

**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS  
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
Republica de Colombia



**Descriptores:**  
*Seguridad del Paciente - Patient Safety*

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

## PROLOGO

La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

El Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

Esta Guía Técnica luego de su discusión y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), en donde participaron 291 profesionales de 111 instituciones, provenientes de 44 ciudades del país, fue entregada al Consejo Técnico de la USN el día 13 de noviembre de 2009, y luego de surtir el proceso de consulta pública fue aprobada como la Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010.

El documento que sirvió de base para esta guía técnica fue cedido al Ministerio de la Protección Social por el Centro Médico Imbanaco y ha sido mejorado, adicionado y transformado a través del Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial; con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes en de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” en lo relacionado con al apartado de “involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad”.

Al igual que los procesos de seguridad del paciente en Colombia, este es un paso inicial que deberá ir evolucionando en el tiempo, incorporando la creciente experiencia de nuestras instituciones, la evolución del conocimiento científico en el tema e incluyendo nuevas prácticas y relaciones con otros sistemas que le son afines como la tecnovigilancia y farmacovigilancia entre otros.

A continuación se relacionan por orden alfabético las instituciones de donde provinieron los profesionales que colaboraron en el desarrollo de esta guía técnica a través de su participación en el Comité de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente de la USN:

1. A & R GESTIÓN
2. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. ACHC
3. ACODIN
4. ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE
5. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE BACTERIOLOGÍA
6. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA
7. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA.
8. BANCO DE SANGRE CLÍNICA COLSANITAS
9. CAFAM
10. CALISALUD EPS
11. CAPRECOM EPS
12. CEDIT LTDA
13. CENDEX U. JAVERIANA
14. CENTRO FEDERICO LLERAS
15. CENTRO POLICLÍNICO OLAYA
16. CIUDADELA SALUD S. A
17. CLÍNICA CHÍA S.A
18. CLÍNICA COLSANITAS
19. CLÍNICA COLSUBSIDIO ORQUÍDEAS
20. CLÍNICA DE OCCIDENTE
21. CLÍNICA JUAN N CORPAS
22. CLÍNICA PARTENÓN
23. CLÍNICA SAN RAFAEL
24. CLÍNICA SHAIQ
25. CLÍNICA TELETÓN
26. CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
27. CLÍNICA UNIVERSITARIA CARLOS LLERAS RESTREPO
28. COATER O.C.
29. COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA
30. CONSAUDIT
31. COOMEVA EPS S.A
32. CRUZ ROJA COLOMBIANA
33. CUIDARTE TU SALUD S. A
34. EDUMEDIC LTDA. ASESORÍAS Y CONSULTORÍAS DE GESTIÓN EN SALUD.
35. EPS SANITAS.
36. E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO
37. E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ
38. ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
39. ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
40. E.S.E. ORIENTE CALI
41. E.S.E ROSARIO CAMPOALEGRE HUILA.
42. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL – SANTA ROSA DE CABAL (RISARALDA)
43. EPS – SEGURO SOCIAL
44. FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
45. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
46. FUNDACIÓN HOMI-HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
47. FUNDACIÓN LATINOAMERICANA AVEDIS DONABEDIAN
48. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ
49. FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL VALLE
50. GRUPO EMPRESARIAL DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS E.U
51. HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
52. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
53. HOSPITAL DEL SUR
54. HOSPITAL. EL TUNAL
55. HOSPITAL INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGÍA HIAT. S.A
56. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS
57. HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY
58. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
59. HOSPITAL PABLO TABÓN URIBE
60. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
61. HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL
62. HOSPITAL SAN JOSÉ
63. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
64. HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR
65. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
66. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
67. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
68. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INFANTIL

69.HOSPITHABITAT LTDA  
70.HUMANAVIVIR EPS  
71.ICONTEC  
72.INVIMA  
73.INSTITUTO DE ORTOPEDIA  
INFANTIL ROOSEVELT  
74.INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
75.INSTITUTO NACIONAL DE  
CANCEROLOGÍA  
76.IPS ARTE SANO ORAL  
77.I.P.S CORPORACIÓN CORVESALUD.  
COODONTOLOGOS  
78.J.G.C. MEDISERVICIOS LTDA.  
79.HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR  
MEDERI  
80.MÉDICOS ASOCIADOS  
81.MEDICINA INTENSIVA DEL TOLIMA  
82.METROSALUD  
83.NUEVA EPS  
84.ORTODONCISTAS ASOCIADOS  
85.OXÍGENOS DE COLOMBIA  
86.PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
JAVERIANA – CALI  
87.PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
JAVERIANA - BOGOTÁ  
88.PROCURADURÍA DE BOGOTÁ  
89.PRATT LTDA  
90.PRAXXIS  
91.PROCURADURÍA DE BOGOTÁ  
92.PROGER LTDA.  
93.REDIMED  
94.SALUD TOTAL E.P.S  
95.SECRETARIA DE SALUD DE  
CUNDINAMARCA  
96.SECRETARIA DE SALUD HUILA  
97.SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
98.SECRETARÍA SECCIONAL DE  
SALUD DEL META  
99.SOCIEDAD COLOMBIANA DE  
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN  
SCARE  
100. SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA  
DEL COUNTRY

101. TARGET SALUD – PEREIRA  
(RISARALDA)  
102. UNIANDINOS  
103. UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO  
104. UNIVERSIDAD DEL BOSQUE  
105. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE  
COLOMBIA  
106. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
107. UNIVERSIDAD JUAN N CORPAS  
108. UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN  
109. UNIVERSIDAD SAN  
BUENAVENTURA CARTAGENA  
110. UNIVERSIDAD SAN MARTIN SEDE  
CALI  
111. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE  
CALI

PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE LA  
PROTECCIÓN SOCIAL QUE  
PARTICIPARON EN EL DESARROLLO DE  
LA GUIA

MARITZA ROA G.  
Coordinadora del Grupo de Garantía de Calidad  
Dirección General de Calidad de Servicios.

FRANCISCO RAÚL RESTREPO P.  
Consultor de la Dirección General de Calidad de  
Servicios  
Miembro del Consejo Técnico de la USN.

MARIA ISABEL RIACHI G  
Consultora de la Dirección General de Calidad  
de Servicios  
Secretaría Técnica de la USN.

JORGE ALBERTO ORDOÑEZ S.  
Profesional Especializado Grupo Garantía de  
Calidad  
Dirección General de Calidad de Servicios.

