Denominador	Numero de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el período.
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis is causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Razon de mortalidad perinatal
Código	I.3.n..
Justificación	En las sociedades con menor desarrollo socioeconómico, en los productos de término, el control prenatal tiene mayor impacto o que la educación materna, la asistencia hospitalaria de los partos mejora significativamente la mortalidad neonatal, pero este efecto desaparece debajo de los 1500 gramos. Además, en las sociedades menos desarrolladas, son más frecuentes las muertes intraparto, probablemente porque el bajo peso haga que estos fetos sean más vulnerables. El efecto del peso sobre la mortalidad se prolonga más allá de la etapa fetal y alcanza la etapa neonatal, período en el que continúa la vulnerabilidad y se producen muertes por infecciones varias.
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de muertes fetales y muertes neonatales precoces
Denominador	Numero de nacidos vivos durante el periodo
Unidad de medición	Razón por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro/registro hospitalización
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Trimestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> > Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Publicación Nacional Serie 5 - N° 40 Estadísticas Vitales -1996 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de personal que transcribe en la historia clínica las órdenes verbales.
Código	I.3...
Justificación	La entrega segura y eficaz la asistencia sanitaria depende en gran medida de la comunicación precisa y oportuna entre los cuidadores. La necesidad de una comunicación clara y sin ambigüedades de los pedidos no pueden ser exagerados, un lapso en la comunicación en cualquier paso puede resultar en un error que puede causar enfermedades graves o lesiones, discapacidad a largo plazo, o la muerte. El principal objetivo del indicador: para aumentar la seguridad del paciente siempre escribir las órdenes recibidas verbalmente. Este porcentaje debería aumentar con el tiempo
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Encuesta al profesional de salud	Numero de encuestas realizadas a los profesionales de salud
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Respuesta de los profesionales de la salud a la siguiente pregunta en el tema de "Cultura de Seguridad" ¿Cuando las órdenes de tratamiento o atención que debe darse o procedimientos que deben seguirse son recibidas verbalmente, estas se escriben por el personal asistencial en la historia clínica? Posible respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre (Escala de lickert)
Denominador	Total de profesionales asistenciales encuestados
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir el cansancio del personal de salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de personal de enfermería que atienden a pacientes críticos que muestran síntomas de fatiga, depresión y ansiedad
Código	I.3...
Justificación	<p>La depresión es un problema médico del cerebro que puede afectar la manera de pensar, sentir, comportarse y reaccionar ante situaciones críticas. Los signos de depresión pueden incluir fatiga, pérdida de interés en actividades normales, falta de apetito y problemas para concentrarse y para dormir.</p> <p>La ansiedad es preocupación excesiva. Los signos de ansiedad pueden incluir temblores, dolores musculares, problemas para dormir, dolor de estómago, mareos e irritabilidad.</p> <p>Sentirse deprimido o ansioso puede disminuir su calidad de vida y conducir a otros problemas de salud.</p> <p>Este indicador es aplicable cuando existen medidas periódicas y constantes sobre el estado de cansancio del personal de enfermería.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Instrumento para la valoración del cansancio del personal de enfermería	Instrumento para la valoración del cansancio del personal de enfermería
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de personal de enfermería que atiende pacientes críticos, cuya puntuación sobre la valoración de su estado de cansancio, es mayor en una escala colocada para el, sobre una evaluación anterior válida
Denominador	Todo el personal de enfermería con una evaluación válida y una evaluación previa válida.
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. Nacional de enfermería las medidas caseras de calidad. Manual de usuario. Cambridge (MA): Abt Associates, Inc., 2004 Nov (v1.2). 48 p. 48 p ➢ National Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir el cansancio del personal de salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Numero de eventos adversos asociados al cansancio del personal de salud
Código	I.3...
Justificación	El cansancio en el personal de la salud, se constituye en una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente al interior de las instituciones de salud, y representa un foco de atención que no puede ser ignorado toda vez que es preciso identificar los componentes de dicho estado físico, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico etc.
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de eventos adversos gestionados por la institución, en donde se evidencia como principal factor contributivo el cansancio del personal de salud.
Denominador	Total de eventos adversos gestionados por la institución.
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Análisis causal según el protocolo de Londres, de los eventos adversos gestionados.	Comité de calidad.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir el cansancio del personal de salud

