Versión 2.0

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA

PAQUETES INSTRUCCIONALES

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CÓMO USAR ESTA GUÍA

CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

http://www.

CLIC PARA IR AL URL

FLECHAS DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE LAS PÁGINAS

ESC

PULSE PARA SALIR DEL MODO PANTALLA COMPLETA

CTRL+L

PULSE PARA VOLVER AL MODO PANTALLA COMPLETA

CTRL+W

PULSE PARA CERRAR LA VENTANA ACTUAL

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS
Subdirector de Prestación de Servicios

MINSALUD

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANA MILENA MONTES CRUZ
Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

UNIÓN TEMPORAL

PRAXXIS Consultores S.A.S

UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ
Dirección General del Proyecto

ASTOLFO LEÓN FRANCO HERRERA

MARCELA DÍAZ RAMÍREZ
Equipo Técnico

CLÍNICA DEL COUNTRY
CLÍNICA NUEVA
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE
HOSPITAL PABLO VI
JAVESALUD - IPS
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
VIRREY SOLIS - IPS

Agradecimiento por su participación

MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN..... 8
2. OBJETIVOS GENERAL..... 12
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 14
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS..... 16
5. ESCENARIO PROBLÉMICO..... 21
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)..... 23
7. MARCO TEÓRICO..... 25
7.1 Antecedentes..... 26
7.2 Justificación..... 31
7.3 ¿Cuál es la Política Nacional de Seguridad del Paciente?.....32
7.4.¿Cómo se construye la Política Institucional de Seguridad del Paciente?.34
7.5. ¿Cómo se Implementa el Programa de Seguridad del Paciente?.....36
8. APROPIACIÓN..... 72
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS..... 80
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS..... 84
11. CONCLUSIONES..... 87
12. ANEXOS..... 90

Este pdf es interactivo.
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.

1. INTRODUCCIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte "Errar es humano", debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica[1].

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Una explicación a que aún se presente un alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud[2]. Durante la atención de un paciente, entre otros factores, sucede un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionadas con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, etc, que en ultimas llevan a errores y eventos adversos secundarios. Por ello, es común en las organizaciones reguladoras

estales, tanto a nivel nacional como internacional, la percepción de que es necesario implementar practicas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente. El estudio e investigación de porqué se presentan nos permitirán identificar las acciones necesarias a implementar para evitar su recurrencia.

Son muchas las acciones que se han realizado en los diferentes países al rededor del mundo para afrontar este problema social. En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad[3]. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud. El presente paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura responde a ese propósito y actualiza al anterior, muestra los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales implementadas de manera sistémica,

rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos. En su desarrollo se ha tenido en cuenta no solo los avances científicos publicados en la literatura internacional, sino también la referenciación nacional e internacional con hospitales de alto reconocimiento por su calidad y seguridad y la experiencia alcanzada por los líderes del sector en nuestras instituciones acreditadas.

El modelo pedagógico en el que se han diseñado los paquetes instruccionales es el ABP, Aprendizaje basado en problemas. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico, será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. (Hacer click aquí).

2. OBJETIVO GENERAL

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

Lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

- Comprender la Política Nacional de Seguridad del paciente y sus lineamientos
- Diseñar e implementar una Política Institucional de Seguridad del Paciente
- Diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas.
- Liderar al interior de sus organizaciones:
  - El despliegue y la capacitación de los colaboradores de la Política y programa de seguridad del paciente
  - La implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos.
    - Las actividades de búsqueda activa de eventos adversos
    - La implementación del Sistema de Reporte de eventos
    - La metodología de investigación de eventos
    - Las metodologías de análisis de eventos
    - El diseño e implementación de las acciones de mejora
    - El seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora
    - La implementación de una cultura justa de la seguridad del paciente
    - Las actividades a desarrollar tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.[1]
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.[2]
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.[3]
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.[4]
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante

1 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

2 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

3 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).[5]

- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)[6]
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).[7] Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

5 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

6 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.[8]
- **AMEF:** Análisis de modo y efecto de falla.

8 http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo1)

5. ESCENARIO PROBLÉMICO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante trabajar en seguridad del paciente?
¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en Latinoamerica?
¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en Colombia?
¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en el mundo?
¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Latinoamérica?
¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Colombia?
¿Qué avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia?
¿Cuál es la política nacional de seguridad del paciente?
¿Cómo se construye la política de seguridad del paciente?
¿Cómo implementar un programa de seguridad del paciente?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo 2)

6. METAS DE APRENDIZAJE

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

- Conocer y aplicar los pasos para la construcción de un programa de seguridad del paciente en pró de la seguridad del paciente y una atención segura.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo1)

7. MARCO TEÓRICO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante trabajar en seguridad del paciente? (regresar formulación de la pregunta)

En el mundo entero el reporte "Errar es humano" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los paciente[11], hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que en vez de mejorar, se había empeorado. Esto probablemente cómo un efecto del mismo, En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

(AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continua con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC)[5,6].

¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Latinoamérica? (regresar formulación de la pregunta)

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.[7] Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.[8-11]

¿Cuál es la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso en Colombia? (regresar formulación de la pregunta)

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados.

¿Cuál es la incidencia de muerte como consecuencia de un evento adverso en el mundo y Latinoamérica y Colombia? (regresar formulación de la pregunta)

Durante todos estos años ha continuado la investigación respecto de la evidencia científica de las prácticas seguras y la implementación de las prácticas recomendadas, sin embargo, podemos decir que aún hoy cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren daño o mueren como resultado de un cuidado médico inseguro. Un reciente reporte de Ashish muestra que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad[12].

¿Que avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia? (regresar formulación de la pregunta)

Desde la publicación del reporte Errar es humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica.

Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Cómo muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de

prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conformamos el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en nuestras instituciones pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014[13].

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 3)

7.2 JUSTIFICACIÓN

Hoy se acepta que existen algunas prácticas reconocidas universalmente como seguras y que son producto de buenos programas institucionales de seguridad implementados en los últimos años[14-17]. Entre ellas podemos mencionar el uso de listas de chequeo pre-operatorias y pre-anestésicas para prevenir eventos operatorios y post operatorios, el uso de bundles (combos) que incluyen listas de chequeo para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales, el uso de intervenciones para reducir el uso de sondas urinarias, el uso de bundles que incluyen la elevación de la cabecera de la cama, el cede intermitente de la sedación, el enjuague oral del paciente con clorexhidina y la aspiración continua subglótica del tubo oro traqueal para prevenir la neumonía asociada a ventilador, la higiene de manos, el no usar siglas peligrosas en la historia clínica, las intervenciones multi-componentes para reducir las ulceras por presión, el uso de precauciones de barreras para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el uso de ultrasonido en tiempo real para colocar líneas centrales y las intervenciones para mejorar la profilaxis contra el trombo-embolismo venoso. Sin embargo, la evidencia clínica reciente que indica que aún el daño prevenible que ocurre en los hospitales es alto, a pesar de todos los esfuerzos realizados, justifica la presente actualización. Es por esto que a continuación se presenta el paso a paso para la implementación de un programa de seguridad del paciente que fortalezca la implementación de barreras y defensas (prácticas seguras) que disminuyan la probabilidad de la presencia del error.

7.3 ¿CUÁL ES LA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? (regresar formulación de la pregunta)

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 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. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

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 acerca de la

existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

7.4.¿CÓMO SE CONSTRUYE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? (regresar formulación de la pregunta)

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos:
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.

- La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error
- Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- o Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras

7.5. ¿CÓMO SE IMPLEMENTA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? (regresar formulación de la pregunta)

7.5.1 Ejes conductores del programa de Seguridad del Paciente

- Apoyo de la alta dirección

Es fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y la Gerencia. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la Gerencia asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora.

- Análisis y gestión de riesgos;

a. Análisis de modo y efecto de falla- AMEF

La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos. Tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.

Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar.

El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

Para elaborar un AMEF Se hace una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta:

- Su ocurrencia: Qué tan frecuentemente se proyecta que ocurra la causa o el mecanismo de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10.

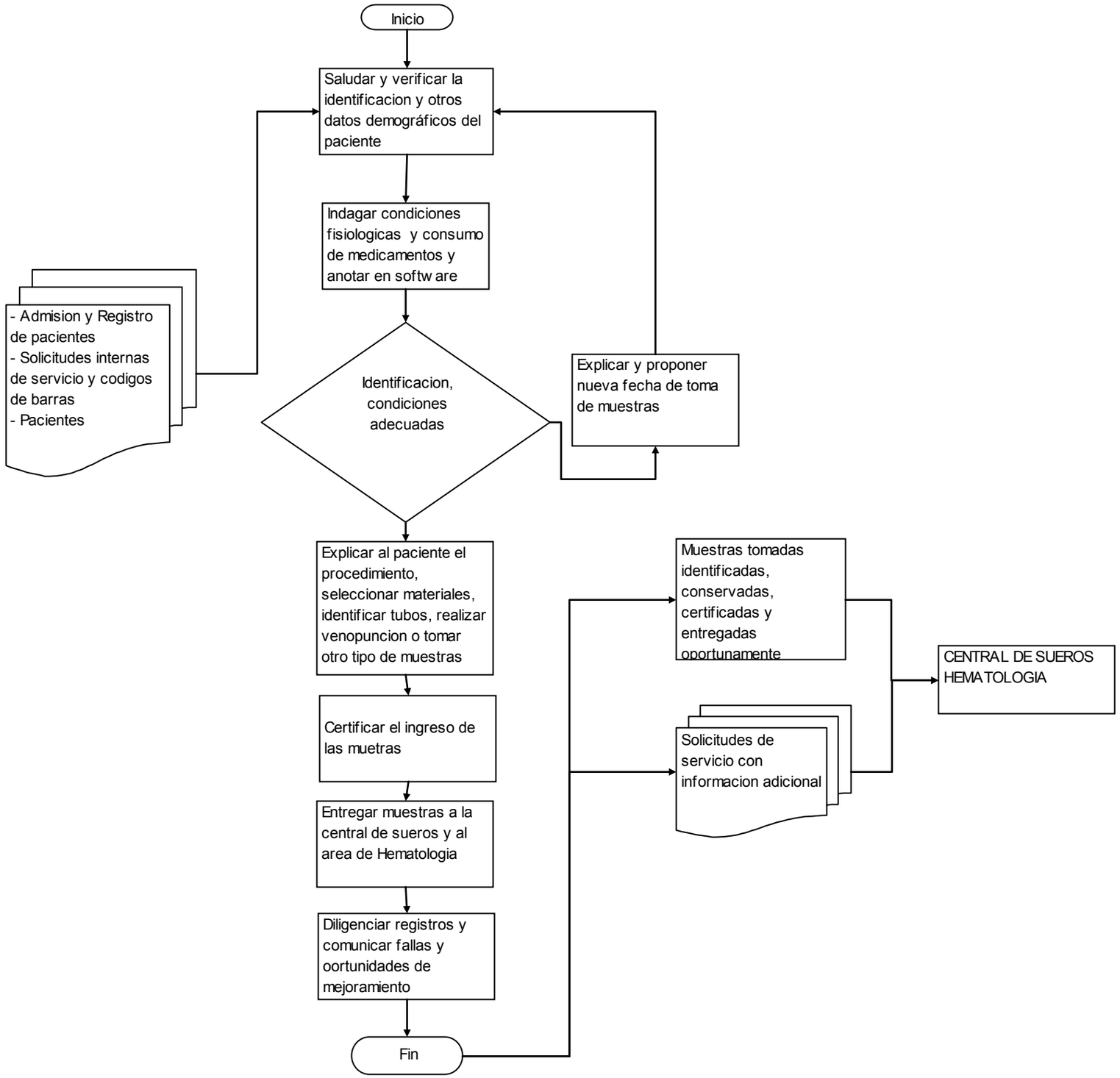
- Su Severidad: Es una evaluación de la seriedad del efecto del modo de falla potencial en el cliente.

- Controles actuales del proceso: Se describen los controles que previenen que en cierto grado ocurra el modo de falla o que detectan el modo de falla que se presentará.

- Detección: Evalúan la probabilidad de que los controles de proceso que se proponen detecten una causa potencial o el modo de falla subsecuente. Se usa una escala de 1 a 10.

Si bien un AMEF debe tener un responsable de la preparación, debe también basarse en el esfuerzo de un equipo de expertos; en diseño, manufactura, en materiales, en servicio, en calidad, los proveedores y líderes del área responsable. Para efectos de un mejor entendimiento se ilustra el AMEF del proceso de toma de muestras dentro de un laboratorio clínico.

Caracterización del proceso toma de muestras



AMEF Toma de muestras

ACTIVIDAD DEL PROCEDMIENTO	MODO DE FALLA	EFECTO	CAUSA	MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL
Realizar entevista	No realizar la entrevista.	No hay aporte al analisis de resultados por parte de los profesionales	Presión de tiempo Olvido	Crear conciencia de que esta dificultad actualmente, solo se puede resolver con la rigurosidad en el seguimiento del procedimiento.
Seleccionar materiales para la toma de muestras	Omitir o errar la selección de materiales.	Omitir la toma de muestras	Falta de competencia	El aplicativo tiene señalado con colores los tubos que se deben seleccionar Aplicativo Requilab esta al alcance Crear conciencia de los efectos de los efectos en los reprocesos y fallas en oportunidad
Verificar el sitio de la punción	No dimensionar la dificultad de la sangría	Punción fallida.	Tipos de venas Presión del tiempo	Conocer el uso de los diferentes tipos de agujas y tubos. Conocer que compañero tiene mas experticia . Trabajar en el apoyo entre los compañeros. Asignar turnos de acuerdo con compatibilidades entre colaboradores.

Probabilidad de ocurrencia:
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional a la probabilidad de ocurrencia del evento.

Impacto:
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional al impacto.

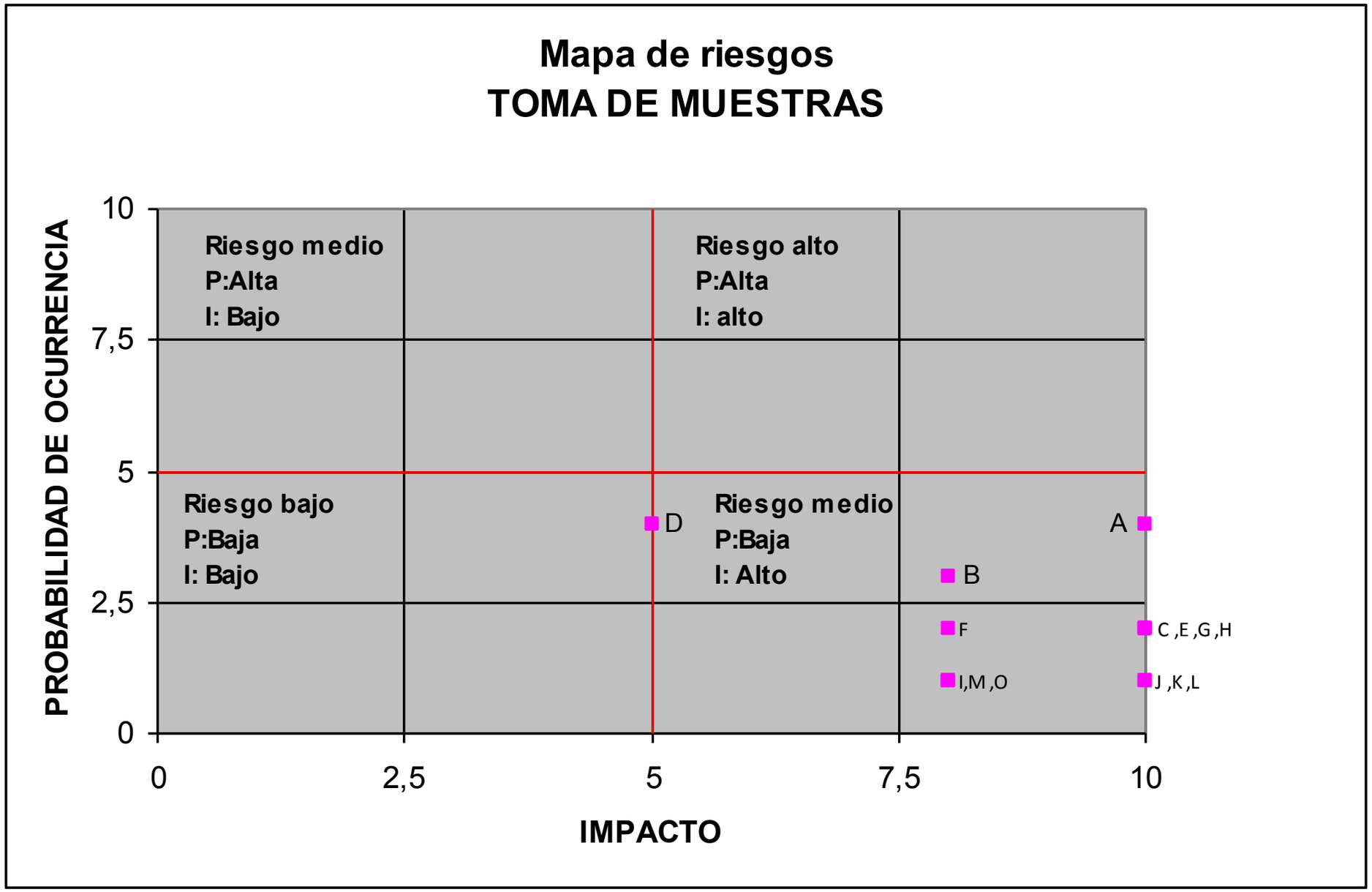
Detección
Impacto de las medias de control:
Se pondera entre 1 y 4 siendo **invesamente** proporcional al efecto.
(menos es más)

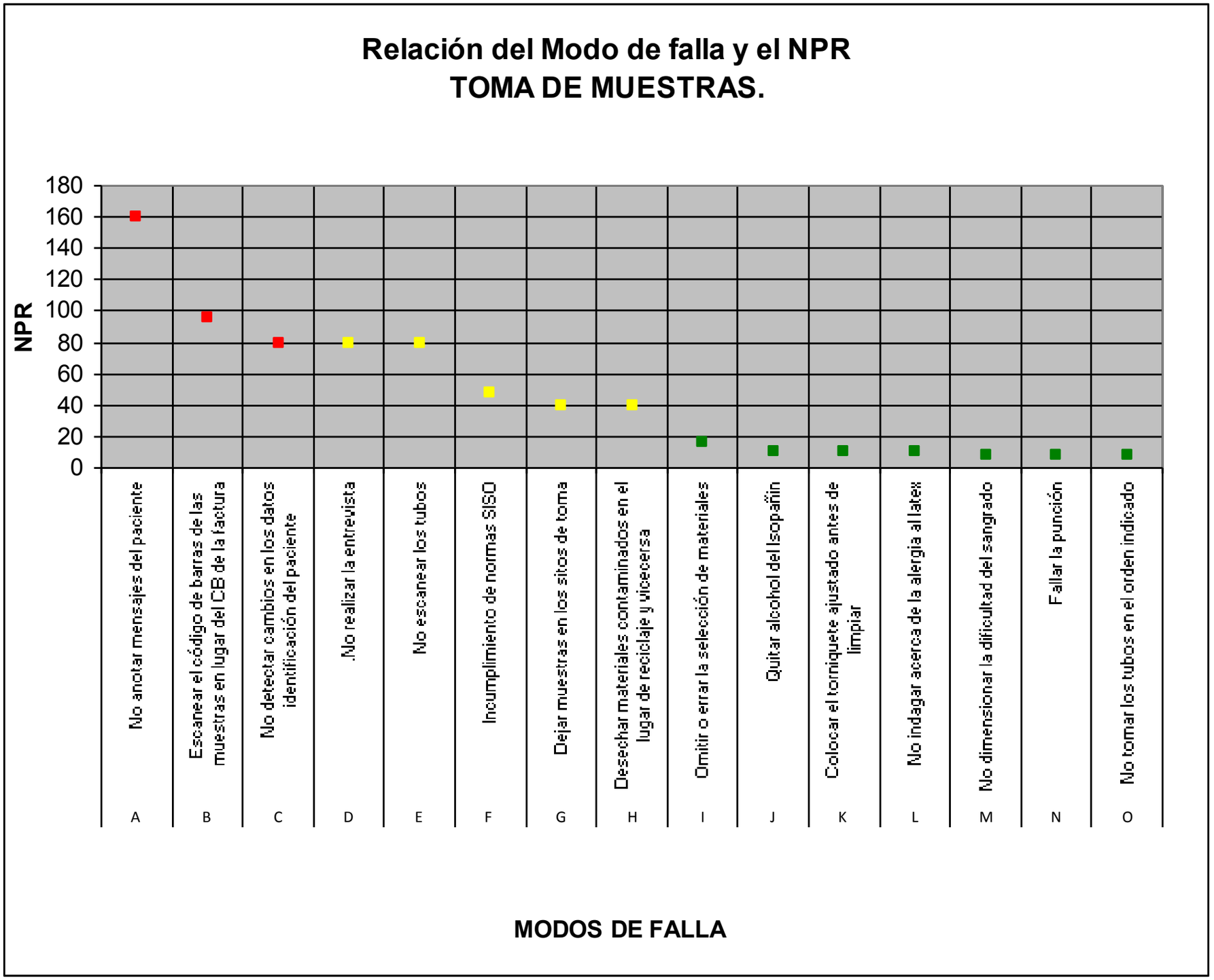
Numero de prioridad del riesgo:
Es el producto de PxIxD

TOMAR MUESTRAS					
Cod	**MODO DE FALLA**	**P**	**I**	**D**	**NPR**
A	No anotar mensajes del paciente	4	10	4	160
B	Escanear el código de barras de las muestras en lugar del CB de la factura	3	8	4	96
C	No detectar cambios en los datos identificación del paciente	2	10	4	80
D	No realizar la entrevista.	4	5	4	80
E	No escanear los tubos	2	10	4	80
F	Incumplimiento de normas SISO	2	8	3	48
G	Dejar muestras en los sitos de toma	2	10	2	40
H	Desechar materiales contaminados en el lugar de reciclaje y vicecersa	2	10	2	40
I	Omitir o errar la selección de materiales	1	8	2	16
J	Quitar alcohol del Isopañin	1	10	1	10
K	Colocar el torniquete ajustado antes de limpiar	1	10	1	10
L	No indagar acerca de la alergia al latex	1	10	1	10
M	No dimensionar la dificultad del sangrado	1	8	1	8
N	Fallar la punción	1	8	1	8
O	No tomar los tubos en el orden indicado	1	8	1	8
	Sumatoria NPR				**694**

MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	NUEVOS MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	Reducción del NPR
Crear conciencia y competencia Dotar de elementos de protección personal Suministrar elementos adecuados para el trabajo. Diseñar procedimientos de trabajo seguros	2	8	3	48	Diseño adecuado de la planta física	1	8	1	8	83%
Realizar la revisión en todos los casos al inicar el procedimiento.	2	10	4	80	El aviso automático de discrepancias producido por Datalab aparezca desde esta etapa impidiendo continuar.	2	10	2	40	50%
	2	10	4	80	Diseño de un sistema seguro de registro de pacientes	1	10	1	10	88%
Crear cultura y capacitación del personal	3	8	4	96	Emitir códigos de barras en la toma de muestras	1	8	1	8	92%

MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	NUEVOS MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL	P	I	D	NPR	Reducción del NPR
Crear conciencia de que esta dificultad actualmente, solo se puede resolver con la rigurosidad en el seguimiento del procedimiento.	4	5	4	80	Paso del diagnóstico de la HCE por la interface	3	5	2	30	63%
El aplicativo tiene señalado con colores los tubos que se deben seleccionar Aplicativo Requilab esta al alcance Crear conciencia de los efectos de los efectos en los reprocesos y fallas en oportunidad	1	8	2	16	Colocar las notas de Requilab en Datalab	1	8	2	16	0%
Conocer el uso de los diferentes tipos de agujas y tubos. Conocer que compañero tiene mas experticia . Trabajar en el apoyo entre los compañeros. Asignar turnos de acuerdo con compatibilidades entre colaboradores.	1	8	1	8	Idem	1	8	1	8	0%


Mapa de riesgos
TOMA DE MUESTRAS
Riesgo medio
P:Alta
I: Bajo
Riesgo alto
P:Alta
I: alto
Riesgo bajo
P:Baja
I: Bajo
Riesgo medio
P:Baja
I: Alto
D
A
B
F
C ,E ,G ,H
I,M ,O
J ,K ,L
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA
IMPACTO
10
7,5
5
2,5
0
0
2,5
5
7,5
10


Relación del Modo de falla y el NPR
TOMA DE MUESTRAS.
NPR
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
A No anotar mensajes del paciente
B Escanear el código de barras de las muestras en lugar del CB de la factura
C No detectar cambios en los datos identificación del paciente
D .No realizar la entrevista
E No escanear los tubos
F Incumplimiento de normas SISO
G Dejar muestras en los sitos de toma
H Desechar materiales contaminados en el lugar de reciclaje y viceversa
I Omitir o errar la selección de materiales
J Quitar alcohol del Isopañin
K Colocar el torniquete ajustado antes de limpiar
L No indagar acerca de la alergia al latex
M No dimensionar la dificultad del sangrado
N Fallar la punción
O No tomar los tubos en el orden indicado
MODOS DE FALLA

- **Definición de privilegios o credenciales**

La definición por parte de la Gerencia de la organización de los privilegios de los profesionales de la salud, en especial de los quirúrgicos, es componente fundamental de la seguridad del paciente. Parte del principio de que los procedimientos deben ser hechos por aquellos que tienen las competencias, habilidades y experticia para hacerlo bien a la primera vez, con lo cual se disminuye la probabilidad de que aparezcan eventos adversos. En este sentido, es importante anotar que la sola certificación o diploma universitario no es sinónimo de tener los privilegios. Aquí cobra importancia fundamental aquel dicho que reza que "la práctica hace al maestro", Por lo tanto, la gerencia o en su defecto, un comité de privilegios, debe asignarlos a cada uno de los profesionales quirúrgicos en los procedimientos relacionados, basado en su entrenamiento, su actualización constante, y especialmente, a través de la verificación de que dicho profesional ha realizado un número determinado del procedimiento específico que lo vuelven idóneo para su realización.

- **Adherencia a guías de práctica clínica**

Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo

cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos.

La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica. Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización debe tener en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio

Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación. En ese propósito, debido a que frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia que ha demostrado efectividad es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, una guía de manejo de decenas de páginas, se convierte en solo una, con algunos ítems, que es fácilmente verificable. En esta lista de chequeo se deben incluir aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

- **Educación en Seguridad del paciente**

La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas

que se pueden realizar diariamente están:

- Las sesiones breves de seguridad. Se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.
- Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

- **Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente**

- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud

Es hoy aceptado en la literatura médica mundial que las infecciones adquiridas en el hospital, antiguamente denominadas "nosocomiales", han sido y son, de lejos, la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados; estando en mayor riesgo aquellos internados en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI)[14-19].

Con el advenimiento del movimiento global por la seguridad de los pacientes, en la última década a estas infecciones se les denomina ahora como "asociadas al cuidado de la salud", término el cual sugiere de alguna manera, que no son en sí

mismas complicaciones de la enfermedad del paciente, sino inducidas por el cuidado inseguro que reciben los pacientes.

La literatura internacional considera mayormente que infecciones como la del torrente sanguíneo, asociada a la colocación de catéter central, (bacteriemia asociada a catéter), la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la infección urinaria asociada a sonda vesical, son eventos adversos; susceptibles de ser evitables mediante la implementación de prácticas seguras relacionadas con el cuidado del paciente mismo y de los dispositivos insertados en él. Por esta razón, en algunos países desarrollados, una vez se presenta alguno de ellas, sola o en combinación con otra, su tratamiento específico no es cubierto por el organismo asegurador, práctica que dicho sea de paso, se ha ido diseminando peligrosamente a los países en transición como el nuestro. Evitar por lo tanto la aparición de estas infecciones en los pacientes representa en un reto mayor para los directores de clínicas y hospitales, no solo por la gestión clínica en sí, sino también, por la salud financiera de la organización. En el propósito de prevención, un factor fundamental es preguntarse si realmente el paciente necesita el dispositivo (catéter sanguíneo, sonda vesical o tubo oro traqueal). Por ser de importancia manifiesta, para este tema se desarrolla un paquete instruccional específico, por lo cual, no se profundizará al respecto en este.

- Gestión segura del uso de medicamentos

Los errores en el uso de medicamentos son uno de los de mayor ocurrencia en la

atención en salud. Ellos pueden suceder en cualquier paso de la cadena logística; bien sea desde la selección del medicamento hasta su administración al paciente. Aunque afortunadamente no todos ellos terminan en eventos adversos (solo en 6% al 10% de todos los pacientes hospitalizados), preocupan grandemente al sistema de atención en salud, pues atenderlos tiene muy alto costo. Recientes publicaciones provenientes de los Estados Unidos reportan que al menos 3.5 billones de dólares, como costo médico extra por año, se gastan en ese país para atender estos eventos adverso[21]. Algunas prácticas como la orden médica hecha por computador y la identificación y gestión adicional de aquellos de alto riesgo (medicamentos de control y LASA (que se parecen a.o suenan como) han disminuido su frecuencia.

El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos entre los cuales se puede presentar su incorrecta administración, bien sea porque hay error en la dosis o en el medicamento mismo, el uso de soluciones concentradas directamente en los pacientes, contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica al administrar un medicamento a un paciente y la ausencia de conciliación medicamentosa. Implementar barreras para evitar estos eventos es de vital importancia, más si tenemos en cuenta que a futuro seguramente el riesgo de que estos eventos se presenten aumentará como producto del desarrollo de nuevos medicamentos, del descubrimiento de nuevos usos de los medicamentos ya existentes, del envejecimiento de la población, del incremento en el uso de medicamentos para la prevención de enfermedades y del incremento en el cubrimiento por los aseguradores de los medicamentos prescritos. Esta perspectiva obliga a las instituciones a fortalecer

estas actividades. Que al igual que en lo relacionado con la prevención y el control de las infecciones, es motivo de un paquete instruccional específico.

a. Conciliación medicamentosa

Frecuentemente cuando los pacientes son admitidos en un hospital reciben nuevas medicaciones o les cambian las que previamente venían recibiendo, de tal manera que se les instaura un nuevo tratamiento. En este proceso, en cualquier momento pueden suceder errores, entre los cuales se incluyen omisiones, errores en la dosificación, duplicaciones, o interacciones medicamentosas entre los medicamentos previos y los nuevos.

Para evitar estos errores en el uso de la medicación surge la reconciliación medicamentosa. Esta consiste en comparar los medicamentos previos que recibía el paciente con los actuales y definir cuales va a seguir recibiendo a futuro. En teoría este proceso debe hacerse al ingreso del paciente, en su traslado de un servicio a otro, o al momento de su egreso.

- Gestión segura de la tecnología biomédica

En la atención en salud, en todo momento utilizamos dispositivos médicos y con alguna frecuencia se presentan incidentes o eventos adversos asociados a su uso (EAUDM). El decreto 4725 de 2005 emitido por el Ministerio de Salud y Protección social, definió al dispositivo médico como "cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, que se utiliza para la atención de seres humanos, sólo o en combinación, incluyendo sus

componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación[22]".

Los EAUDM no son infrecuentes en los países desarrollados y debido a la alta incidencia y prevalencia a nivel internacional, se han creado agencias reguladoras; dependientes e independientes, las cuales entre sus funciones, tienen la de velar por la seguridad de los dispositivos médicos. Entre las más reconocidas están la FDA (Food and Drug Administration) y la ECRI (Emergency Care and Research Institute), ésta última dedicada a la evaluación y perfeccionamiento continuo de la tecnología del cuidado de la salud. En Colombia esta labor la realiza el INVIMA "Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos".

Una adecuada gestión tecnológica inicia con la creación del Comité de gestión de tecnología, el cual se encarga de asesorar y recomendar a la Gerencia, la mejor, entre múltiples opciones, de la tecnología que se busca. Es recomendable que de comité hagan parte activa quien compra en la institución, el ingeniero biomédico y el director del Programa de Seguridad del paciente. Una vez definido el tipo de equipo que se requiere el ingeniero biomédico debe realizar la investigación; para por lo menos 3 proveedores potenciales; sobre: alertas previas del equipo emitidas por ECRI, FDA, etc. por eventos adversos publicados con ese equipo, al igual que la conectividad de esa tecnología con la existente, la experiencia de otras instituciones con ese equipo, la experiencia del proveedor, experiencia de la institución con el proveedor (si se tiene), la experiencia con los mantenimientos correctivos y preven-

tivos del potencial proveedor, servicio post venta, precio, y condiciones de pago. La decisión se tomará después de una amplia discusión donde se escuche a todos los asistentes, se respondan las preguntas a que haya lugar y se haga consenso sobre la mejor opción. En esta decisión, no siempre el dispositivo seleccionado será el más barato. Una vez el equipo esté en el sitio definido y antes de ponerlo en funcionamiento regular se debe proceder a la capacitación de los usadores finales en su adecuado funcionamiento asegurando que ningún futuro usador se quede sin la misma.

- Implementación de las metas globales de seguridad del paciente

La institución debe trabajar en el día a día hacia la obtención de las metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, mejorar la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas. Cada una de ellas es motivo de un paquete instruccional específico.

La identificación del paciente debe considerar los adultos con y sin documento de identidad, los recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.

Los errores en la comunicación interpersonal y con el paciente son el factor contribuyente más frecuentemente observado cuando se analizan los eventos adversos sucedidos. Para disminuir esta frecuencia en la institución se deben implementar

diferentes estrategias entre las cuales estandarizar las abreviaturas.

Las acciones que la institución debe realizar para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, incluyen estrategias desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, así como la identificación extra de los medicamentos de alto riesgo.

El aseguramiento de la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto, debe iniciar desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la alianza mundial para la seguridad de los pacientes expuestos en la lista de chequeo de cirugía segura.

Para prevenir, detectar y controlar adecuadamente las infecciones, la institución debe desarrollar diferentes estrategias que incluyen el desarrollo e implementación de una guía de profilaxis quirúrgica antibiótica a la cual se le vigile su cumplimiento, realizar campañas institucionales de lavado de manos en los cinco momentos sugeridos por la OMS, hacer vigilancia activa del lavado higiénico de las manos, centralizar en el profesional más competente el uso de antibióticos de máxima potencia, definir las recomendaciones de precaución para el manejo de pacientes aislados y hacer vigilancia a su cumplimiento.

La institución debe implementar en su interior un programa institucional para prevenir que se presenten caídas de pacientes. Para ello debe identificar al paciente

con riesgo de caída con un adhesivo de color en manilla de identificación, educar a pacientes, familiares y acompañantes sobre el riesgo y la necesidad de informar al personal del servicio cuando el paciente se va a quedar solo o desea levantarse al baño, realizar una adecuada señalización de toda la infraestructura física sobre los posibles riesgos de caída, en las escaleras, en los desniveles, en los espacios vacíos, etc., adecuar la instalación física (baños, pasillos, piso de las habitaciones) con los requerimientos necesarios: soportes en los baños, tanto en el área de sanitario como en la ducha, colocación de bandas antideslizantes en todos los baños, colocación de piso totalmente antideslizante, adecuar las camas de los pacientes manteniéndolas en el nivel de altura más bajo posible, colocándole barreras de espuma que bloqueen los espacios de las barandas, retirando las escalerillas que supuestamente facilitan la subida del paciente a la cama, pero que en ocasiones son las causantes de las caídas, adecuando las sillas de rueda y camillas para el transporte de pacientes colocándoles un cinturón de seguridad manteniendo arriba las barandas de las camillas.

- Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad

Conscientes de que un paciente más comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, la organización debe estimularlos, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquenl o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir. Para tal efecto, se pueden desarrollar unos folletos

ilustrativos sobre el papel activo que cada paciente en la consulta externa, en que va a ser hospitalizado, o en la que va a ser intervenido quirúrgicamente, debe desempeñar buscando ayudar al personal de salud a que le entregue un cuidado más seguro.

En el caso de pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, la institución le puede hacer entrega de un folleto recordatorio de las preguntas sobre los aspectos más importantes que el paciente y su familia deben conocer para tener un adecuado manejo post-quirúrgico en casa. De igual manera, para una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos es recomendable entregar al paciente, por escrito, las recomendaciones sobre los cuidados que debe tener con las actividades del quehacer diario: bañarse, caminar, alimentación, actividad física, actividad sexual, manejo de drenes, prótesis, cita de control, etc.

Los pacientes y su familia acompañante son también involucrados en su auto-cuidado y seguridad al momento de las rondas de seguridad. Cuando la misma se realiza, se indaga al paciente sobre cómo le ha parecido la seguridad de su atención y qué aspectos concernientes a la seguridad han notado ellos que se pueden implementar o que ya lo están pero se pueden mejorar.

- Mecanismos de reporte de eventos adversos

El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos.

Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora. Sin embargo, a pesar de este claro beneficio, múltiples publicaciones muestran que aproximadamente solo se reporta el 6% de los eventos adversos que en realidad suceden[23,24]. El miedo a las represalias de orden laboral o jurídico que puedan tener, o a quedar en evidencia en público como aquellos que cometen los errores o simplemente no querer estar involucrado en tareas administrativas, figuran entre otras como las probables causas del no reporte de los profesionales de la salud, en especial de los médicos.

Estudiando las causas de no reporte, en 2002 Shekelle[25] encontró que los médicos son más renuentes que las enfermeras a reportar eventos, incluso en casos de violación de protocolos claramente establecidos, y que una de las razones para el no reporte, es que los médicos no están de acuerdo con los criterios con los cuales la calidad es medida. Otras barreras de los médicos para el reporte encontradas en el estudio fueron la falta de retroalimentación sobre la acción tomada (57.7%), las limitaciones de la forma de reporte (muy larga 54.2%), que no consideran necesario reportar cosas triviales (51.2%), que se olvidan de reportar por estar muy ocupados (47.3%) o simplemente, no creen que reportar sea su responsabilidad (37.9%). Por todo lo anterior, generar una cultura de reporte que favorezca la disminución de los eventos adversos, es reto importante para los Directores de Programas de Seguridad del paciente[26].

Las siguientes características son aquellas que debe tener todo reporte efectivo de

incidentes, complicaciones y eventos adversos.

- Que promueva el auto-reporte voluntario

La recomendación de auto-reporte voluntario tiene como fundamento la premisa de que es primariamente quien hace las cosas, quien en algún momento de su labor detecta sus errores y por lo tanto debe reportar lo sucedido. Aunque parece una acción obvia, no sucede así en la realidad por razón del miedo al castigo, aún en instituciones con una conocida cultura de seguridad. No es infrecuente en la práctica diaria saber de instituciones que iniciaron sus programas de reporte de eventos adversos aferrados a la recomendación de la literatura de "auto-reporte voluntario" y meses después, aún no tienen el primer evento reportado.

El auto-reporte voluntario toma su verdadero lugar cuando los colaboradores sienten que en la institución el equivocarse no da lugar a un castigo, sino por el contrario, a una acción educativa que facilite la prevención de la recurrencia del mismo evento en el futuro. Esto toma un tiempo considerable y sucede cuando la institución ha desarrollado una cultura de seguridad importante, por lo tanto, solo el trabajo continuo en la creación de una cultura educativa no punitiva llevará a que el personal auto-reporte sus errores y eventos en los cuales se ha visto involucrado

- Que sea anónimo

Esperar que solo haya auto-reportes voluntarios priva a la organización de una oportunidad importante para aprender y mejorar. Por ello, se debe permitir el re-

porte por cualquier otra persona que conozca del incidente o evento.

Pasar a esta modalidad tiene tanto aspectos positivos como negativos. Es positivo porque se incrementan las posibilidades de que la organización se entere de la realidad de lo que pasa y por ende se puedan establecer las acciones de mejora, pero es también negativo porque el reporte por otros, puede incrementar conflictos entre los colaboradores con la afectación secundaria del clima laboral. Por esta razón, es muy importante implementar las estrategias necesarias para evitar que tome lugar la "delación vengativa" entre colaboradores y resulte siendo peor el remedio que la enfermedad. Entre las estrategias para favorecer el reporte anónimo por cualquier persona están:

- La destinación de una línea telefónica exclusiva a la cual cualquier persona, de manera anónima, pueda reportar un evento
- El establecimiento de direcciones de internet para que se pueda reportar desde sitios diferentes al trabajo,
- La colocación de buzones de reporte en diferentes sitios de la institución, donde también de manera anónima, las personas dejan el reporte escrito.
- Que sea confidencial

Se refiere a que en el reporte, bajo ningún motivo, se revele la identidad de la o las personas involucradas en el evento. Lograr esto no es fácil ni siquiera para organizaciones con una cultura de seguridad conocida, en donde se supone que

"alguien se equivoque" sea visto con naturalidad. Por lo tanto, buscar como sea la confidencialidad es de efectividad discutible, pues al analizar el evento, invariablemente se identificará a los involucrados, Por ello, se debe interpretar la confidencialidad no como guardar la identidad de las personas en el servicio, sino como evitar al máximo posible, la divulgación del evento más allá del servicio mismo (otro servicio o el hospital o incluso los medios de difusión).

- Que se reporten también incidentes.

En la realidad de los servicios asistenciales, los incidentes son aproximadamente 300 veces más frecuentes que los eventos adversos y por lo tanto, saber qué pasó en su ocurrencia, ofrece en teoría una mejor oportunidad de conocer los errores que están sucediendo en los puestos de trabajo[27]. Sin embargo, frecuentemente cuando ocurre un incidente, como no pasó nada, (no se le causó daño al paciente) las personas no le ven la utilidad de reportarlo y no lo hacen, con lo cual la oportunidad de aprender y mejorar se pierde.

La obligatoriedad para reportar incidentes puede llevar erróneamente a hacer reportes mundanos de fallas, incluso administrativas, con lo cual se corre el riesgo de que las personas dediquen un tiempo valioso a analizar y a discutir situaciones que no lo requieren, cuando podrían destinarlo a ocuparse de los pacientes. Se debe tener en cuenta además que sí es grande el volumen de reporte de incidentes, los líderes pueden entrar en una situación de incapacidad y frustración, al no tener cómo ocuparse del análisis de tal volumen. El resultado final es que pierden el estí-

mulo, por lo cual, definir qué es lo que se va a reportar, o dicho de otra manera, cuáles son los incidentes que son susceptibles de ser reportados es de vital importancia. La recomendación es que se reporten aquellos en los cuales se identifique que hubiera sido probable que ocurriera un evento adverso grave.

- Que conlleve a análisis

El reporte de un incidente o evento adverso que se detecta, por sí solo no mejora la calidad. Es la respuesta al reporte con el análisis respectivo y la implementación de acciones de mejora, la que lleva al cambio. Se sustenta la práctica del análisis del evento en la necesidad de saber exactamente qué pasó, para tomar los correctivos que lleven a la prevención de eventos similares en el futuro. En teoría este análisis permite el aprendizaje organizacional, objetivo fundamental de una organización que quiere ser mejor cada día.

Una reunión de análisis no es nada diferente a hacer una auditoria donde se compara lo esperado con lo observado. En ella es importante que se discuta la atención por quienes participaron en el evento, pues solo ellos, pueden determinar a conciencia qué pasó y sus causas. En algunos casos, se hace necesario invitar a la reunión a pares médicos para que se discutan sus decisiones en un ambiente de respeto mutuo y profesionalismo. Las reuniones de análisis que no llevan a implementación efectiva de acciones de mejora, son una pérdida de tiempo para las personas y de recursos para la organización.

- Que los colaboradores le perciban un enfoque educativo, no punitivo

Frecuentemente los errores que llevan a incidentes y/o eventos ocurren porque los procesos institucionales no han sido diseñados considerando el probable error, o porque son ambiguos y se prestan para ambigua interpretación, cuando las personas deben recurrir a su propio criterio y el mismo no es el adecuado. De esta manera es de esperarse que ocurran errores y por lo tanto, castigar a las personas involucradas en el error es una conducta injusta.

Otorgar inmunidad inicial no significa generar impunidad. El análisis del evento reportado debe traducirse en actividades tendientes a evitar que el mismo evento se repita. Una de dichas actividades debe ser la de revisar el proceso con enfoque sistémico, identificar los estándares, enunciarlos de manera clara, y dejarlos disponibles para consulta, de tal manera que cada persona no tenga duda de lo que debe hacer. A partir de ese momento la repetición del error previo debe ser considerada un acto irresponsable e injustificable

NOTA: Para conocer los mecanismos de investigación y análisis de eventos adversos e incidentes, consulte el paquete instruccional "monitorear aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente"

- **Implementación de equipos de respuesta rápida**

Un equipo de respuesta rápida no es un equipo de código azul. Este último es un sistema de alarma que se activa para el manejo de los pacientes en paro cardio-respiratorio por parte de un grupo entrenado de profesionales, con funciones asignadas previamente, con lo cual el procedimiento se efectúa en el menor tiempo y con coordinación entre todos ellos.

La implementación de "EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA (ERR)" las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana en la atención hospitalaria ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar los resultados clínicos, disminuir la mortalidad intrahospitalaria y prevenir las muertes evitables[28]. Su activación fue promovida en 2004 por el IHI (Institute for Healthcare Improvement) de los Estados Unidos a través de la campaña "salvemos 100.000 vidas", la cual fue acogida por más de 3000 hospitales de ese país. Ante los buenos resultados, es ahora es una estrategia recomendada para implementación permanente.

El ERR consiste de un equipo multidisciplinario; un médico, una enfermera y el terapista respiratorio, los cuales asisten prontamente al llamado para la evaluación y manejo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización General y que presentan signos o síntomas de deterioro clínico. El llamado se hace antes de que el deterioro progrese hasta un paro cardio-respiratorio, del cual al rededor del 15% al 20% de los pacientes no salen, a pesar de la atención por el equipo de código azul. El equipo es independiente del médico tratante y, en el manejo de la situación crítica del paciente, puede ordenarle bien sea, medicación, estudios de laboratorio o de imágenes, e incluso su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.

Además de la disminución de la mortalidad hospitalaria, entre otros beneficios de los ERR están el mejoramiento de la calidad de atención, la disminución de los eventos adversos, la disminución de la estancia hospitalaria secundaria a eventos adversos, la optimización de la capacidad de camas, el incremento de la satis-

facción del usuario y la disminución de la posibilidad de reclamaciones de orden médico-legal.

Aunque el paciente a quien se le activa un ERR no está en paro cardio-respiratorio, no todos los médicos tienen el entrenamiento para atender a los pacientes con deterioro clínico. Por lo tanto, se recomienda que el llamado al ERR active un equipo en el cual el médico varíe de acuerdo con la especialidad de manejo directo del paciente, es decir, el médico del ERR, activado a un paciente con patología médica exclusivamente, será un internista, el del paciente en un postquirúrgico será un cirujano general, el de un niño será un pediatra y el de una paciente obstétrica será un obstétrica. Los demás componentes del equipo serán siempre el médico general del piso de hospitalización (si existe), la enfermera jefe y la terapista respiratoria asignadas al servicio. Esto quiere decir que los ERR son dinámicos y cambiarán de acuerdo con el profesional de turno. Un listado visible en los servicios hará claridad sobre a quién se debe llamar.

Una vez definido el equipo, los integrantes del equipo tienen un tiempo máximo (1 hora) para responder al llamado. Cuando la situación clínica del paciente ha sido definida, el médico del equipo debe establecer comunicación con el médico tratante y acordar entre ambos la conducta clínica de mayor beneficio para el paciente.

El llamado al ERR se debe activar ante la aparición de cualquiera de los siguientes signos o síntomas:

- Frecuencia respiratoria menor a 10 x minuto o mayor de 24 x minuto

- Fiebre mayor o igual a 40°C.
- Saturación de oxígeno menor de 90% a pesar de la administración de oxígeno por cánula o máscara
- Disminución brusca de la presión arterial sistólica a menos de 90 mm Hg o un incremento sostenido de la presión arterial diastólica a mayor de 110 mm Hg;
- Cambio súbito de la frecuencia cardiaca a menos de 50 latidos x minuto o a más de 120 latidos x minuto
- Inicio súbito de dolor en el pecho
- Una extremidad fría, sin pulso, o cianótica
- Paciente confundido o agitado
- Paciente aletargado o con estupor sin explicación evidente
- Aparición súbita de dificultad para hablar bien
- Respuesta pupilar inadecuada
- Convulsiones en un paciente sin historia previa de convulsiones
- Temperatura mayor de 38 grados centígrados
- Dolor incontrolable
- Diuresis menor de 0.5 cc por kilo por hora en las últimas 4 horas
- Hemorragia por heridas, orificios naturales o melenas importantes
- Hematoma importante sobre el cuello

- **Herramientas para la construcción de cultura de seguridad**

La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica recomendada a implementar por el National Quality Forum en el año 2003[29]. Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir la probabilidad de tales fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad. De la misma manera, en el 2008 la Joint Commission de los Estados Unidos publicó en su sitio web una alerta de seguridad relacionada con aquellos comportamientos que disminuyen la cultura de seguridad en las organizaciones. Se refiere específicamente a que comportamientos intimidantes pueden facilitar los errores médicos, contribuir a una pobre satisfacción del paciente y a eventos adversos prevenibles.

Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes. La Administración Federal de Aviación de los Estados Unidos de América, institución de la cual se nutre mucho el sector salud

en términos de seguridad a través de la adopción de muchos de sus procesos, definió en el año 2002 la cultura como "el grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad. Adicionalmente esta organización considera que cultura es el acto de conservar, realzar y comunicar las preocupaciones de seguridad y esforzarse por aprender activamente de los errores, además de adaptarse y modificar un comportamiento personal o grupal, para prevenirlos".

Crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos componentes son:

- Seguridad psicológica

El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto. En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para

verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. En esta situación, esperar a estar en lo cierto puede ser demasiado tarde.

No es fácil lograr seguridad psicológica en los servicios asistenciales. Una estrategia recomendada es tratar de des jerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro. Un ejemplo de la seguridad psicológica se manifiesta cuando durante una revista académica que está pasando el docente con residentes, internos y estudiantes en el servicio de hospitalización, llegan donde una paciente a la cual en ese momento le están conectando una venoclisis para transfundirle glóbulos rojos y una estudiante de medicina alerta en voz alta sobre que el hemo componente que le van a transfundir no es del mismo grupo sanguíneo de la paciente. Al verificar encuentran que efectivamente los grupos sanguíneos sí corresponden al mismo grupo. El docente agradece a la estudiante por expresar su preocupación de seguridad antes de la transfusión. En resumen, la seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda.

- Liderazgo efectivo

Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas

se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.

Un ejemplo de liderazgo efectivo ocurre cuando un cirujano de muchos años de experiencia, haciendo una colecistectomía laparoscópica de una vesícula muy inflamada y emplastronada le pide a su instrumentadora quirúrgica, una señora de muchos años de experiencia también, que no lo deje cometer errores y que si lo ve disecando por donde no debe, le diga. El liderazgo efectivo requiere humildad. El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

- Transparencia

Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.

- Cultura justa

Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.

- **Búsqueda activa de eventos adversos**

Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias. En 2009 el Institute for HealthCare improvement publicó una herramienta para medir eventos adversos, la cual provee un método fácil para identificar efectivamente eventos de este tipo, cuantificar el daño y medir la tasa de eventos adversos sobre el tiempo. Consiste en una revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas de pacientes

hospitalizados en busca de pistas de posibles eventos adversos3o.

Existen en el día a día de la atención hospitalaria situaciones clínicas detrás de las cuales podría estar un evento adverso. Una buena recomendación para quienes lideran un programa de seguridad del paciente es que una vez ocurra una de estas situaciones, se revise la historia clínica. Estas situaciones son:

- Reingreso al servicio por la misma causa en menos de 72 horas
- Daño a un paciente ocurrido en el hospital (caídas, quemaduras, ulcera de presión)
- Sepsís
- Paro cardio-respiratorio
- Apagar score bajo
- Reacciones adversas a medicamentos
- Traslado no planeado a la UCI
- Traslado no planeado a otra unidad de cuidado agudo del hospital
- Reingreso no planeado a cirugía
- Déficit neurológico no presente al ingreso
- Procedimientos adicionales no planeados en cirugía
- Muerte no esperada

Existen otras alternativas para monitorear la calidad y la seguridad de la atención no muy acudidas por los auditores, en las cuales se pueden identificar eventos adversos a los esperados. Ellas son: el contacto confidencial con los clínicos, los registros de auditoria, conferencias de morbi-mortalidad, el resumen de egresos, las quejas de pacientes y familiares, las rondas de seguridad, la observación discreta, las autopsias.

8. APROPIACIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto. Este caso fue construido basándose en situaciones reales identificadas en organizaciones de nuestro país.

Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en él, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso mismo, finalmente seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones corresponderían a la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto, no debe seleccionarlas.

CASO 1 (conocer respuesta correcta Caso No.1)

Una IPS ha iniciado la implementación del programa de seguridad del paciente para dar cumplimiento a las exigencias de la resolución 2003 del 2014. Para esto, han designado a la jefe de hospitalización asignándole 2 mañanas a la semana para trabajar en el tema. La jefe tiene formación en seguridad del paciente mas no ha tenido la experiencia en implementación de programas de seguridad, e inicia la implementación del programa invitando a el director científico, a la dirección administrativa y a un representate del equipo de asistencia a formar parte del equipo de seguridad encabezado por ella, según lo define la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el observatorio de calidad.

Una vez reunido el equipo se disponen a diseñar la propuesta de política de seguridad para presentar a la alta dirección. La organización ya cuenta con una política de Calidad y Salud ocupacional, el grupo decide organizar otra política aparte de seguridad, y es aprobada por la alta dirección.

Una vez construida la política, el grupo decide armar un cronograma de trabajo para la implementación del programa definiendo las siguientes actividades:

- Campaña de socialización política de seguridad del paciente.
- Definición de alcance de autoridad y responsabilidad en la atención en salud de los profesionales y personal en práctica desde el manual de funciones y desde el convenio docente asistencial
- Análisis a Modo de Fallo (AMFE o AMEF) para indentificación de riesgos y defición de barreras o prácticas seguras.
- Construcción de los mecanismos de reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes.
- Programa de formación en seguridad del paciente.

1. Seleccione cuál de las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

La política de seguridad del paciente debe ser independiente y no integrarse con otras políticas de la organización ( )

La política de seguridad del paciente debe estar alineada con el direccionamiento estratégico, lo que quiere decir que debe ser una prioridad para la organización trabajar en la seguridad del paciente. ( )

La política de seguridad del paciente debe contener propósitos claros como fortalecer la adopción de prácticas seguras, fomentar el reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes y fomentar el autocuidado en los pacientes ( )

La política de seguridad debe estar integrada en una sola con otras políticas de la institución ( )

2. Basado en este paquete instruccional y según lo descrito en el caso, qué actividades se omitieron en el montaje del programa de seguridad del paciente.

a. Poner en práctica la educación en seguridad del paciente y la implementación de prácticas seguras.

b. Realizar formación de todas las metodologías, investigacion y análisis a todo el personal de la clínica.

c. Implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento.

d. a y c son correctas

CASO 2 (conocer respuesta correcta Caso No.2)

Durante la implementación del programa, el equipo de seguridad se encuentra con dificultades en la adopción de la cultura de seguridad pues han formado a todo el personal, pero no se ha logrado que se aumente el reporte, que el personal realice una búsqueda activa de eventos adversos ni que exista verdadera adherencia a los protocolos.

Adicionalmente el comité no se reúne periódicamente porque el jefe de los integrantes no da el espacio de tiempo para la reunión, pues el servicio permanece lleno.

Decidieron realizar una capacitación masiva a todo el personal en donde se les reiteró la importancia de reportar y que no se trata de un sistema punitivo. Dos horas después de la capacitación la referente de seguridad se encuentra en la cafetería y escucha a dos auxiliares de enfermería comentar:

"Están locos si creen que uno va ha echar al agua al Doctor, después quién se agunta a todo el mundo señalándolo a uno de metido y chismoso",

"Eso es una cosa más que se inventan porque no tienen nada que hacer".

Ante esta situación la referente de seguridad, desconcertada, reúne a su equipo y le manifiesta que realmente cosidera que el impacto de la capacitación al menos en estas dos personas no fue positivo, que le gustaría verificar su impacto, por lo cual deciden hacer visitas a los servicios y preguntar cómo les había parecido la capacitación. Infortunadamente en todos los servicios recibieron respuestas similares, por lo tanto, decidieron cambiar la estrategía.

1. ¿Cuáles de las siguientes acciones debería realizar el equipo de seguridad?

a. Apoyarse en la alta dirección para generar los espacios de reunión del comité

b. Realizar campañas de motivación al reporte en donde se premia a quien reporte

c. Mostrar por diferentes medios los eventos adversos presentados, los resultados del análisis, los planes de mejoramiento y los impactos positivos en pro de la transparencia sin divulgar los involucrados.

d. Todas las anteriores.

2. Correlacione las siguientes estrategias con los factores de éxito que llevan a la construcción de cultura.

	ESTRATEGIA	FACTOR DE ÉXITO	No
1	Seguridad sicológica	No se ocultan los eventos adversos y, en vez de esto, los utiliza para mejorar.	
2	Liderazgo Efectivo	No tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que pongan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos del alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.	
3	Ser una Organización con Transparencia	Fortalecer la convicción que tiene el colaborador de un servicio en que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Hacer esto con frases, por parte de los directivos, como: Pregunte, participen, esto es construcción de todos.	
4	Cultura Justa	En cada servicio, su o sus líderes fomenten un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad sicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones sobre la seguridad.	

9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

CASO 1 (regresar apropiación Caso No.1)

Pregunta No 1

La política de seguridad del paciente debe ser independiente y no debe integrarse con otras políticas de la organización **(F)**. La política debe ser integrada en el marco de la integración de sistemas de gestión.

La política de seguridad del paciente debe estar alíneada con el direccionamiento estratégico lo que quiere decir que debe ser una prioridad para la organización trabajar en seguridad del paciente. **(V)**. El compromiso de la dirección es un factor de éxito en la implementación de una cultura de seguridad.

La política de seguridad del paciente debe contener propósitos claros como fortalecer la adopción de prácticas seguras, fomentar el reporte, investigación y anàlisis de eventos adversos e incidentes y fomentar el autocuidado en los pacientes **(V)**. Estos son algunos de los propósitos, aunque se pueden incluir propósitos adicionales.

La política de seguridad debe estar integrada en una sola con otras políticas de la institución **(V)**. La política debe ser integrada en el marco de la integración de sistemas de gestión.

Pregunta No 2

La opción correcta es: a y c son correctas

a. Poner en práctica la educación en seguridad del paciente y la implementación de prácticas seguras.

b. Realizar formación de todas las metodologías, investigacion y análisis a todo el personal de la clínica. No es necesario socializar a todo el personal la metodología de investigación y análisis. Se debe socializar cómo reportar.

c. Implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento.

d. a y c son correctas

CASO 2 (regresar apropiación Caso No.2)

Pregunta No 1

La respuesta correcta es :d: Todas las anteriores

Estas son estrategias que facilitan la construccion de cultura de seguridad.

a. Apoyarse en la alta dirección para generar los espacios de reunión del comité

b. Realizar campañas de motivación al reporte en donde se premia a quien reporte

c. Mostrar, por diferentes medios, los eventos adversos presentados, los resultados del análisis, lo planes de mejoramiento y los impactos positivos en pro de la transparencia sin divulgar a los involucrados.

d. Todas las anteriores.

Pregunta No 2

	ESTRATEGIA	FACTOR DE ÉXITO	No
1	Seguridad sicológica	No se ocultan los eventos adversos y, en vez de esto, los utiliza para mejorar.	3
2	Liderazgo Efectivo	No tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que pongan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos del alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.	4
3	Ser una Organización con Transparencia	Fortalecer la convicción que tiene el colaborador de un servicio en que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Hacer esto con frases, por parte de los directivos, como: Pregunte, participen, esto es construcción de todos.	1
4	Cultura Justa	En cada servicio, su o sus líderes fomenten un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad sicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones sobre la seguridad.	2

10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

CLÍNICA LOS CONDES DE CHILE[8]

Definición de privilegio de los médicos.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?	PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD	ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRACTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL	ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS	INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Con el fin de disminuir el riesgo de la generación de fallas activas garantizando que los expertos sean quienes atiendan a los pacientes, la clínica Los Condes de Chile, el jefe de departamento o servicio les definen sus privilegios, entendidos estos como el alcance de las actividades que puede realizar cada profesional basado en sus competencias y experiencia.

8. Clínica los Condes de Chile cuenta con la certificación Joint Commission.

CENTRO MÉDICO IMBANACO

Reporte y gestión electrónica del evento.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?

ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD

ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRACTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Con el uso de la tecnología se ha logrado sistematizar el reporte de los eventos adversos que permiten, en un solo pantallazo, visualizar el reporte, los planes de mejora la investigación y análisis y el seguimiento, facilitando el ejercicio de retroalimentación.

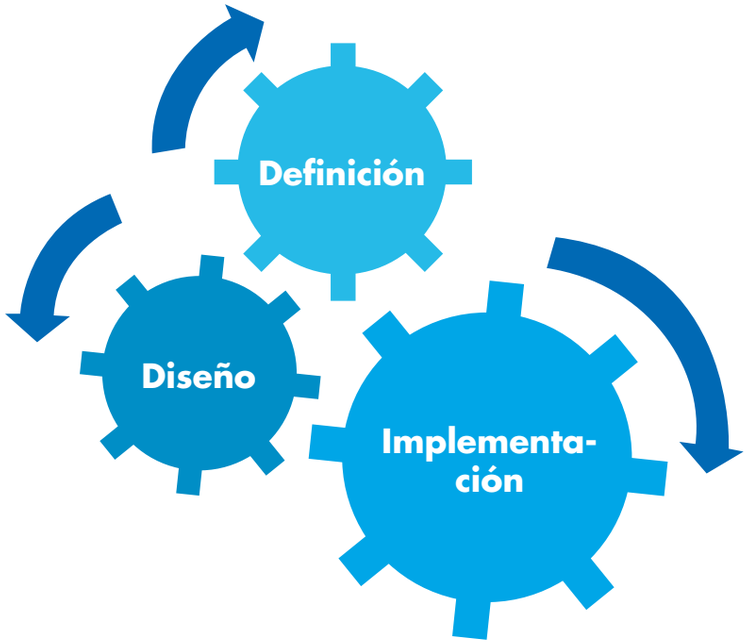
Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 5)

11. CONCLUSIONES

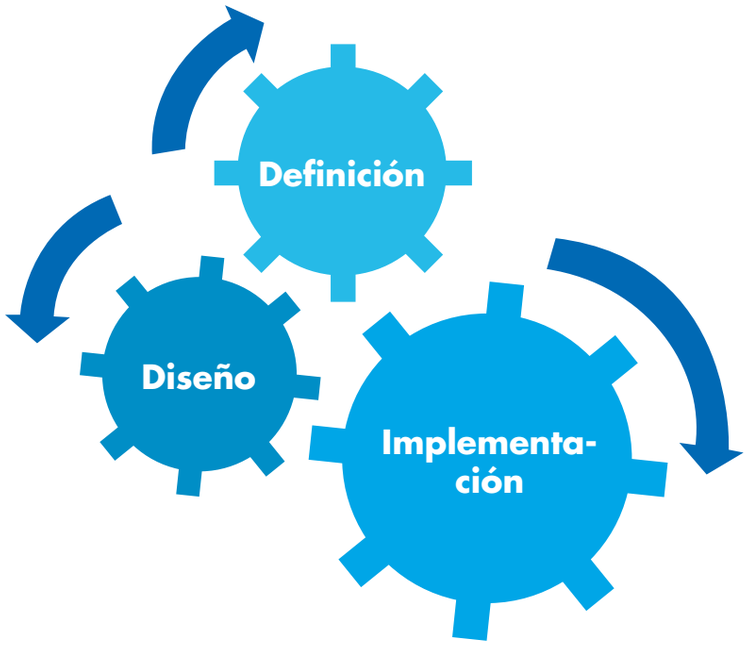
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

- La mortalidad materna es un indicador de gran importancia pues refleja la efectividad de los sistemas de salud en la atención al evento obstétrico desde el embarazo hasta el puerperio
- El 99% de las muertes maternas tienen lugar en las regiones menos desarrolladas y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto
- La atención oportuna y especializada durante la gestación (prenatal), el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de las muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto
- La mortalidad materna a nivel mundial ha disminuido aproximadamente en un 45% con respecto a 1990, sin embargo es necesario fortalecer las intervenciones institucionales para alcanzar la meta propuesta por la ONU para 2015
- El control prenatal tiene como objetivos: La identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna y educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.



- Se requiere realizar intervenciones para promover la maternidad sin riesgos en todos los niveles del sistema de salud. **Las investigaciones han demostrado que se puede lograr un efecto considerable si se mejora la calidad de los servicios existentes, se invierte en elevar las destrezas y capacidad de los proveedores de la atención en salud y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes.**
- Se debe fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes, 30 se convierten en eventos adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en un evento adverso grave.
- La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP *(Ir a Anexo 6)*

12. ANEXOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

ANEXO 1 - MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS (regresar al glosario de terminos)

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

ANEXO 2 - MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO (regresar aL Escenario problémico)

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el escenario problémico hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un escenario problémico sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

Ejercicio:

Inicie con la lectura del escenario problémico planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que puedieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

ANEXO 4 - MODELO PEDAGÓGICO: MARCO TEÓRICO *(regresar al Marco Teórico)*

PASO 4. MARCO TEÓRICO (Antecedentes)

Para el abordaje de la lectura de los **paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente (siempre que se hable de paquetes instruccionales hablar con el nombre completo)**, en esta primera etapa del **MARCO TEÓRICO**, se busca realizar una **LLUVIA DE IDEAS** sobre los antecedentes y levantar un inventario de las opciones y posibilidades que se tienen para hacerle frente a las situaciones dilemáticas o problemáticas planteadas en el paso No 2. Registre las respuestas en la hoja de trabajo.

Para integrar saberes disciplinario con experiencias personales, se motiva al lector a formularse nuevas preguntas como: ¿Qué sabemos? ¿Qué desconocemos y necesitamos saber? ¿Cómo lo estamos haciendo y cómo lo deberíamos hacer?

ANEXO 5 - MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS *(regresar a Experiencias exitosas)*

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de ervicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problématicas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo?. Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiar el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entreo otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que llevan a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?.

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.

ANEXO 7 - SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PAQUETES (regresar a pag. 71)

Con el interés de verificar el logro de las competencias, se realizará un ejercicio de apectos relevantes que requieren de lectura y análisis del tema, además del planteamiento y la resolución de las preguntas que deben registrarse en la hoja de trabajo. A continuación responda las siguientes preguntas:

Construcción política:

- ¿Cuál es la Política Nacional de Seguridad del Paciente?
- ¿Cómo se construye la política institucional de seguridad del paciente?

Programa de seguridad del paciente:

- ¿Cómo se realiza el análisis de modo y efecto de falla? Desarrolle el ejercicio.
- Hoy ¿cómo funciona la definición de credenciales en mi institución y qué debe modificarse?
- ¿Cuenta mi institución con guías actualizadas y socializadas en todos los niveles de la organización?
- ¿Las estrategías de socialización han permitido la adopción de las mismas?
- ¿Cuáles son los mecanismos de verificación de la adopción de las guias?
- ¿Han sido estos mecanismos eficaces?
- A la luz de las recomendaciones del paquete instruccional ¿qué modificaciones debería hacerse en los mecanismos que facilitan la adopción?
- ¿Qué se ha hecho para educar, en la institución, acerca de la seguridad del paciente?
- ¿Cuál ha sido el impacto de estas estrategías?
- ¿Qué otras estrategías deberiamos implementar en nuestra organización para fortalecer la educación en seguridad que permita la adopción?

REFERENCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System . Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.

2. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. A complexity science primer. In Edge Ware, . Insights from science for healthcare leaders. VHA, 2001, Pages 3-20

3. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007

4. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, Geneva, Octubre 2004Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, July 5, 2004

5. http://psqh.com/september-october-2009-ahrq. Clancy C. Patient Safety: One Decade after To Err Is Human. PSQH, Junio 2009. Accedido en noviembre 12, 2014

6. Aranaz JM, Aibar C. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America

Towards safer hospital care. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf. Accedido en noviembre 12, 2014

7. http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20Peru.pdf. Accedido en Noviembre 11 de 2014

8. Weissman JS et al: Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? Ann Int Med 2008;149(2), 100-108

9. Mira et al. Calidad de la información que proporciona el paciente quirúrgico sobre eventos adversos Rev Calid Asist. 2012, 27 (3) 175-180

10. Weingard S et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from Patinet-Report Incidents. J Gen Intern Med 2005; 20(9), 830-6

11. Ashish KJ. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf 2013;22:809-815

12. República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 2003, agosto 2014

13. Treadwell JR, Lucas S. Preoperative Checklists and Anesthesia Checklists. In Making HealthCare Safer II, An Updated Critical analysis of the evidence for patient safety practices. 2013. Chapter 13, Pages 122-139

14. Deverik et al,Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospital, Infect Cont and Hospit Epidemiol,2014(35), S66-88

15. http://eguideline.guidelinecentral.com/issue/53995, Accedido en Agosto 16, 2014

16. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006;355: 2725–2732.

17. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, et al. Reality check for checklists. Lancet 2009;374:444–445.

18. C:\Users\16670594\Documents\lit.SM\FAVORITOS\Patient safety in the OR.mht, Accedido en noviembre 15, 2104

19. Failure Mode and Effect Analysis. FMEA from Theory to Execution" D.H. Stamatis ASQC Quality Press. Milwaukee, Wisconsin. 1995

20. Institute of Medicine. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing Medication Errors, Washington, DC: The National Academies Press 2006

21. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de diciembre de 2005

22. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.

23. Shohania KG, The frustating case of incident reporting system. Qual Safe Health Care, 2008; 17, 400

24. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria. Contract Final Report. AHRQ Publication No. 11-0006-EF, December 2010. Prepared under Contract No. HHSA-290-2009-10001C. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. www.ahrq.gov/qual/contextsensitive/

25. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Advancing the science of patient safety. Ann Intern Med 2011; 154:693–696.

26. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting system. BMJ 2000; 320:759-63

27. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, et al. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2010; 170:18–26.

28. National Quality Forum. Safe practices for better health care: a consensus report. Washington, DC: National Quality Forum; 2003.

29. Classen DC, Resar R, Griffi n F, et al. 'Global Trigger Tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff (Millwood) 2011;30: 581–589.