LORENZA OSPINO R.  
Consultora Dirección de Salud Pública

## PRESENTACIÓN

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”<sup>1</sup>; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.

Se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud<sup>2</sup>, cuentan con una herramienta de “e-learning” para la autoinstrucción<sup>3</sup> y un aula virtual para la formación de instructores.

El Ministerio de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud entrega a disposición de todos los profesionales de la salud de nuestro país ésta herramienta, que si es implementada e internalizada en los procesos de atención, contribuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país.

### Consejo Técnico

Unidad Sectorial de Normalización en Salud  
Bogotá, 4 de marzo de 2.010

---

<sup>1</sup> Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente

<sup>2</sup> [www.minproteccionsocial.gov.co/OCS](http://www.minproteccionsocial.gov.co/OCS)

<sup>3</sup> <http://www.ocsav.info/paquetes.html>

## INTRODUCCIÓN

La elaboración de las recomendaciones de esta guía técnica en salud se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.
- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.
- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente.

## CONTENIDO

Pag

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN .....	7
2. REFERENTES: .....	8
3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES: .....	9
4. PRACTICAS SEGURAS .....	10
4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS .....	10
4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. ....	10
4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo .....	12
4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.....	12
4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención.....	13
4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos .....	14
4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente .....	14
4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio .....	15
4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud .....	15
4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS .....	16
4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.....	16
4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.....	17
4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas .....	19
4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.....	20
4.2.5. Prevenir úlceras por presión.....	20
4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas.....	21
4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales .....	21
4.2.8 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio .....	22
4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida .....	22
4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares .....	23
4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea .....	23
4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.....	24
4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.....	24
4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .....	26
4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.....	26
4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.....	27
4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	29
4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.....	29
4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud.....	29
4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.....	29
4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. ....	30
4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD .....	31
4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.....	31
4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención: 31	
ANEXO A: EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES.....	32
ANEXO B: LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO .....	34
ANEXO C: PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS .....	35
ANEXO D: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.....	39
ANEXO E: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN .....	43
ANEXO F: PAQUETES INSTRUCCIONALES.....	44
ANEXO G: LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 .....	45
ANEXO H: BIBLIOGRAFÍA.....	47

## 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales



Ilustración 1: Conceptualización gráfica de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente.

Las buenas prácticas contenidas en esta Guía Técnica en Salud son aplicables a:

- Prestadores hospitalarios.
- Prestadores ambulatorios.
- Prestadores independientes.
- Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.



<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 8 de 48</p>
---	--	--

Se considera que una institución que implemente las recomendaciones de ésta guía tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país; lo cual no la exime de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares

Las recomendaciones de esta Guía se consideran recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante cuando el Ministerio de la Protección Social expida las correspondientes normas que adoptan total o parcialmente algunas de estas recomendaciones como estándares de habilitación o como estándares de acreditación, según el caso; precisando el formato de acuerdo con las especificaciones en cada uno de estos componentes del SOGC, tendrán el grado de obligatoriedad que la norma determine, de acuerdo a lo establecido por el artículo 2° del Decreto 1011 de 2006.

## 2. REFERENTES:

Para la elaboración de ésta Guía Técnica en Salud, se han tomado en consideración los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, los desarrollos hechos en las instituciones acreditadas del país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) como consecuencia del aprendizaje durante los procesos de acreditación; así como las recomendaciones producidas por las organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente.

Los principales documentos en los cuales se basan las recomendaciones de está guía son:

1. "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008
2. El informe final del "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica"
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
4. 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".
5. La investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford
6. Las prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
7. Las prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF)
8. Las prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
9. Las metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
10. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI (Clinical Laboratory Standars Institute (el cual durante el período de elaboración de esta Guía Técnica se encontraba en fase de consulta pública).

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 9 de 48</p>
---	--	--

### 3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:

Para efectos de esta guía, el modelo conceptual y las definiciones son los establecidos por los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" expedidos por el Ministerio de la Protección Social de Colombia.



Ilustración 2: documentos publicados que soportan las recomendaciones contenidas en la guía técnica: "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"

#### FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA:

La "Buena Práctica" corresponde al texto que está en negrilla, precedido de una numeración.

El texto que sigue a continuación, corresponde a la recomendación **acerca de la mejor manera de alcanzar** el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica, de acuerdo con la evidencia científica, las tendencias mundiales en seguridad del paciente y/o el consenso obtenido en el Comité Sectorial de Normalización, sin embargo la recomendación no es exhaustiva ni excluyente y podrían existir otros medios que posibiliten la consecución de dicho propósito.

En las notas de pie de página en cada práctica se encuentra referenciado el vinculo con el cual se puede acceder al paquete instruccional correspondiente, o a la página del Observatorio de Calidad en donde puede encontrarse alguna herramienta o ayuda para la implementación de la recomendación dada por la guía.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD  Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS          PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN          LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 10 de 48
---	---	--

## 4. PRACTICAS SEGURAS

### 4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS<sup>4</sup>

#### 4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

##### 4.1.1.1 Política institucional de Seguridad del Paciente.

debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

##### 4.1.1.2 Promoción de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

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

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

<sup>4</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/021.html>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 11 de 48</p>
---	--	---

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de clima de seguridad”<sup>5</sup>

#### *4.1.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo<sup>6</sup>:*

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

##### *4.1.1.3.1 Reporte:*

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

##### *4.1.1.3.2 Análisis y gestión*

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el “Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA.

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

<sup>5</sup> La encuesta de clima de seguridad se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/023.html>

<sup>6</sup> Una descripción orientativa de estas herramientas se puede encontrar en la página de herramientas para la seguridad del paciente del Observatorio de calidad en el vínculo [http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/her\\_calidad/herra\\_seguridad.aspx](http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/her_calidad/herra_seguridad.aspx)

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 12 de 48</p>
---	--	---

#### **4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo<sup>7</sup>**

- Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución.
- La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

#### **4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador**

##### *4.1.3.1. Procedimientos de referencia de pacientes:*

Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.

##### *4.1.3.2. Procedimientos para la autorización de servicios:*

Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.

##### *4.1.3.3 Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente*

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.

##### *4.1.3.4 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:*

Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los incluidos en el POS.

##### *4.1.3.5. Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:*

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

<sup>7</sup> El paquete correspondiente al modelo pedagógico en que se basan los paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas recomendadas en esta guía se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/024.html>

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD  Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS          PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN          LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 13 de 48
---	---	--

#### **4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención**

*4.1.4.1. Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente:*

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud.