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de profesionales asistenciales en turno con más de 8 horas de trabajo continuo
Código	I.3...
Justificación	El cansancio en el personal de la salud, se constituye en una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente al interior de las instituciones de salud, y representa un foco de atención que no puede ser ignorado toda vez que es preciso identificar los componentes de dicho estado físico, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico etc.
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Numero de profesionales asistenciales en turno con más de 8 horas de trabajo continuo
Denominador	Total de profesionales encuestados
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Encuesta al personal asistencial	Encuesta al personal asistencial
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de profesionales médicos que afirman que en su unidad o área se adoptan medidas para garantizar que los pacientes entienden los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.
Código	I.3...
Justificación	El consentimiento informado debe ser visto como un proceso interactivo entre los proveedores de salud y los pacientes, no sólo una forma para la que debe ser una firma obtenida. El principal objetivo del indicador: para aumentar la seguridad del paciente mejorando la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. La tasa debe aumentar con el tiempo
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Respuesta de los profesionales de la salud a la siguiente pregunta en el tema de "Cultura de Seguridad": ¿Antes de firmar el formulario de consentimiento informado, los pacientes o sus representantes se les pide que repita su comprensión de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, la exploración o el tratamiento en cuestión? Posible respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre (Escala de lickert)
Denominador	Total de profesionales asistenciales encuestados
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

*Este indicador puede usarse indistintamente a todos los procedimientos y tratamientos tanto ambulatorios como hospitalarios

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Encuesta al profesional de salud	Numero de encuestas realizadas a los profesionales de salud
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p ➤ National Quality Measures Clearinghouse 			



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de procedimientos asistenciales sin consentimiento informado.
Código	I.3...
Justificación	En determinadas circunstancias clínicas, los procedimientos y tratamientos asistenciales puede salvar vidas, restaurar la esperanza de vida normal y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, cada vez es más claro que todos los tipos de tratamientos tiene limitaciones, y que la decisión de transfundir debe hacerse con sumo cuidado, entendida y con la participación activa del paciente
Dominio	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de procedimientos en los que no se documentó el consentimiento informado
Denominador	Número total de procedimientos asistenciales*
Unidad de medición	Porcentaje
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

*Este indicador puede usarse indistintamente a todos los procedimientos y tratamientos tanto ambulatorios como hospitalarios

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009 . NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 20 09 p. 853 enero ➢ Nacional Quality Measures Clearinghouse 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de pacientes con diabetes mellitus con objetivos de auto gestión documentados
Código	I.3...
Justificación	<p>La diabetes es una enfermedad compleja, seria, y cada vez más común. Es la causa más frecuente de ceguera entre los adultos en edad de trabajar; la principal causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores y la etapa final de enfermedad renal, y la principal causa de malformaciones congénitas, mortalidad perinatal, la mortalidad prematura y la discapacidad. Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad vascular periférica y neuropatía.</p> <p>La diabetes es una enfermedad costosa, no sólo en términos de la carga económica que impone a la sociedad, sino también en términos de sufrimiento humano impuestas por la enfermedad y sus complicaciones. Por otra parte, la carga de la diabetes y sus complicaciones afecta desproporcionadamente a las minorías y los ancianos, y es probable que aumentará a medida que crece la población y las minorías de la población de EE.UU. Por lo tanto, la diabetes representa un enorme reto de salud pública en América.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de programa Diabeticos
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Anual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pacientes con diabetes mellitus con objetivos de auto gestión documentados en los últimos doce meses
Denominador	Número total de pacientes con diabetes mellitus inscritos en el programa de la institución
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> HDC temas : la diabetes. Rockville (MD): Collaboratives disparidades en la salud; 29 de junio 2006 [10 p.] 		