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

*4.1.4.2. Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:*

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

*4.1.4.3. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares<sup>8</sup>*

Desde la gerencia de las instituciones se debe crear un direccionamiento, bien sea por un comité de credenciales o un grupo específico que dentro de la institución defina las prerrogativas que se entregarán a los profesionales de acuerdo con sus competencias y habilidades. Para tal definición se debe tener en cuenta no solamente el título otorgado por la institución universitaria, sino también el volumen de procedimientos hechos con anterioridad y la curva de aprendizaje. Incluye aquellos profesionales y médicos entrenados en procedimientos de especialidades sin suficiente oferta en la ciudad sede de la IPS. Esto permite el aseguramiento de competencias del personal en salud

---

<sup>8</sup> Recomendada por el grupo Leapfrog (LF)

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 14 de 48</p>
---	--	---

#### 4.1.4.4. Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.
- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.

#### 4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos<sup>9</sup>

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS<sup>10</sup>

#### 4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente<sup>11</sup>

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<sup>12</sup>.
- 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.

<sup>9</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/022.html>

<sup>10</sup> IBEAS estudio de prevalencia de efectos adversos" proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en colaboración con los Ministerios de Salud de Argentina, Costa Rica, Perú, la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de la Protección Social de Colombia. Se pueden encontrar los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos en la sala temática centro de seguridad del paciente del observatorio de calidad en el vínculo [http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx](http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx)

<sup>11</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/001.html>

<sup>12</sup> Pueden encontrarse las fichas técnicas de algunos indicadores de seguridad del paciente para los niveles de monitoria interna y monitoria externa en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad en el vínculo [http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/ind\\_calidad/Default.aspx](http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx)

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 15 de 48</p>
---	--	---

#### **4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio**

La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:

- Orden médica hecha por computador en toda la institución<sup>13</sup>.
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.

Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.

#### **4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud**

Debe incluir:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria

Equipamiento tecnológico seguro

- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.
- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia

<sup>13</sup> Recomendada como práctica segura por Nacional Quality Forum NQF y el grupo Leapfrog (LF)



<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 16 de 48</p>
---	--	---

## 4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

En la primera versión de ésta guía técnica se incluyeron entre otros los siguientes aspectos:

### 4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud<sup>14</sup>

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a :

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)

<sup>14</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/002.html>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 17 de 48</p>
---	--	---

- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado<sup>15</sup> de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

#### 4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos<sup>16,17</sup>

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

Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos<sup>18</sup>.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la

<sup>15</sup> Se entiende por lavado: higiene (con agua o con base en alcohol)

<sup>16</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/020.html>

<sup>17</sup> Recomendada por Nacional Quality Forum (NQF), Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K) y el grupo Leapfrog (LF)

<sup>18</sup> Ver práctica 4.2.15

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 18 de 48</p>
---	--	---

información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.

- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- Asegurar que en el proceso *almacenamiento* de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de *compra* que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

#### 4.2.2.1. Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención:

Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)

#### 4.2.2.2. Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria:

Involucra la compra de dosis unitarias preelaboradas por un proveedor o el reempaque o reenvase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo, pues la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 19 de 48</p>
---	--	---

con el uso de medicamentos en este sistema.

#### 4.2.2.3. *Identificación de alergias en los pacientes.*

La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia.

La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

### 4.2.3. **Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas<sup>19</sup>**

#### 4.2.3.1 *Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución.* (Ver Anexo A)

Que contemple la siguiente información como mínimo:

- Antecedentes de caídas.
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación

#### 4.2.3.2 *Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente*

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto.
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes.
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos.
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

#### 4.2.3.3 *Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:*

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos.
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Camillas sin barandas.
- Iluminación inadecuada.
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.

<sup>19</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/004.html>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 20 de 48</p>
---	--	---

#### 4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos<sup>20</sup>

Entre otros:

##### 4.2.4.1 Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto:

A través de mecanismos que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:

- La verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la "Cirugía Segura" sugerida por la OMS.(Anexo B)
- Cuando el paciente es valorado por el personal de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente.
- Al momento de diligenciar el consentimiento informado.
- El estándar del símbolo con el cual se marca y la utilización de marcadores indelebles.
- Hacer partícipe al paciente si sus condiciones físicas y mentales lo permiten y a su familia en caso de menores o discapacitados

##### 4.2.4.2. Prevención del fuego en cirugía

Mediante revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.

##### 4.2.4.3. Prevención de quemaduras en cirugía

- Colocación adecuada de placas electro quirúrgicas
- Monitoreo durante la utilización de equipos que pudieran representar riesgo de quemaduras

#### 4.2.5. Prevenir úlceras por presión<sup>21,22</sup>

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV).

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar

<sup>20</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/005.html>

<sup>21</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/006.html>

<sup>22</sup> Término equivalente en esta guía a escaras o úlceras por decúbito

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 21 de 48</p>
---	--	---

úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.

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

Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (p.e.: escala de Braden, o escala de Norton). Se debe reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos e incrementar la frecuencia de las valoraciones especialmente si se deteriora el estado del paciente, (p.e.: verificar que no exista contacto con materiales de limpieza o la placa de electrocauterio).

#### **4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas**

Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución (Ver Anexo C)

#### **4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales<sup>23,24</sup>**

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica (chips, códigos de barras). En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin numero de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto

<sup>23</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/008.html>

<sup>24</sup> Sugerida por el grupo Leapfrog

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 22 de 48</p>
---	--	---

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

Es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.<sup>25</sup>

Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación:

1. La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.
2. La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.
3. La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.
4. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:
  - Nombre Completo.
  - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción.
  - Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro.
  - Fecha de nacimiento.
  - Fotografía.
  - Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.).
  - Otros

#### **4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida<sup>26</sup>**

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

<sup>25</sup> Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261

<sup>26</sup> Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K)

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 23 de 48</p>
---	--	---

Implementar mecanismos para que las alertas generadas por el paciente sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad. (Semaforización de pacientes. clasificación del riesgo, rondas cortas de seguridad, entrega y recibo de turnos)

#### **4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares<sup>27</sup>**

*4.2.10.1. Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.*

*4.2.10.2. Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardíaco agudo durante una cirugía electiva:*

Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un betabloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada dado que los estudios de ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de betabloqueadores en el periodo perioperatorio está asociado con una reducción significativa en la morbi-mortalidad del paciente cardíaco.

#### **4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea<sup>28</sup>**

Las acciones para ofrecer seguridad transfusional dependen al menos de 2 aspectos importantes: la disponibilidad y oportunidad de la sangre y componentes sanguíneos y la seguridad de estos.

Las complicaciones *asociadas a la disponibilidad, oportunidad y manejo de sangre y componentes y de la transfusión sanguínea* pueden ser prevenibles y no prevenibles. Prevenir la mortalidad materna contando con sangre y componentes disponibles oportunamente debe ser una meta al igual que evitar su aplicación incorrecta o los eventos adversos asociados a su uso. Disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al aspecto transfusional comprenden múltiples aspectos y van desde la selección del donante de sangre y se extienden hasta la transfusión con el monitoreo del efecto del componente en el receptor o paciente, así mismo requieren una interacción entre el personal del banco de sangre o servicio transfusional y el personal médico y de enfermería que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. (Anexo D)

- Garantizar la conservación de las características físicas y biológicas de las muestras y el componente sanguíneo.
- Garantizar la aplicación de un sistema de control de calidad
- Desarrollar procesos para la prevención de Eventos Adversos
- Desarrollar programas que incluyan identificación, notificación, análisis y acciones correctivas de Eventos Adversos

<sup>27</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web <http://ocsav.info/016.html>

<sup>28</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/009.html>



<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 24 de 48</p>
---	--	---

- Establecer procesos que garanticen custodia y confidencialidad de resultados de paciente y donante
- Desarrollar mecanismos para garantizar suficiencia, oportunidad y disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos.
- Adelantar acciones dirigidas a reducir los eventos adversos e incidentes asociados a transfusión
- Fortalecer los comités transfusionales para garantizar el desarrollo, implementación y control del sistema de Seguridad Transfusional.

#### **4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico**

*4.2.12.1. Prevención de la hemorragia digestiva en pacientes críticos*

*4.2.12.2. Prevención de la neumonía asociada al ventilador*

*4.2.12.3. UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico:*

A pesar que los estudios no han mostrado evidencia estadísticamente significativa para un solo tipo cerrado de UCI, si muestran que la mortalidad ajustada disminuye vs. Modelos de atención abierta o compartida.

#### **4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas**

Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas deben contar con los siguientes elementos:

- Nombre.
- Número de identificación o número de historia clínica.
- Género.
- Fecha de nacimiento o edad.
- Órgano objeto del estudio

*En Radiología:*

Prevención de la extravasación:

- Identificación y verificar acceso vascular.
- identificar pacientes de alto riesgo.

Prevención de fibrosis sistémica nefrogénica:

- Identificar pacientes con insuficiencia renal.
- Asegurar el procedimiento correcto y el paciente correcto en los departamentos de imágenes diagnósticas.

Reducción de infecciones en departamentos de radiología e imágenes diagnósticas:

- Adherirse a normas de higiene y bioseguridad.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 25 de 48</p>
---	--	---

Reducción de caída de pacientes:

- Implementar medidas para reducir caídas en pacientes de alto riesgo

Radioprotección a pacientes.

Capacitación y reentrenamiento de los técnicos en el manejo de nuevos equipos. Se debe evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son:

- Repetir exámenes que ya se habían realizado.
- Pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente.
- Pedir exámenes con demasiada frecuencia
- Pedir exámenes inadecuados
- No especificar en la orden médica la información clínica necesaria
- exceso de exámenes complementarios.
- Cumplir con las normas de radioprotección:
- El médico remitente debe tener un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para un uso racional y con la pertinencia debida.
- Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.
- En nuestro país se debe cumplir con la legislación en cuanto todo estudio radiológico y debe realizarse previa orden médica escrita (Resolución 9031 de 1990)

#### *4.2.13.1. Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas:*

Utilizada básicamente para servicios donde no radiólogos o radiólogos en entrenamiento interpretan en primera instancia las imágenes. Consiste en la reinterpretación de las imágenes por un radiólogo certificado, aunque genera problemas de costo y logísticos que cada institución debe sopesar.

#### *4.2.13.2 Prevención de daño inducido por medios de contraste*

La nefropatía inducida por medios de contraste representa una causa común creciente de falla renal relacionada con el cuidado médico e incrementa la mortalidad independiente de otros factores de riesgo. La práctica consiste en el uso de medios de contraste de baja osmolaridad en vez del uso de los de alta osmolaridad. Todos los estudios que han evaluado este efecto han coincidido en mostrar el efecto benéfico de la misma. Se requiere:

- Conocimiento de niveles de creatinina en sangre.
- Conocer los factores de riesgo, edad del paciente (mayor de 65 años), diabetes mellitus, función renal disminuida, insuficiencia cardiaca, toma de sustancias nefrotóxicas, analgésicos, antiinflamatorios, algunos antibióticos, deshidratación, dislipidemia, hiperuricemia y mieloma múltiple.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1</p> <p>Marzo 4 de 2010</p> <p>Página: 26 de 48</p>
---	--	---

- evitar el uso de medio de contraste yodado repetido antes de las 72 horas.

#### 4.2.13.3. Prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear

- Identificar los elementos ferromagnéticos o dispositivos intrínsecos o extrínsecos al paciente que pueden interferir en el estudio o generar evento adverso.
- consultar contraindicaciones específicas.

#### 4.2.13.4. Prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos.

4.2.13.5 Prevención de aspectos relacionados con la definición de prioridades de atención para evitar riesgos relacionados con la espera de la realización de procedimientos

#### 4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental<sup>29</sup>

La institución debe desarrollar procesos para:

- Identificación del riesgo.
- Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente
- Prevenir suicidio
- Prevenir agresión física
- Prevenir violación
- Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos
- Prevenir pérdida de pacientes
- Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)

#### 4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición<sup>30</sup>

Se ha identificado que las fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios, pueden ser frecuentes y llevar a manejos nutricionales inadecuados, insatisfacción del paciente e incremento en los costos de la atención. (Ver anexo E).

En lo hospitalario: existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes, la nutrición enteral puede ser administrada vía oral, nasal, gástrica o yeyunal. La nutrición parenteral debe ser usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. Debe prestarse atención al tiempo de uso de la nutrición parenteral y no prolongarla si el paciente ya no la necesita. Igualmente es importante asegurar el correcto cálculo de nutrientes

<sup>29</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web <http://ocsav.info/010.html>

<sup>30</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web <http://ocsav.info/017.html>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 27 de 48</p>
---	--	---

En lo ambulatorio: deben desarrollarse procedimientos para garantizar que la dieta sea individual, balanceada y equilibrada que asegure el mejoramiento del paciente evitando dietas generalizadas. Y garantizando que sea el profesional en nutrición quien explique la dieta al paciente

Se debe promover:

- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.
- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.
- Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos.

#### **4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo<sup>31</sup>**

##### *4.2.16.1 Atención segura e integral del evento obstetrico*

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio, pero no ha logrado impactarlas en el nivel deseado, probablemente porque se enfocan en parte del problema, y no en todo el problema.<sup>32</sup>

La Muerte Materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia,<sup>33</sup> se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever.<sup>34</sup> En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna.<sup>35</sup> La atención segura e integral requiere:

<sup>31</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/011.html>

<sup>32</sup> Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009

<sup>33</sup> Ibid (1)

<sup>34</sup> Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.

<sup>35</sup> B Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 28 de 48</p>
---	--	---

#### 4.2.16.1.1 Mejoramamiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.

Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
- Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos
- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:
  1. Antibióticos
  2. Anticonvulsivantes
  3. Oxitócicos
  4. Líquidos
  5. Hemoderivados y sustitutos
- Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos. Igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura.
- A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural<sup>36</sup>, facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.
- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.

<sup>36</sup> Ministerio de la Protección Social. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 29 de 48</p>
---	--	---

### **4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

#### **4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes<sup>37</sup>**

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

#### **4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud<sup>38</sup>**

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

#### **4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado<sup>39</sup>**

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

<sup>37</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/012.html>

<sup>38</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/019.html>

<sup>39</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web <http://ocsav.info/013.html>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 30 de 48</p>
---	--	---

**4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.**

- Precisar en el convenio como se involucraran los procesos de seguridad del paciente
- Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial
- Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD  Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS          PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN          LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 <i>Marzo 4 de 2010</i> Página: 31 de 48
---	---	---

#### **4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD<sup>40</sup>**

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

##### **4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad**

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido
- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento
- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado
- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

##### **4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:**

Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa "Pacientes por la Seguridad del Paciente".

<sup>40</sup> El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo <http://ocsav.info/018.html>



UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD  Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 32 de 48
---	---	--

## ANEXO A

### EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES

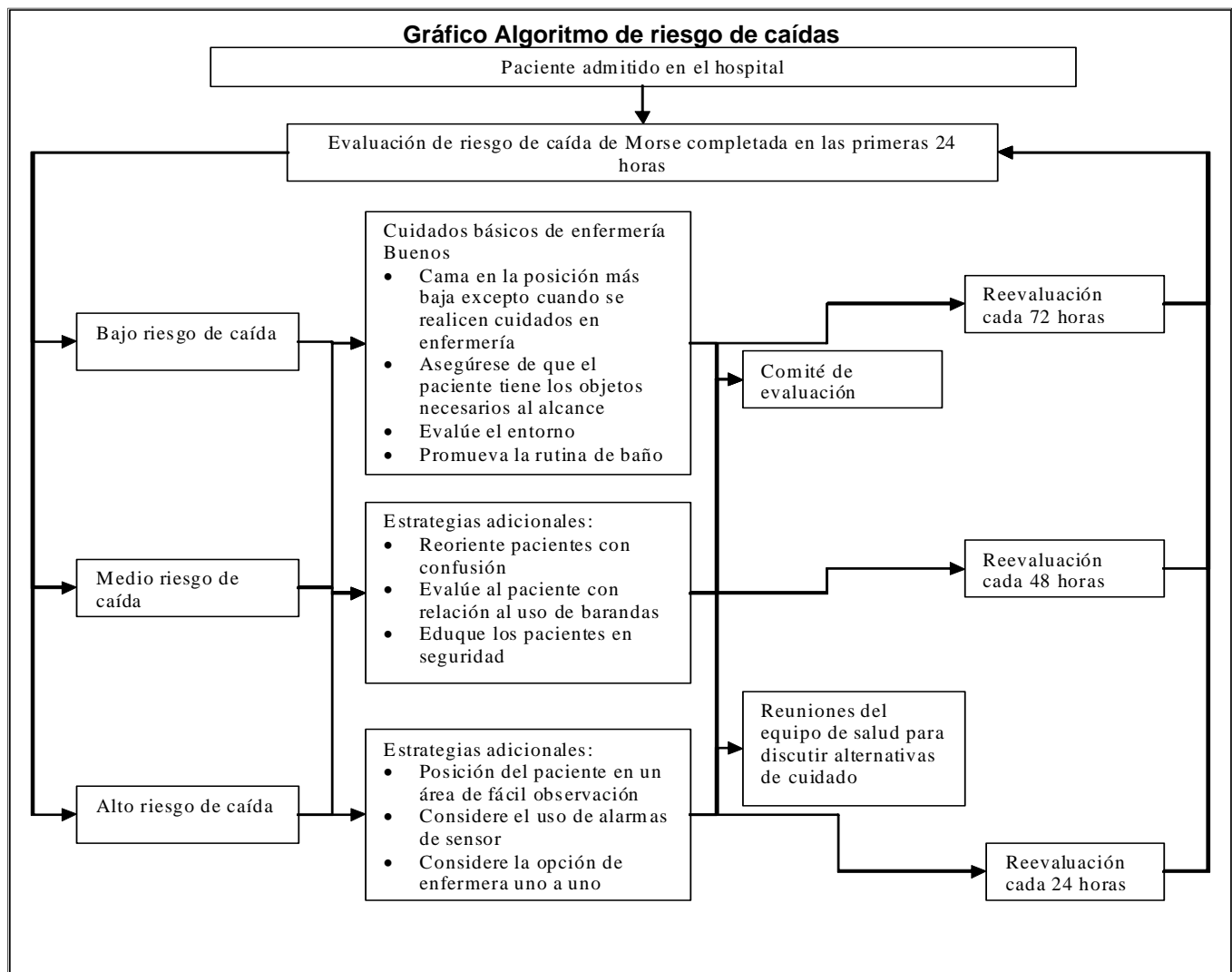
La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje total. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición, transferencia a otra unidad y después de una caída.

#### Herramienta 4. Escala de caídas de Morse

Variables		Puntaje	
Historia de caída(s)	No	0	
	Sí	25	
Diagnósticos secundarios	No	0	
	Sí	25	
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0	
	Bastón, muletas, caminador	15	
	Silla de ruedas	25	
Venoclisis (incluye <i>heparin lock</i> )	No	0	
	Sí	25	
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0	
	Débil	10	
	Limitada	20	
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0	
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15	
<b>Total</b>			

- Factores de seguridad:
  - ✓ Mantenga la cama en posición baja, y alarma en la cama cuando se necesite.
  - ✓ Timbre de llamada, no alcanza el orinal y el agua (ofrecer asistencia con las necesidades excretorias de rutina).
  - ✓ Manilla de identificación.
  - ✓ No deje desatendido en transferencias o al ir al baño.
  - ✓ Mantenga aseguradas la cama, las ruedas de la cama y la mesa de noche.
  
- Evaluación:
  - ✓ Evalúe la habilidad del paciente de comprender y seguir instrucciones.
  - ✓ Evalúe el conocimiento del paciente en el uso apropiado de dispositivos de adaptación.
  - ✓ Necesidad de barandas: arriba o abajo.
  - ✓ Hidratación: monitorizar para cambios ortostáticos.
  - ✓ Revise los medicamentos para riesgo potencial de caída (betabloqueadores, bloqueadores de canal de calcio).
  - ✓ Evalúe el tratamiento para el dolor.
  
- Educación al paciente y a la familia:
  - ✓ Incorporar a la familia con pacientes obnubilados.
  - ✓ Cuidadores.
  - ✓ Instruya al paciente y a la familia con relación a las actividades fuera de la cama.

- ✓ Ejercicio y nutrición.
- ✓ Seguridad en el hogar (incluye plan de emergencia y procedimientos de notificación de caída).
- Entorno:
  - ✓ Cuarto cerrado a la estación de enfermería.
  - ✓ Fortalecer la orientación sobre el entorno a necesidad.
  - ✓ Aseo y orden del cuarto.
  - ✓ Adecuada iluminación.
  - ✓ Considere el uso de tecnología.





<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 35 de 48</p>
---	--	---

## ANEXO C: PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución:

**Evaluación Preanestésica:** Es mandataria en todo paciente. En ella el médico anesthesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologist (ASA) y las pautas de manejo que consideren pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación:

Consulta preanestésica: El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

Consulta preanestésica intrahospitalaria: En ella debe establecerse el estado clínico actual. Informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico, obtener el consentimiento informado.

Evaluación de Urgencias: El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.

Preparación Perianestésica:

Lista de chequeo: El anesthesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS.

Antes de iniciar el acto anestésico, el anesthesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

Máquina de Anestesia:

- Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- Presencia de bala de oxígeno de emergencia
- Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido. (flush)
- Buen estado de flujómetros, vaporizados, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO<sub>2</sub>.
- Buen funcionamiento del ventilador.

Monitoreo Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico, electrodos con adhesividad y que garantice el trazado durante el monitoreo del paciente en el procedimiento quirúrgico..

Paciente:

- Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica,
- Los exámenes paraclínicos requeridos.
- Consentimiento informado
- Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- Vía venosa.

Posición del paciente: se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 36 de 48</p>
---	--	---

Materiales, medicamentos y equipo:

- equipo básico para el manejo de la vía aérea
- medicamentos a utilizar
- succión
- en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de la vía aérea difícil.

Hipertermia maligna: Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

Registro anestésico: debe incluir:

- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.
- Monitoreo del paciente
- Medicamentos administrados
- Líquidos administrados
- Técnica empleada
- Estado del paciente al final del acto anestésico
- Monitoreo básico intraoperatorio
- estrategias de control del dolor postoperatorio.

*Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.*

*Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos.*

Cuidado Perianestésico: Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.

Oxigenación:

- Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso
- Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.

Ventilación:

- Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión de tórax y observar el balón reservorio.
- Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.
- Si la ventilación es mecánica se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión
- Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula oro faríngea COPA- cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.

La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos.

Si la máquina de la anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:

- Control de frecuencia respiratoria
- Control para fijar volumen corriente y volumen minuto
- Control para relación inspiración / espiración

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 37 de 48</p>
---	--	---

- Alarmas de presión inspiratoria máxima y de desconexión

Circulación: El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

Temperatura: Es mandataria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia que haya posibilidad de monitorizar la temperatura.

Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

Sistema Nervioso Central: Es recomendable el uso del análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

Gases Anestésicos: Altamente deseable el monitoreo de gases inspirados y espirados

Otros elementos de monitoreo: Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar y otros parámetros según necesidad.

Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

Alarmas y Monitores: Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UPCA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.

Disponibilidad para RCCP: En el área en el cual se administre anestesia, debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP.

Equipo mínimo para el Manejo de la vía aérea: Toda institución hospitalaria que cuente con servicios de anestesiología, debe tener disponible las 24 horas un carro de vía aérea, móvil con los siguientes elementos:

- Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.
- Bujías o guías.
- Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas.
- Equipo para practicar cricotiroidectomía por punción percutánea.
- Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach
- Además en hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrograda.

Entrega de pacientes: Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico, el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

Normas específicas para la anestesia obstétrica: Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 38 de 48</p>
---	--	---

En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente al anestesiólogo, para atender al recién nacido. Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para la madre; si esta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido.

Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes.

Cuidado Postanestésico: En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado postanestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar inscrito en la UCPA, mientras exista un paciente ahí. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable (celular, walkie-talkie o similares).

El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario. El paciente debe llegar a la UCPA con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico.

Todo lo referido abajo debe estar consignado en un formato específico de UCPA.

En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorios, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo lo anterior debe quedar consignado en la Historia Clínica o en el registro anestésico. El cuidado en la UCPA debe ser realizado por personal aprobado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales).

En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de la sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado. Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación. El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada.

En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar de Tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso.

Cada cubículo debe contar con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, una fuente de oxígeno, una fuente de succión. Debe haber:

- Un auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad.
- Un auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media.
- Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando superan 6 salas de cirugía funcionando.

La UPCA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

Los egresos deben ser autorizados por escrito en la Historia o en el registro anestésico por un anestesiólogo responsable. El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10 salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje. Es altamente deseable registrar las condiciones de regresión de los bloqueos neuroaxiales especialmente en casos ambulatorios usando una escala como Bromage.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD  Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS          PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN          LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 39 de 48
---	---	--

**ANEXO D:  
 PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE  
 Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes:

- Definir mecanismos de *abastecimiento* de productos sanguíneos considerando aspectos como acceso geográfico, tiempo de entrega y de recarga del inventario de productos sanguíneos, tipos de banco de sangre que ofrezca oportunidad y disponibilidad permanente, normalmente se recomienda en contacto y convenio con 2 bancos de sangre debido a que la disponibilidad depende también de los grupos sanguíneos.
- La *recepción* de los componentes sanguíneos debe incluir la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, verificación del estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- En el proceso *almacenamiento* de los componentes sanguíneos, se debe incluir manejo de inventario para evitar un desabastecimiento, almacenamiento FIFO, evitar pérdidas por vencimiento, respetar la cadena de frío, y hacer seguimiento al despacho y manejo de unidades de sangre fuera del servicio transfusional.
- Definir procesos de *identificación* de los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas) para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.
- Asegurar la *entrega correcta y oportuna* de los componentes sanguíneos; controles en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra y su marcaje y entrega al servicio transfusional) y en la preparación de la sangre y componentes (pruebas de compatibilidad) identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre para su entrega a enfermería.
- Definir procesos de identificación de los componentes sanguíneos para evitar la confusión de las unidades y su administración a paciente diferente al que le fue solicitado.

**Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados a la transfusión:**

*Comunicación efectiva entre los médicos, enfermería y el banco de sangre o servicio transfusional:*  
 El personal médico y de enfermería involucrado en la prescripción y administración de sangre debe saber cómo funciona el banco de sangre o servicio transfusional y seguir los procedimientos acordados para la solicitud, recolección y administración de productos sanguíneos.

El personal debe estar capacitado para seguir estos procedimientos y todos los elementos básicos de un sistema de calidad necesitan estar implementados y en especial estar familiarizado con los siguientes aspectos del abastecimiento de sangre y productos sanguíneos seguros.



<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 40 de 48</p>
---	--	---

- Como el banco de sangre o el servicio transfusional del hospital obtiene sangre, incluyendo los diferentes tipos de donantes de sangre, como la procesa, almacena y transporta respetando la cadena de frío.
- Conocer los riesgos potenciales de transmisión de infecciones en la sangre disponible para transfusión y las posibles reacciones adversas.
- La responsabilidad para apoyar al personal del banco de sangre o del servicio transfusional para asegurar que la sangre sea proporcionada en el momento correcto y en el lugar correcto:
  - ✓ Completando el formulario de solicitud de sangre para cada paciente que requiera transfusión
  - ✓ Manejo de reservas de sangre, cuando sea posible (cirugías programadas)
  - ✓ Proporcionando información clara acerca de:
    - Los productos que están siendo solicitados
    - El número de unidades requeridas
    - Los motivos para la transfusión
    - La urgencia de la necesidad de transfusión en el paciente
    - Cuando y donde se requiere la sangre
    - Quien enviará o retirará la sangre del banco o servicio.

La importancia de los principales grupos sanguíneos (ABO y Rhesus) y de otros anticuerpos de grupos sanguíneos peligrosos que pueden ser detectados en el paciente antes de la transfusión.

Las responsabilidades del personal del banco de sangre o del servicio transfusional en asegurar que la sangre utilizada para transfusión sea compatible con el paciente, de manera de que no exista riesgo de reacciones peligrosas o fatales causadas por anticuerpos contra los glóbulos rojos.

Su responsabilidad en asegurar que los productos sanguíneos administrados a un paciente son compatibles y en particular, la vital importancia de:

- Completar todos los detalles requeridos en el formulario de solicitud de sangre
- Identificar cuidadosamente los tubos con muestras de sangre
- Chequear formalmente la identidad del paciente, el componente sanguíneo y la documentación al lado de la cama del paciente antes de la transfusión.

La importancia del almacenamiento correcto de la sangre y productos sanguíneos en el banco de sangre o servicio transfusional y en el área clínica para preservar su función y prevenir la contaminación bacteriana, que puede ser fatal para el paciente.

La importancia de descartar una bolsa de sangre que ha permanecido más de 4 horas a temperatura ambiente (o el tiempo que se haya especificado institucionalmente) o si la bolsa ha sido abierta o muestra cualquier signo de deterioro.

La importancia del correcto registro de las transfusiones en la historia del paciente, en particular:

- La razón para la transfusión
- El producto y volumen que fue transfundido
- La hora de la transfusión
- Cualquier efecto adverso.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 41 de 48</p>
---	--	---

**El personal del banco de sangre o servicio de transfusión debe además entender los siguientes aspectos:**

- Las presiones a las que están sometidos los médicos cuando están al cuidado de pacientes muy enfermos que necesitan transfusión en forma urgente.
- La vital importancia de las buenas prácticas de laboratorio y registros precisos en el banco de sangre o el servicio.
- La necesidad, en una emergencia, de usar procedimientos de laboratorio que sean apropiados a la urgencia de la situación. Asumiendo que se administra sangre ABO incompatible es una hemorragia mayor es más probable que se cause la muerte que un anticuerpo contra los glóbulos rojos encontrado en las pruebas de compatibilidad. Debe responderse inmediatamente teniendo como presente la seguridad y bienestar del paciente. Si es necesaria la investigación y resolución de la causa del problema que causó la urgencia o emergencia debe manejarse después de que esta haya pasado.

**Solicitudes de sangre urgentes:**

Es muy importante asegurar que exista un acuerdo común y entendimiento acerca del lenguaje usado por ambos clínicos y personal del banco de sangre para evitar cualquier mala interpretación de palabras como 'inmediato', 'urgente' o 'lo más rápido posible'. Es preferible llegar a un acuerdo en categorías de urgencia, como:

- Extremadamente urgente: dentro de 10–15 minutos
- Muy urgente: dentro de 1 hora
- Urgente: dentro de 3 horas
- El mismo día.
- En la fecha y hora requeridos.

El personal clínico y el personal del banco de sangre o servicio deben decidir quién es responsable de asegurar que una vez lista, la sangre sea transportada al paciente lo más rápidamente posible.

**Prevención de errores en la administración y transfusión de sangre y componentes:**

- La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión al momento de la aplicación de la sangre y para facilitar los procesos de compatibilización de sangre. Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los componentes sanguíneos (manejo incorrecto o administración errónea). Es necesaria la verificación de la identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre. Uso de brazaletes para la identificación de pacientes que requieran sangre.
- Mecanismos definidos por la institución para *vigilancia activa (Hemovigilancia)* en la detección, identificación y manejo de los eventos adversos o reacciones transfusionales adversas, monitoreo de pacientes poli transfundidos.
- Procesos de auditoría sobre el uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos, del ceñimiento a guías institucionales de indicación transfusional y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial (médicos, enfermeras y bacteriólogos) sobre el manejo, administración y uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos.
- Realizar la advertencia correspondiente a los pacientes o sus familiares antes de la transfusión. (consentimiento informado).

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 42 de 48</p>
---	--	---

- Implementación de estrategias para situaciones especiales como solicitudes de emergencia, paquete de urgencias o código Rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica.

La creación de una lista de chequeo para el proceso transfusional por parte de la institución y de seguimiento por parte del personal del banco o servicio y del personal médico y de enfermería:

- Evaluar la necesidad clínica de sangre o componentes sanguíneos del paciente y el momento en que ésta es requerida. La mejor transfusión a veces es la que no se hace.
- Informar al paciente y/o sus familiares acerca de la terapia transfusional propuesta y registrar en la historia del paciente que lo ha hecho.
- Registrar los motivos de la transfusión en la historia del paciente.
- Seleccionar el producto sanguíneo y la cantidad requerida. Use la guía de uso y requerimientos transfusionales para procedimientos quirúrgicos comunes.
- Complete la solicitud de sangre en forma cuidadosa y legible. Escriba la razón para la transfusión, de manera que el banco de sangre pueda seleccionar el producto más apropiado para las pruebas de compatibilidad.
- Si la sangre se requiere urgentemente, contacte el banco de sangre o al servicio por teléfono inmediatamente.
- Obtenga e identifique correctamente la muestra de sangre para las pruebas de compatibilidad.
- Envíe el formulario de solicitud y la muestra de sangre al banco de sangre.
- El laboratorio efectúa la detección de anticuerpos y pruebas de compatibilidad pre-transfusionales y selecciona las unidades compatibles.
- Envío de los productos sanguíneos desde el banco de sangre o recolección por el personal clínico.
- Almacene los productos sanguíneos en condiciones correctas de almacenamiento si no son requeridos inmediatamente para transfusión. Verifique identidad de:
  - Paciente
  - Producto sanguíneo
  - Documentación del paciente.
- Administre el producto sanguíneo.
- Registre en la historia del paciente:
  - Tipo y volumen de cada producto transfundido
  - Número único de donación de cada unidad transfundida y número del sello de calidad de sangre
  - Grupo sanguíneo de cada unidad transfundida
  - Hora de comienzo de la transfusión de cada unidad
  - Firma de la persona que administra la sangre.
- Monitoree al paciente antes, durante y al término de la transfusión.
- Registre el término de la transfusión.
- Identifique y responda inmediatamente a cualquier efecto adverso.
- Registre cualquier evento o reacción transfusional en la historia del paciente y su manejo, tratamiento o seguimiento.

**ANEXO E:  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN**

TIPO DE FALLA	EFECTOS	BARRERAS DE SEGURIDAD
<p>Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Aumento en estancia hospitalaria</li> <li>- Aumento de costos de no calidad</li> <li>- Insatisfacción del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.</li> </ul>
<p>La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Aumento de la estancia hospitalaria.</li> <li>- Aumento de la insatisfacción del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita.</li> <li>- Constatar el nombre y número de cama del paciente.</li> <li>- Constatar que todas las preparaciones estén correctamente marcadas con el tipo de dieta.</li> </ul>
<p>Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en Nutrición.</p> <p>Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Insatisfacción del paciente.</li> <li>- Aumento en estancia hospitalaria</li> <li>- Aumento en costos de no calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar la internación completa y correcta en la Historia Clínica.</li> <li>- Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales.</li> <li>- Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética</li> <li>- Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral.</li> <li>- Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso y verificar los productos a utilizar con osmolaridad final de la mezcla.</li> </ul>

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 44 de 48</p>
---	--	---

## ANEXO F: PAQUETES INSTRUCCIONALES

### Generales:

1. Procesos institucionales seguros
2. Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente
3. Modelo pedagógico

### Buenas prácticas

1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
2. Atención segura del binomio madre – hijo
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
4. Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
5. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
6. Garantizar la funcionalidad de los procesamientos de consentimiento informado
7. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad
8. Mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
9. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
10. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
11. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
12. Prevención de la malnutrición o desnutrición
13. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
14. Prevenir el cansancio del personal de salud
15. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
16. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
17. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
18. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1  Marzo 4 de 2010  Página: 45 de 48</p>
---	--	---

## ANEXO G:

### LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

##### *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)*

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
5. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
6. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
7. Entrega equivocada de reportes de laboratorio

##### *Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)*

1. Usuarios detectados por suplantación
2. Afiliados duplicados
3. Quejas por no prestación de servicios POS
4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
10. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad
11. Tutelas por no prestación de servicios POS
12. Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización
13. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos
14. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equivocadas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
15. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
16. Pacientes en lista de espera por mas de tres meses

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 46 de 48</p>
---	--	---

## EVENTO ADVERSO

### *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)*

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
2. Pacientes con úlceras de posición
3. Distocia inadvertida
4. Shock hipovolémico post - parto
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria
6. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
7. Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
8. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
9. Entrega equivocada de un neonato
10. Robo intra – institucional de niños
11. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
12. Suicidio de pacientes internados
13. Consumo intra - institucional de sicoactivos
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
18. Flebitis en sitios de venopunción
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
20. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
21. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
22. Accidentes postransfusionales
23. Asalto sexual en la institución
24. Neumotórax por ventilación mecánica
25. Asfixia perinatal
26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
27. Secuelas post - reanimación
28. Pérdida de pertenencias de usuarios
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico

### *Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)*

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
2. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB
3. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva
4. Pacientes con transmisión vertical de VIH
5. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
6. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado
7. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
8. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
9. Reacciones por medicamentos vencidos
10. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno
11. Paciente en estado crítico sin asistencia.

<p>UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD</p> <p>Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"</p>	<p><b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b></p>	<p>Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 47 de 48</p>
---	--	---

## ANEXO H:

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
2. "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica" Informe final. Octubre 2008.
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
4. 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".
5. Investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford.
6. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
7. "Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts".
8. "Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente" (convenio 353 de 2006).
9. Err Is Human: Building a Safer Health System
10. International Classification for Patient Safety (ICPS)" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
11. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
12. Technical Especification ISO/TS 19218/05: Medical devices — Coding structure for adverse event type and cause.
13. Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
14. Prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
15. Prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF).
16. Prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
17. Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.
18. Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.
19. MPS. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.
20. Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261.





Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

Carrera 13 N° 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia

Teléfono: 330 50 00 Ext.: 1800

Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 50 00 Exts.: 3380 - 3381

Resto del País: 01 8000 910097

Página web: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)