4. INDICADORES PROPUESTOS PARA LAS “BUENAS PRÁCTICAS” DESARROLLADAS EN LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporción de pacientes que mejoran la toma de sus medicamentos vía oral.
Código	I.3...
Justificación	<p>Algunos pacientes toman medicamentos (por vía oral) para controlar enfermedades o condiciones diferentes. Es importante que se tomen los medicamentos adecuados, en los momentos adecuados, y en las cantidades correctas. Los medicamentos incluyen todas las prescripciones hechas por un médico, y cualquier otro como medicamentos de venta libre, calmantes para el dolor, las vitaminas, laxantes, antiácidos y que forman parte del plan de atención al paciente.</p> <p>Los medicamentos para que funcionen correctamente, es necesario que se tomen de forma correcta. Si toma demasiado o muy poco medicamento puede ayudar a evitar que los pacientes se sientan mejor y, en algunos casos, puede hacer que enfermen más (lo que podría afectar a su seguridad), o incluso causar la muerte. El personal de salud en el hogar puede ayudar a enseñar a los pacientes la forma de organizar sus propias medicinas y tomarlas correctamente. Obtener mejoras a la hora de tomar sus medicamentos correctamente, significa que la institución de salud está haciendo un buen trabajo.</p> <p>Si los pacientes pueden tomar sus medicamentos correctamente con poca ayuda, pueden ser más independientes, se sienten mejor consigo mismos, y se mantienen más activos. Esto puede afectar positivamente su salud en general. La capacidad de los pacientes a tomar sus medicamentos correctamente, les ayuda a vivir de forma independiente el mayor tiempo posible en su propio hogar.</p>
Dominio	Gerencia del Riesgo

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Historia Clínica	Programa de salud a su hogar
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	<p>Crisler KS, DF Hittle, KS Conway, LR Occidental, PW Shaughnessy, AA Richard, MC Powell, Lawlor KL, NS-Donelan McCall, JM Beaudry, LL Baillie, RE Schlenker, Engle K. OASIS y mejora de la calidad basado en los resultados en el hogar cuidado de la salud: la investigación y las conclusiones de demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. 3, Investigación y documentos de apoyo clínico [9 documentos de apoyo]. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero.</p> <p>Hittle DF, Crisler KS, Beaudry JM, Conway KS, Shaughnessy PW, West LR, Richard AA, DF Hittle, KS Crisler, JM Beaudry, KS Conway, PW Shaughnessy, LR Occidental, Richard AA. OASIS y mejora de la calidad basado en resultados en salud-cuidado en el hogar: la investigación y los resultados de la demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. 4, OASIS chronicle and recommendations. 4, la crónica de OASIS y recomendaciones. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero.</p> <p>Home health compare - data details. Salud en el hogar comparar los detalles de los datos. [internet]. [Internet]. Baltimore (MD): Centros para el cuidado de Medi & Medicaid Services (CMS); [Actualizado 17 de noviembre 2009]; [consultado el 29 de septiembre 2004]. [9 p]. [9 p].</p> <p>Shaughnessy PW, Crisler KS, Hittle DF, Schlenker RE, Conway KS, West LR, Powell MC, Richard AA. PW Shaughnessy, KS Crisler, DF Hittle, RE Schlenker, KS Conway, LR Occidental, Powell MC AA, Richard AA. OASIS y mejora de la calidad basado en resultados en salud-cuidado en el hogar: la investigación y los resultados de la demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. 1 Políticas y resumen del programa. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la</p>		

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Los pacientes del denominador que mejoraron en el manejo de sus medicamentos por vía oral en comparación con una evaluación previa
Denominador	Todos los pacientes con un episodio de salud en el hogar de la atención completa que eran elegibles para mejorar en tomar los medicamentos correctamente
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal



VERSIÓN:

1.0

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia