

**IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DE 2009
UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO LA ESTANCIA POPAYÁN**

**MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA
YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL**

Trabajo de grado

**Director
Enf. Esp. OMAR ARTURO SOLANO**

**UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA
COHORTE VII
POPAYAN**

2010
IDENTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DE 2009
UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO LA ESTANCIA POPAYÁN

MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA
YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL

UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA
COHORTE VII

POPAYAN

2010

Nota de aceptación

Firma del asesor

Dedicamos este triunfo a todas las personas que confiaron en nuestras capacidades profesionales y fueron un constante apoyo, especialmente a nuestras familias y a la Unidad de Cuidado Crítico Clínica La Estancia.

Margarita Maria Chemas Bonilla
Yaneth Marcela Muñoz Ángel

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente documento creen pertinente expresar los más sinceros agradecimientos a todas las personas y entidades que de una u otra manera contribuyeron al óptimo desarrollo de la presente investigación, en especial a:

A los pacientes de la Unidad de cuidado crítico La Estancia y sus familias por su colaboración.

Al personal asistencial y administrativo de la Unidad de cuidado crítico La Estancia Popayán.

Al enfermero Omar Solano por su ánimo de compartir información oportuna durante la elaboración de nuestro trabajo.

A nuestras familias quienes nos brindaron su continuo apoyo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
1. PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS	15
3. MARCO CONCEPTUAL	16
3.1. CALIDAD	16
3.1.1. Calidad de la atención en salud	22
3.1.2. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud SOGCS. Decreto 1011 de 2006	24
3.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE	28
3.2.1. Definiciones	31
3.2.2. Caracterización del problema	34
3.2.2.1. El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.	34
3.2.2.2. Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos.	36
3.2.2.3. Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.	38
3.2.3. Prácticas seguras	39
3.2.3.1. Procesos institucionales seguros.	39
3.2.3.2. Procesos asistenciales que favorezcan la seguridad del paciente.	46
3.2.3.3. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:	59
3.2.3.4. Involucrar el paciente en su seguridad.	60
3.2.4. High 5s de seguridad del paciente	60
3.2.5. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS)	63
3.3. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO LA ESTANCIA POPAYÁN	64
3.3.1. Misión.	65
3.3.2. Visión.	65
3.3.3. Valores corporativos.	65
3.3.4. Capacidad instalada	66

RESUMEN

El trabajo sobre identificación de eventos adversos en la Unidad de cuidado Crítico La Estancia Popayán se realizó entre febrero y junio de 2010, donde se revisaron los registros de eventos adversos correspondientes al año 2009.

El trabajo se elaboró con el objetivo general de identificar los eventos adversos que se presentan en la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009, como un método de búsqueda de riesgos con el fin de proponer soluciones que controlen o mitiguen su impacto; como objetivos específicos se plantearon los siguientes: Determinar el porcentaje de ocurrencia de los eventos adversos, caracterizar los factores predisponentes a la ocurrencia de los eventos adversos. Diseñar un programa de seguridad del paciente que apunte a la disminución de eventos adversos.

Es un estudio descriptivo retrospectivo, de enero a diciembre de 2009 la muestra del estudio correspondió a la misma población: 2058 egresos en la Unidad de Cuidado Crítico La Estancia entre el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009, se incluyeron todos los reportes encontrados en el libro de eventos adversos que reposa en la unidad de cuidado crítico y datos obtenidos de la oficina de calidad de la Clínica de todos

los pacientes egresados en el año 2009 de la Unidad de Cuidado Crítico La Estancia Popayán. la tabulación de la información se hizo mediante el programa office Excel 2007.

El rango de edad predominante entre los pacientes estudiados, para los eventos adversos es mayor de 65 años y para los incidentes en primer lugar están los pacientes de 46 a 65 años, luego los de 16 a 45 años y por último los pacientes mayores de 65 años. En los dos tipos de sucesos el género que predomina son los hombres

El mayor porcentaje de sucesos reportados es el error en la administración de medicamentos con un 32% en todo el año y equivale a 19 casos reportados; el segundo lugar es para las úlceras por presión con un 28,3% representando 17 sucesos en el año 2009 y en tercer lugar se encuentran las autoextubaciones con un 15% (9 casos)

De un total de 2058 ingresos durante el año 2009, se presentaron 3 (1,8%) eventos adversos sucedidos en el mes de enero, abril y diciembre. y 47 (32,5%) incidentes en el transcurso del año.

INTRODUCCIÓN

Colombia impulsa una Política 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.

Se asume que el trabajador de la salud brinda atención con ética y responsabilidad. Nunca con la intención de producir daño y de manera ingenua hasta hace pocos años se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Esta presunción no caía en la cuenta de que los sistemas de atención en salud son de los procesos más complejos a que se enfrenta el ser humano y que por lo tanto las probabilidades de que algo saliera mal no eran despreciables.

Ahora sabemos que la complejidad de los procesos de atención en salud hace necesario que los consideremos sistemas de alto riesgo y por la tanto se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente.

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud

Solo hasta el año 2000 con la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles; hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo.

La OMS lanzó recientemente la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. Lo anterior se logra uniformando el conocimiento y estimulando la investigación, no obstante lo anterior hoy las IPS encuentran dificultades acerca de como detectar, disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han

facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Conocer la magnitud del problema y sus determinantes en el ámbito institucional, permitirá establecer la prioridad con que se debe abordar el tópico y disponer de una medición para comparar los efectos de futuras intervenciones en el ámbito de gestión de riesgo, planeados para actuar sobre los factores determinantes y mejorar la calidad de la atención institucional, abocada en un proceso de certificación y acreditación en un marco de alta competitividad para la prestación de servicios. La unidad de cuidado intensivo La Estancia considera la seguridad del paciente como uno de sus valores más relevante en la dimensión de calidad de su proceso de atención, por ello promueve la cultura de seguridad en sus colaboradores, en sus pacientes y familias. De esta manera en su proceso de certificación, con miras a la acreditación requiere del diseño y posterior implementación de un programa estandarizado de Garantía de Calidad de la atención en salud, dirigido a la seguridad del paciente, a la detección y prevención de eventos adversos.

1. PROBLEMA

La Unidad de Cuidado Crítico la Estancia en su proceso de Seguridad del paciente, requiere la implementación de un sistema de cultura de reporte; que

permita hacer el análisis de los eventos adversos detectados y establecer un plan de mejora y prevención a los mismos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los eventos adversos que se presentan en la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009, por medio de un sistema de cultura de reporte que permita generar planes de acción para disminuir la ocurrencia de los mismos.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el porcentaje de ocurrencia de los eventos adversos en la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán
- Identificar los factores predisponentes a la ocurrencia de los eventos adversos.
- Diseñar un programa de seguridad del paciente que apunte a la disminución de eventos adversos

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. CALIDAD

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones. (Ardón, N. y Jara, M. I. 1998).

La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc. Según Donabedian¹ “La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa calidad de la atención médica”. En éste aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir” y agrega “Hay algunos que consideran que la calidad del cuidado de la salud es una propiedad tan compleja y misteriosa, tan variable de significado entre una y otra situación, que no es asignable a una especificación previa. Algunos otros tienen otro punto de vista creyendo que la calidad puede llegar a tal especificación que puede ser comprada y vendida por ‘kilos’”. (Donabedian, A. 1993).

Según Juran² “Hay muchas frases cortas entre las que elegir”, pero la frase corta es una trampa. “No se conoce ninguna definición breve que traiga como consecuencia un acuerdo real sobre lo que quiere decir calidad. Sin embargo, es vital el acuerdo real; no podemos planificar la calidad a menos que primero nos pongamos de acuerdo en lo que quiere decir calidad.”

Muchos conceptos diferentes han de ser incluidos de manera que la definición cubra todos los aspectos importantes de la calidad asistencial. La experiencia nos ha demostrado que no hay una simple medida de la calidad que abarque todos éstos aspectos, diferentes apreciaciones pueden discrepar sobre la calidad de

¹ Padre de la moderna concepción de calidad de la atención médica

determinados procesos asistenciales, dependiendo desde el punto de vista del que se le mire, el interés del proveedor de los servicios (IPS, profesional), del pagador (EPS, EPS-S, paciente) o del receptor (paciente), los desacuerdos pueden surgir al hacerse hincapié en diferentes valores o aspectos de la calidad. Frecuentemente, por lo tanto, un estudio concreto de garantía de calidad se centra sobre un determinado aspecto para conseguir su mejora.

Al revisar algunos de los principales abordajes que mejor se adapten a las necesidades específicas del entorno en el cual deba desarrollarse la actividad específica de Calidad, lo más importante para tener en claro es que la definición del concepto de calidad que se adopte para el programa de calidad debe ser lo suficientemente concreta como para permitir que las evaluaciones que se hagan del desempeño puedan medir la calidad de éste en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como “idoneidad o aptitud o para el uso” (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa³ es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”. (Ishikawa, K. 1985).

“Donabedian define la Calidad de la atención como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. (Donabedian, A. 1984).

Para su análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes según los

² Figura en el control de la calidad y la administración moderna

³ Uno de los más famosos gurús de la calidad mundial, Japonés, apporto el esquema causa-efecto (espina de pescado)

elementos que la integran (aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos y riesgos y beneficios) y quién la define. Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzará el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario. Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al enunciarla desde la perspectiva individual. Pero habría que estimar nuevos criterios: El beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.” (Saturno, P. 1990).

En lo referente a desarrollo histórico internacional de R. Suñol y J. Bañeres⁴, se ha incluido la transcripción de tales criterios que en su momento constituyeron un importante hito en la conceptualización de la calidad así mismo, a la luz del análisis de la teoría del Dr. Donabedian, se encuentra que la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de

⁴ Origen, evolución y características actuales de los programas de gestión de calidad de los programas de gestión de la calidad de los servicios de salud

dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario. (Donabedian, A. 1990).

Con base en las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica dimensiones tales como la dimensión técnica. Al no tener un gran desarrollo, la dimensión técnica requiere de la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología, a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian, reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy, 1998). En la dimensión técnica adquiere gran relevancia el tema de la seguridad. Con ella se busca que al tratar un paciente se consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en que se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste.

Hacer calidad es un imperativo ético de la vida. El reto para los profesionales de la salud es mantener una alta calidad en su desempeño, y el vehículo para ello es el establecimiento de procesos de control total de calidad como medida para evaluar y probar que se está entregando un cuidado óptimo, eficaz, efectivo, con la satisfacción absoluta del paciente Otra razón a tener en cuenta es el mandato

legal. Las Leyes son la expresión normativa de lo que una sociedad es; por lo tanto, son el punto final y no el comienzo de los desarrollos históricos. Hay que tenerlo en cuenta porque al desarrollar programas de calidad en cumplimiento de normatividad no se debe perder de vista la racionalidad económica: “hacer calidad es un imperativo ético de la vida profesional sin lugar a dudas, en este sentido significa retomar el ideal del ser profesional para desarrollar esfuerzos en un proceso de alcanzarlo en la práctica profesional de la vida cotidiana; sin embargo, y a pesar de la altruista que esto pueda parecer, no es la única, tal vez ni siquiera la principal explicación de porqué están tan “a la moda” actual los programas de calidad, hay otra razón, que aunque no tan altruista, quizá tiene mayor peso práctico, sin que en ningún momento digamos que menos importancia que la anterior: hay una razón de necesidad económica: lo que la evolución de la humanidad de las últimas décadas ha evidenciado hasta la saciedad es que los diferentes métodos para el control de la calidad se han mostrado altamente ineficientes en el propósito de establecer barreras externas al prestador del servicio: hemos descubierto que finalmente es más rentable convencer al proveedor del servicio de que hay que hacerlo bien, y darle los medios y las técnicas para ello, que montarle 1000 inspectores policíacos a su alrededor; finalmente, y como consecuencia de lo anterior hay una tercera razón: el mandato legal para que se hagan esfuerzos en la mejora de la calidad de los servicios de salud; es importante tener en cuenta esto, puesto que las Leyes como tal simplemente son la expresión normativa de lo que una sociedad es, por lo tanto, son el punto final y no el comienzo de los desarrollos históricos, hay que tenerlo en cuenta, porque al desarrollar programas de calidad en cumplimiento de la normatividad, nunca debemos perder de vista la racionalidad económica y de otro tipo que les ha dado origen. (Restrepo, F. R. Video “La Ruta de la Calidad”)

A partir de esta conceptualización, un experto norteamericano, W. Edwards

Deming⁵ (1992), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado.” Esto solo será posible si se establece un control estadístico de la calidad, si se logra el cambio en la cultura organizacional y se compromete a los trabajadores en los procesos de producción de la empresa. Una observación que acompaña esta definición establece que al determinar si un producto o servicio satisface su aplicación debe considerarse el efecto de tal producto o servicio a la sociedad.

De acuerdo con Rafael Ignacio Pérez Uribe (1992), la calidad es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre. (Pérez, R.. 1992)

Para Gómez (1991) por ejemplo, la calidad puede definirse como “la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad” (Gómez, E. 1991). Esto significa que la calidad no está circunscrita exclusivamente al producto sino que se puede ampliar a aspectos tan variados como la calidad de vida, la calidad humana, calidad de la administración, calidad del sistema de la comercialización, calidad del servicio y calidad del cliente.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

Finalmente, la Ley 100 de 1993 estableció la Calidad como uno de los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de garantizar a los usuarios una Calidad de la atención en salud oportuna,

⁵ Mejoró el círculo de la calidad a través de 4 etapas “planear, hacer, verificar y actuar”

integral, continua y humanizada.

Aunque en la mayoría de los países se han dictado normas sobre la prestación de los servicios de cuidado crítico, en lo que hace referencia a la disponibilidad de recursos humanos y físicos, las diferentes sociedades de cuidado crítico han participado activamente en el diseño, implementación y evaluación de estas políticas.

Algunas sociedades han llegado a establecer en sus portales programas que permiten establecer indicadores de calidad de las unidades de terapia intensiva del país, que han permitido establecer estrategias de mejoramiento. Como estos programas son iniciativas recientemente instauradas, los resultados no han sido publicados en su totalidad (Giordano A. (SUMI-Uruguay) Comunicación personal), (Celis E., Rubiano S. (AMCI-Colombia) Trabajo en Curso), (Besso J. (Venezuela) Comunicación personal).

3.1.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Teniendo en cuenta los anteriores puntos de vista, muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian, quien desde finales de los años 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud así: "la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes" (Donabedian A. 1980)

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Donabedian al respecto

especifica que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (Donabedian, A. 1990).

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy. 1998).

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, A. 1985).

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la

calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad. (SDS, Guía. 2000).

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

3.1.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SOGCS. DECRETO 1011 DE 2006

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Artículo 3o.- Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de

estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad.** 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.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Artículo 4o.- Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1o.- El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2o.- Las Entidades Promotoras de Salud, EPS-S, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 5o.- Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

- **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

- **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.
- **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.
- **Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

3.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido

los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos: medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrólitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección; y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

"Reconociendo que los fallos de la atención sanitaria afectan a uno de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores", ha explicado la Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan. "Aplicar esas soluciones es una manera de mejorar la seguridad del paciente."

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza y Director General de Salud de Inglaterra, ha manifestado que: "En todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria. El programa de trabajo de Soluciones para la Seguridad del Paciente aborda varias áreas cruciales de riesgo para los pacientes. Las medidas claras y concisas propuestas en las nueve soluciones han demostrado ser de gran

utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo".

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente, un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la OMS, señala a la atención la seguridad del paciente y las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que se ven expuestos. El programa intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente en 2005.

Entre el 2008 y el 2009, el citado Centro Colaborador de la OMS ha reunido a más de 50 destacados líderes y expertos de todo el mundo en ese campo para identificar y adaptar las nueve soluciones a diferentes necesidades. Se realizó un estudio sobre el terreno de las soluciones para reunir información de importantes entidades dedicadas a la seguridad del paciente, órganos de acreditación, ministerios de salud, organizaciones internacionales de profesionales de la salud y otros expertos.

"Estas soluciones ofrecen a los Estados Miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles", ha señalado Dennis S. O'Leary, M.D., Presidente de The Joint Commission. "Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas".

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

- Identificación de medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha lanzado su nuevo programa de actividades para el bienio 2008-2009. Estas actividades se centran en 12 estrategias de actuación:

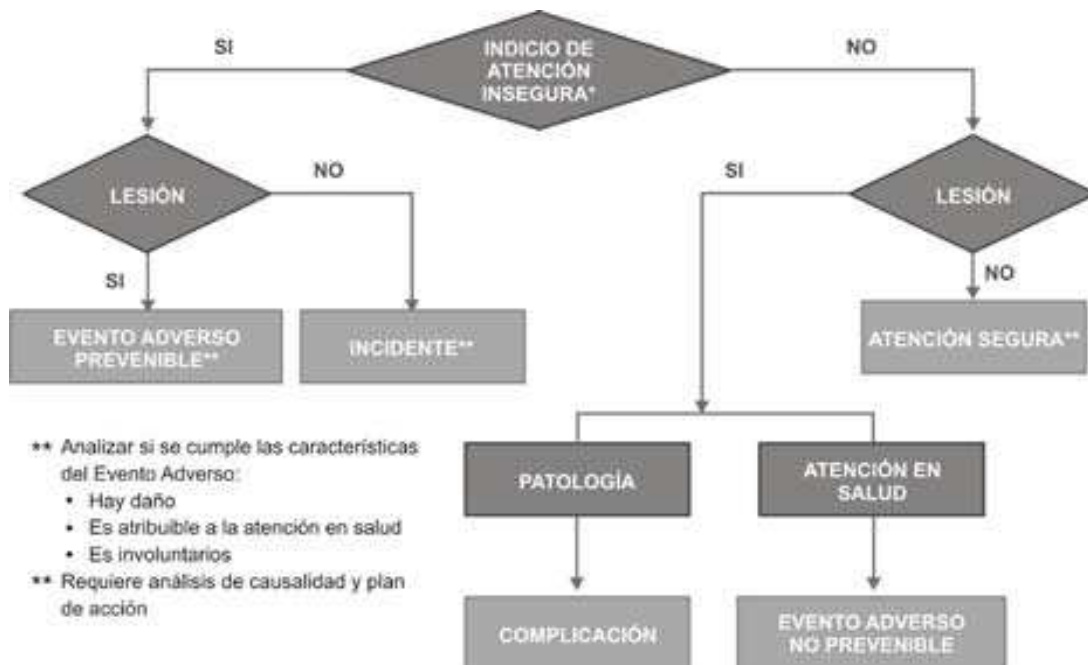
- Evaluación y comprensión de los problemas de los cuidados no seguros:
 - Notificación y aprendizaje para la Seguridad del Paciente.
 - Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.
 - Investigación para la Seguridad del Paciente.
- Desarrollo de normas y estándares para reducir el daño.
 - Soluciones para la Seguridad del Paciente.
 - High 5s.
 - Tecnología para la Seguridad del Paciente.
- Mejorando el acceso al conocimiento, utilización y evaluación del impacto.
 - Retos Globales para la Seguridad del Paciente:

- Primer Reto: "Una Atención Limpia es una Atención Segura"
- Segundo Reto: "La Cirugía Segura Salva Vidas"
- Tercer Reto: "Lucha Contra la Resistencia a los Antimicrobianos."
- Eliminación de la infección por catéter central.
- Promoción de la innovación y reconocimiento del compromiso.
 - Pacientes para la Seguridad del Paciente.
 - Premio de Seguridad.
- Fortalecimiento de la Seguridad del Paciente en el mundo.
 - Educación para una Atención Segura.
 - Gestión del Conocimiento.

3.2.1. DEFINICIONES.

El gráfico 1 muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

Gráfico 1. Modelo conceptual de seguridad del paciente



- Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- Atención en Salud Segura: Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.
- Atención Insegura: Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes
- Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

- Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión
- Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- Evento Adverso: Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- Evento Adverso Prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento Adverso No Prevenible: Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Incidente: Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- Violación de la Seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

- **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del Evento Adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la atención en salud insegura con el propósito de mitigar sus consecuencias y/o prevenir su recurrencia
- **Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el “Protocolo de Londres” y el “análisis de ruta causal” o “análisis de causa raíz”.

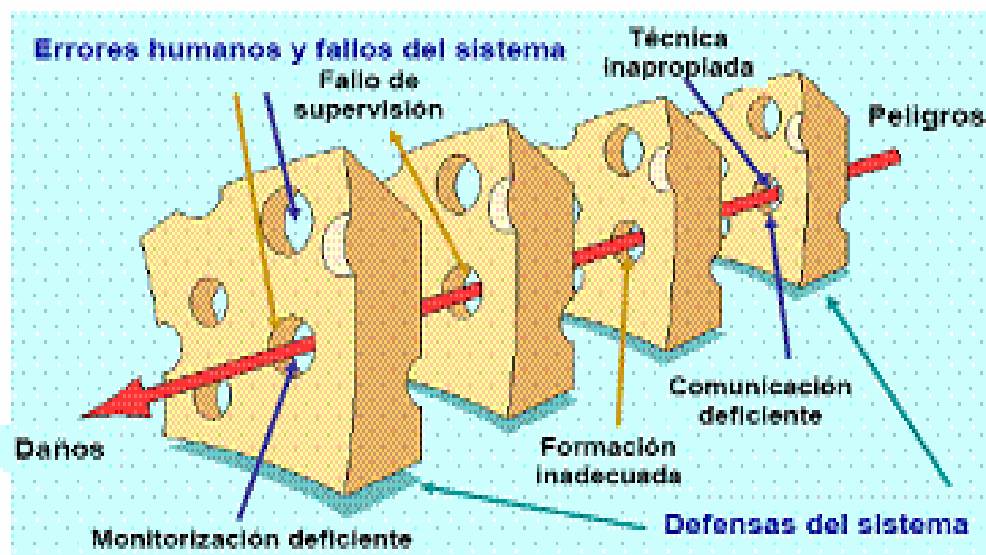
3.2.2. CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

3.2.2.1. El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso. La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no

lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó. El Gráfico 2 ilustra este modelo.

Gráfico 2. El queso Suizo



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

3.2.2.2. Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos. La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano).

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de

Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aun hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

1. Infección nosocomial
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada

3.2.2.1. Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso. La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

3.2.3. PRACTICAS SEGURAS⁶

3.2.3.1. Procesos institucionales seguros.

⁶ Requisitos para cumplimiento de la Norma Técnica Sectorial

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

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlás para obtener procesos de atención seguros.

El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

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

- Promoción de la cultura de seguridad

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

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.

- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.

- La existencia de un plan de capacitación y recursos

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar.

- Análisis y gestión

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

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

Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo

Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.

Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución.

La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

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

- Procedimientos de referencia de pacientes:

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

- Procedimientos para la autorización de servicios:

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

- Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del Paciente.

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

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

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

- Estrategia de seguridad en los paquetes de servicio

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

Estandarización de procedimientos de atención

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

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud. Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.

- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.

- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.

- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición

clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

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

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

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

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

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

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.

- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.

Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS10.

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

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

Al menos

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

- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

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

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

- Orden médica hecha por computador en toda la institución.
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de eventos adversos o indicios de atención insegura.

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

Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.

Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Debe incluir:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.

- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las normas nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección intra hospitalaria. equipamiento tecnológico seguro
- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.
- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecno vigilancia.

3.2.3.2. Procesos asistenciales que favorezcan la seguridad del paciente⁷

Garantizar la correcta identificación del paciente en todos los procesos asistenciales⁸:

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de

⁷ Protocolización y promoción de buenas practicas en los profesionales de la salud:

⁸ Sugerida también por el grupo Leapfrog

residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben ser diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica. En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de paciente:

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

Garantizar la correcta identificación del paciente en el laboratorio:

Es necesario que los procesos pre-analíticos analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales en internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta organización⁹.

⁹ Howanitz P.J. 2005 Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety Vol. 129. No. 10, pp 1252- 1261

Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente¹⁰, como se menciona a continuación:

1. La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.

2. La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.

3. La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.

4. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:

- Nombre Completo

- Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción

- Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro.

- Fecha de nacimiento

¹⁰ El Clinical Laboratory Standard Institute (CLSI) ha venido desarrollando una Guía Específica: GP33-P “Accuracy in Patient and Sample Identification; Proposed Guideline”, actualmente en fase de consulta pública, entre los miembros de las instituciones participantes en el Subcomité de Seguridad del Paciente. Esta guía está orientada a describir las buenas prácticas a tener en cuenta en cualquier laboratorio clínico, que maneje procesos manuales y/o automatizados, y se ha tomado como base, con su autorización, para algunas de las recomendaciones . “This guideline describes the essential elements of systems and processes required to ensure accurate patient identification. The principles in this document may be applied to manual or electronic systems. Design considerations covered include criteria for accuracy,

- Fotografía
- Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.)
- Otros

Mejorar el reconocimiento y la respuesta del responsable de la atención a los cambios en la condición del paciente¹¹.

El proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispere la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio. Mecanismos para que las alertas generadas por el paciente sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad.

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

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

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de (ITT) infecciones transmitidas por transfusión.
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.

differences in inpatient vs outpatient settings that impact patient identification, language and cultural considerations, and standardization of processes across the health care enterprise” Website: www.clsi.org
¹¹ campaña 5k

- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de cavidad.
- La prevención de neumonías noscomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de Endometritis.

Se deben desarrollar acciones encaminadas a :

- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos,
- estandarizado y verificable mediante lista de chequeo.
- Involucrar a los pacientes en la prevención de la infección nosocomial
- Aislamiento de pacientes que lo requieren
- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bio riesgos prevenibles por este medio, en especial pero no exclusivamente para Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.

Impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

- 1 Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente
2. Lavado de manos antes de realizar una tarea aséptica
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes

4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos¹²:

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

El proceso de selección de los proveedores debe tener en cuenta las visitas y la evaluación periódica, se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.

- Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.

- La recepción de los medicamentos debe incluir la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

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

¹² Recomendada también por en NQF, la campaña 5K y el grupo LF

- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Procesos implementados para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.

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

- Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención: Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)
- Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria: Involucra la compra de dosis unitarias pre-elaboradas por un proveedor o el re-empaque o re-envase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo y esto es porque la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión con el uso de medicamentos en este sistema.

- Brazaletes para la identificación de pacientes con alergias. La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia.

Reducir Caídas:

Se debe implementar:

- Clasificación del riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución que contemplen como mínimo:

- Antecedentes de caídas

- Identificación del paciente:

Que está agitado

Funcionalmente afectado

Necesita ir frecuentemente al baño

Tiene movilidad disminuida

- Procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto

- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes

- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos

- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie

- Procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos

- Ausencia de superficie antideslizante en el piso

- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas

- Camillas sin barandas

- Iluminación inadecuada

- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos:

- Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto: A través de qué mecanismos se asegura la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:

- Cuando el paciente es valorado por el personal de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente.

- Al momento de diligenciar el consentimiento informado

- El estándar del símbolo con el cual se marca

- La verificación en el quirófano.

- La utilización de la lista de chequeo para la “CIRUGIA SEGURA” sugerida por la OMS.

- Prevención del fuego en cirugía

Prevenir complicaciones anestésicas:

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

Prevención de escaras o úlceras por presión:

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida

pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV). La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de

desarrollar úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación. La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional. Para eso se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente. Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (p. ej: escala de Braden, o escala de Norton). Se debe reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos e incrementar la frecuencia de las valoraciones especialmente si se deteriora el estado del paciente.

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares:

- Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.
- Tratamiento profiláctico con beta bloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardíaco agudo durante una cirugía electiva: Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un beta-bloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada porque los estudios de ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de beta bloqueadores en el periodo peri operatorio está asociado con una reducción significativa en la morbi-mortalidad del paciente cardíaco.

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

Las acciones para ofrecer seguridad transfusional dependen al menos de 2 aspectos importantes: la disponibilidad y oportunidad de la sangre y componentes sanguíneos y la seguridad de estos. Las complicaciones asociadas a la disponibilidad, oportunidad y manejo de sangre y componentes y de la transfusión sanguínea pueden ser prevenibles y no prevenibles. Prevenir la mortalidad materna contando con sangre y componentes disponibles oportunamente debe ser una meta al igual que evitar su aplicación incorrecta o los eventos adversos asociados a su uso. Disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al aspecto transfusional comprenden múltiples aspectos y van desde la selección del donante de sangre y se extienden hasta la transfusión con el monitoreo del efecto del componente en el receptor o paciente, así mismo requieren una interacción entre el personal del banco de sangre o servicio transfusional y el personal médico y de enfermería que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente.

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico:

- Prevención de sangrado clínicamente significativo del tracto digestivo superior en pacientes de cuidado intensivo
- Prevención de la neumonía asociada al ventilador
- UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico
A pesar que los estudios no han mostrado evidencia estadísticamente significativa para un solo tipo cerrado de UCI, si muestran que la mortalidad ajustada disminuye vs. Modelos de atención abierta o compartida.

Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:

- Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la interpretación de las radiografías y placas de TAC y RMN: Utilizada básicamente para servicios donde no radiólogos o radiólogos en entrenamiento interpretan en primera instancia las imágenes. Consiste en la reinterpretación de las imágenes por un radiólogo certificado, aunque genera problemas de costo y logísticos que cada institución debe sopesar
- Prevención de la Nefropatía inducida por medios de contraste: La nefropatía inducida por medios de contraste representa una causa común creciente de falla renal relacionada con el cuidado médico e incrementa la mortalidad independiente de otros factores de riesgo. La práctica consiste en el uso de medios de contraste de baja osmolaridad en vez del uso de los de alta osmolaridad. Todos los estudios que han evaluado este efecto han coincidido en mostrar el efecto benéfico de la misma.
- Prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear.

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

La institución debe desarrollar procesos para:

- Prevenir Suicidio
- Prevenir Agresión Física
- Prevenir Violación
- Prevenir Consumo de cigarrillo y psicoactivos
- Prevenir Pérdida de pacientes

Prevención de la malnutrición o desnutrición:

Existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes. La nutrición enteral puede ser administrada vía transoral, transnasal, o percutánea transgástrica o transyeyunal. La nutrición parenteral es generalmente usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. La mayoría de pacientes requieren 25 kilocalorías por kilo de peso ideal por día. Los requerimientos de proteína deben comprender 1.2 a 1.5 gramos/Kg/d excepto en pacientes quemados, la glucosa debe comprender 30-70% de las calorías totales y las grasas 15-30%. Está demostrado que la malnutrición de los pacientes lleva a pobres resultados y debe ser evitada o tratada si esta presente. Los pacientes que ayunan por más de 2 semanas están a riesgo elevado de complicaciones, por tanto debe administrarse nutricional enteral a todo paciente críticamente enfermo que la pueda tolerar.

Atención segura del binomio madre – hijo.

3.2.3.3. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:

Prevenir el cansancio en los profesionales de la salud:

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

- Adecuada Proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral

- Prevención de jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados

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

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

Definir procedimientos de Consentimiento Informado

3.2.3.4. involucrar el paciente en su seguridad.

Debe considerarse que entre más esté un paciente comprometido con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos. Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de paciente (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria).

3.2.4. “HIGH 5S” DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Canadá, Alemania, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos apoyaron un nuevo proyecto para la seguridad del paciente que promueve protocolos operativos estándar en cinco áreas clave de atención.

El proyecto "High 5s de acción en pro de la seguridad del paciente" es una iniciativa de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente – Organización Mundial de la Salud (OMS). Los seis países firmaron el acuerdo durante el Simposio Internacional 2007 sobre Política de Atención de Salud, auspiciado por el Commonwealth Fund en Washington, D.C., en noviembre. La coordinación estará a cargo del Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Seguridad del Paciente, dirigido por la Joint Commission/Joint Commission International.

El proyecto "High 5s" aborda cinco problemas comunes en la atención del paciente y desarrolla soluciones mediante protocolos operativos estándar basados en pruebas científicas.

Problemas y soluciones

1. Las medicinas inyectables pueden ser mortales si no se manejan debidamente.
 - Utilizar preparaciones listas para usar o administrar siempre que sea posible.
 - Retirar las medicinas inyectables concentradas de las unidades de atención al paciente.
 - Utilizar múltiples salvaguardas si los concentrados se almacenan en las unidades de atención del paciente.

- Minimizar el número de concentraciones diferentes de medicamentos inyectables.
2. Información inexacta o incompleta sobre medicinas en transiciones de atención puede ocasionar errores perjudiciales de medicación.
- Al ingreso en el hospital, obtener una lista completa de los medicamentos que el paciente estaba usando en casa.
 - Identificar discrepancias en la prescripción de medicamentos durante la hospitalización.
 - Eliminar las discrepancias antes de prescribir una medicina.
 - Dar al paciente y a quienes lo cuidan una lista de medicinas al ser dado de alta.
3. Comunicación de información incompleta o confusa sobre la responsabilidad en la atención del paciente puede conducir a errores perjudiciales.
- Identificar los puntos donde ocurren transferencias de responsabilidad durante el proceso de atención al paciente.
 - Estandarizar el proceso de transferencia.
 - Dar oportunidad al equipo receptor del paciente para obtener clarificaciones.
 - Procurar un fácil acceso a información adicional si fuese necesario.
4. Los procedimientos que se hacen al paciente equivocado o en el sitio equivocado del cuerpo pueden ser física y psicológicamente devastadores; son más comunes de lo que se cree, y son prevenibles.
- Recabar y verificar información estandarizada antes de la operación.
 - Marcar el sitio de la cirugía/procedimiento.

- Realizar una parada justo antes de iniciar el procedimiento.
 - Usar estas estrategias siempre que se realicen procedimientos invasivos.
5. La carga de infecciones asociadas a la atención en salud es enorme en términos de sufrimiento humano y costos, y puede reducirse considerablemente con una mejor higiene de las manos.
- Determinar los mejores sistemas en apoyo a la higiene de manos en la atención de salud.
 - Educar a los cuidadores.
 - Suministrar el material y el equipo necesarios para la higiene de manos.
 - Cuantificar y dar retroalimentación a los cuidadores sobre su cumplimiento.
 - Emitir recordatorios para facilitar la higiene de manos.
 - Fomentar una cultura de seguridad e higiene.

3.2.5. ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN HOSPITALES DE LATINOAMÉRICA (IBEAS)

Proyecto desarrollado en colaboración con la OMS y la OPS para realizar un estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 5 países latinoamericanos.

Objetivos

- Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos

Adversos (EA), y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.

- Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos.
- Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente.
- Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

3.3. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO UNIDAD DE CUIDADO CRITICO LA ESTANCIA POPAYAN

La Unidad de Cuidado Crítico La Estancia Popayán es una sociedad anónima con autonomía administrativa, que genera un avance científico y técnico que permite atender con óptima calidad integrando III nivel alrededor del servicio de medicina crítica y cuidados intensivos, con pacientes de riesgo inminente de muerte y enfermedades tributarias de soporte vital avanzado. El área de Cuidado Crítico cuenta con 32 camas distribuidas así: Unidad de Cuidado Intensivo: 19 camas, Unidad de Cuidado Intermedio: 9 camas, Unidad de Cuidado Coronario: 4 camas. El promedio días estancia de las unidades corresponde a 5,5 días, el porcentaje ocupacional es del 83%, con un giro cama de 6,9; por cada 100 pacientes hospitalizados fallecen 3,7; el promedio de reingreso es de 1 pacientes en el mes y el porcentaje de satisfacción corresponde al 99% de los un total de 2058 usuarios atendidos en el año 2009. Su staff de base lo conforman intensivistas con formación básica en anestesiología, cirugía general y medicina interna, además por pertenecer a una Clínica de alta complejidad, tiene disponibilidad de todas las subespecialidades durante 24 horas al día y 7 días a la semana. La principal función es prestar servicio de la más alta calidad técnica y

humana a los pacientes en estado crítico y a sus familias, pero además cumple con la obligación de difusión del conocimiento a través de los programas de entrenamiento en programas de pregrado y postgrado de la Universidad del Cauca y con proyectos de investigación de colaboración local, nacional y mundial.

3.3.1. Misión. Brindar un servicio calificado en cuidados intensivos, contando con recursos de excelencia humana, profesional multidisciplinario, con tecnología de avanzada para los pacientes críticos de toda la comunidad, y proveer enseñanza medica científica en la especialización de medicina crítica y cuidados intensivos

3.3.2. Visión. En el 2011 ser la unidad de cuidados intensivos líder, de rentabilidad estable, acreditada, en constante crecimiento como referente regional ofreciendo servicios de alta eficiencia, generando programas docente asistenciales continuados en cuidado intensivo

3.3.3. Valores corporativos.

- **VOCACIÓN:** Es el impulso interno que nos empuja a realizar determinadas acciones o cosas y nos ayuda a descubrir cuál es la meta que se tiene en la vida.
- **COMPROMISO:** Asumimos las acciones con esfuerzo, dedicación y empeño, generando confianza de nuestro servicio hacia los clientes.
- **RESPONSABILIDAD:** Estamos comprometidos en asumir y cumplir nuestros deberes y obligaciones para alcanzar los propósitos de la Institución.
- **EFICACIA:** Garantizando solucionar de manera integral las principales necesidades y expectativas en salud de la población en el Departamento del Cauca.

- **HONESTIDAD:** Actuando de conformidad a las normas morales, éticas y religiosas, según la sociedad a la que se pertenece, y a las leyes y normas jurídicas.
- **AFFECTIVIDAD:** Representada en la disponibilidad que cada ser humano tiene para brindar a los demás un trato amable y cordial, dentro de una relación de beneficio mutuo

3.3.4. Capacidad instalada. La unidad de cuidado crítico cuenta con 32 cubículos, cada uno de ellos equipado con monitor con modulo de presión invasiva, ventilador mecánico (en UCI), cama de 3 planos, cinco bombas de infusión con doble canal, una bomba de nutrición enteral, tomas de corriente suficientes, sistema de succión con vacío y aire comprimido, mueble para preparación de medicamentos y almacenamiento de pertenencias. Dispensador de gel antiséptico, guardián para elementos corto punzantes, canecas de residuos contaminados y comunes. Adicionalmente se cuenta con una máquina de gases arteriales, electrocardiógrafo, desfibrilador, ecocardiógrafo, ecógrafo, equipo de rx portátil, calentador térmico para mantas, calentador térmico para fluidos y vacuum.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 141 personas:

- 1 Director Científico – Gerente Administrativo
- 6 Médicos Especialistas
- 12 Médicos generales – tiempo completo
- 1 Coordinadora de Enfermería
- 33 Jefes de Enfermería
- 47 Auxiliares de Enfermería
- 1 Coordinador de Fisioterapia

- 14 Fisioterapeutas – tiempo completo
- 2 Secretarias clínicas – tiempo completo
- 2 orientadoras de servicio
- 4 camilleros
- 1 Asistente Administrativa
- 1 Asistente Financiero
- 2 pasantes del SENA
- 2 Auxiliar de Fisioterapia
- 8 Servicios Generales – tiempo completo
- 2 facturadores
- 2 auditores

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE DISEÑO

Estudio descriptivo retrospectivo.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

La muestra del estudio correspondió a la misma población: 2058 egresos en la Unidad de Cuidado Crítico La Estancia entre el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 sobre los cuales se reportaron eventos adversos.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los reportes encontrados en el libro de eventos adversos que reposa en la unidad de cuidado crítico y datos obtenidos de la oficina de calidad de la Clínica de todos los pacientes egresados en el año 2009 de la Unidad de Cuidado Critico La Estancia Popayán. |

4.4. VARIABLES

4.4.1. VARIABLES RESULTADO:

Evento Adverso: todo accidente imprevisto e inesperado recogido de los registros de las unidades que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

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

4.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Ligadas al paciente:

- Edad (en años cumplidos). Categorizada en: < 1 año, 1-15 años, 16-45 años, 46-65 años y >65 años.
- Género (mujer, hombre)

Ligadas a la asistencia:

- Servicio (Unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado coronario, unidad de cuidado intermedio)

Consecuencias derivadas del evento adverso:

- Aumento de la estancia hospitalaria: incremento de los días de estancia secundario al evento adverso
- Aumento de costos para la EAPB: derivados del evento adverso
- Muerte: Defunción generada a raíz del evento adverso
- Incapacidad: limitación física o funcional secundaria al evento adverso.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

4.5.1. Recolección de la información. Para la recolección de la información, se acudió al libro de registro de eventos adversos correspondientes al año 2009 y que reposa en la unidad de cuidado crítico, adicionalmente de los registros la oficina de calidad de la clínica.

4.5.2. Resultados y análisis de la información. La tabulación de la información se hizo mediante el programa office Excel 2007. Para los resultados de este trabajo se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central, presentadas por medio de tablas y gráficas, que permitieron apreciar en forma rápida los contenidos de las diferentes variables a estudio, así como el respectivo cruce entre las mismas, para de esta manera facilitar la comprensión.

4.6. CONSIDERACIONES ETICAS

Confidencialidad

Respeto

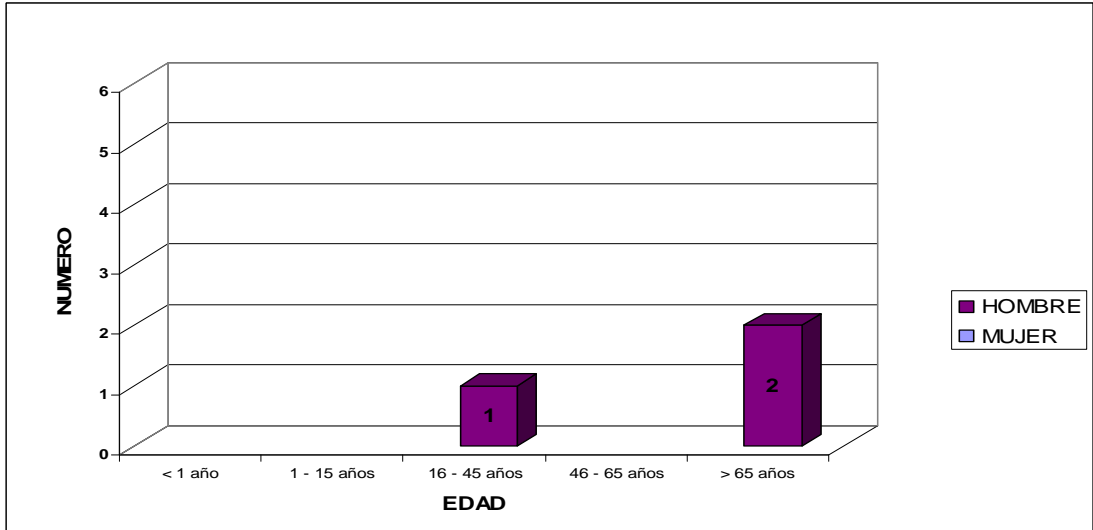
Integridad

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo Identificación de eventos adversos detectados en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009 Unidad de cuidado crítico la estancia Popayán fueron los siguientes:

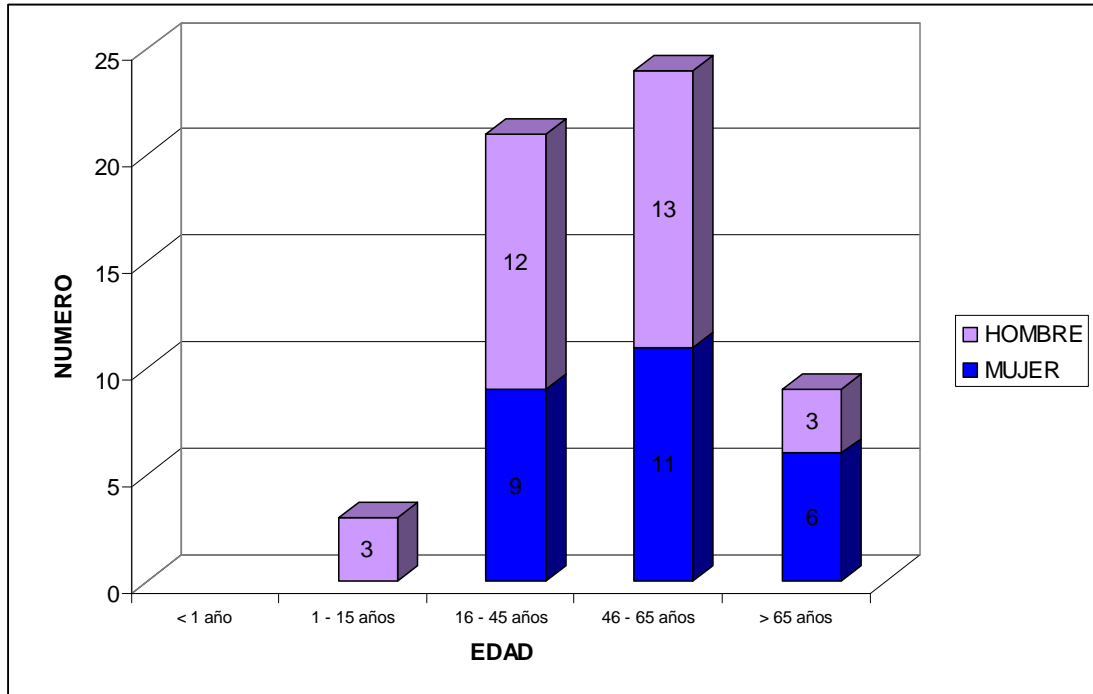
5.1. Edad y Género. El rango de edad predominante entre los pacientes estudiados, para los eventos adversos es mayor de 65 años y para los incidentes en primer lugar están los pacientes de 46 a 65 años, luego los de 16 a 45 años y por último los pacientes mayores de 65 años. En los dos tipos de sucesos el género que predomina son los hombres; ya que la mayor parte de pacientes de este estudio pertenecen a este grupo. (Ver figura 1 y figura 2).

Figura 1. Número de Eventos Adversos reportados, según el rango de edad y el género de los pacientes, Unidad de Cuidado Crítico la Estancia S.A. 2009



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

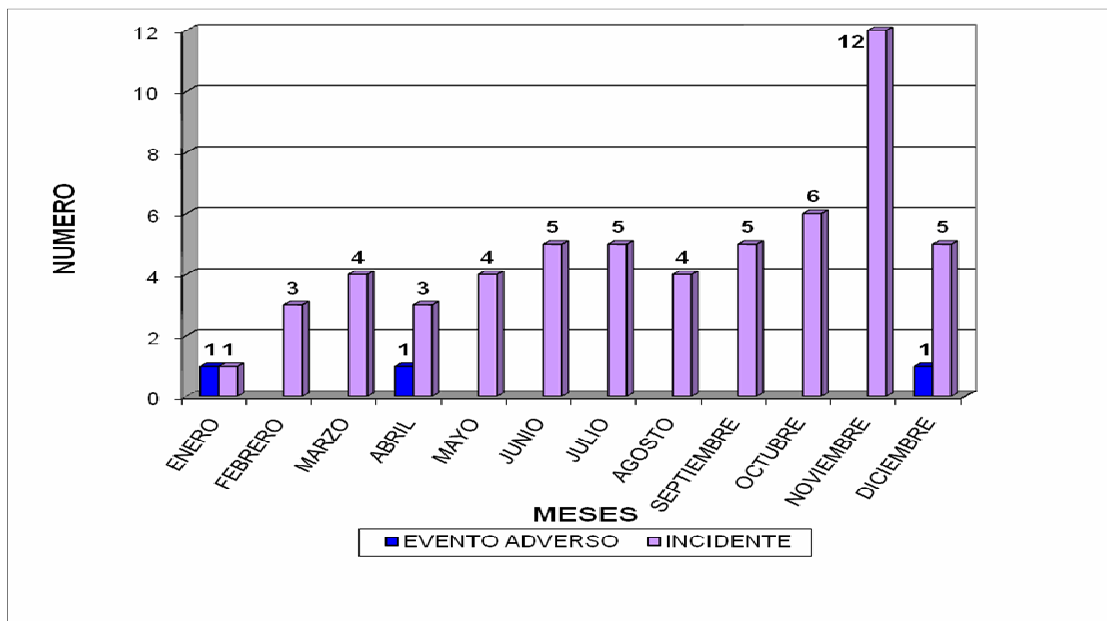
Figura 2. Número de Incidentes reportados, según el rango de edad y el género de los pacientes, Unidad de Cuidado Crítico la Estancia S.A. 2009.



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

5.2. Evento Adverso e incidente. De acuerdo a la definición; todo accidente imprevisto e inesperado que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente; se detectaron tres (3) casos de los reportados, que encajan para esta definición; el resto (cincuenta y siete), se consideraron incidentes. (Ver figura 3)

Figura 3. Número de Eventos Adversos e Incidentes reportados, Unidad de Cuidado Crítico la Estancia S.A. 2009.

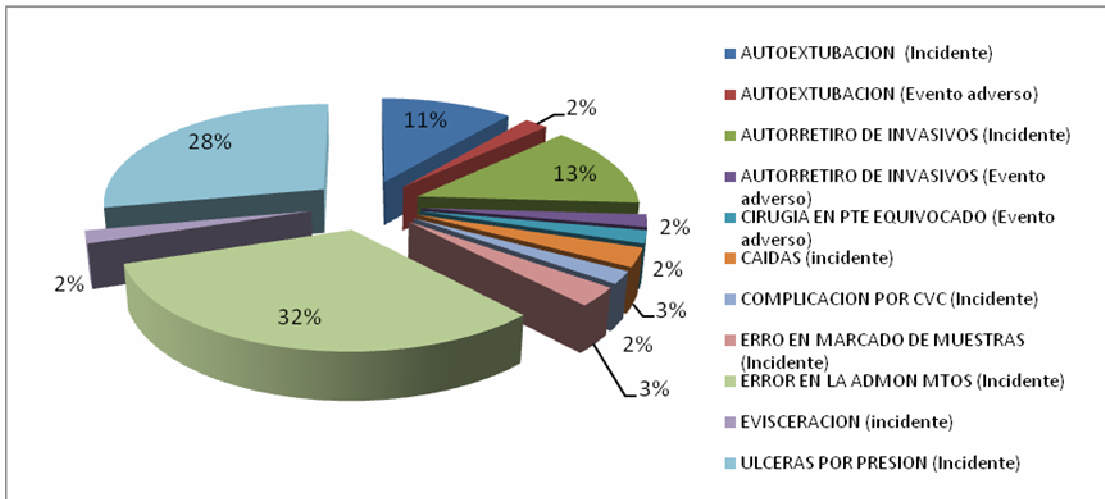


Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

F5.3. Tipo de incidente y evento adverso.

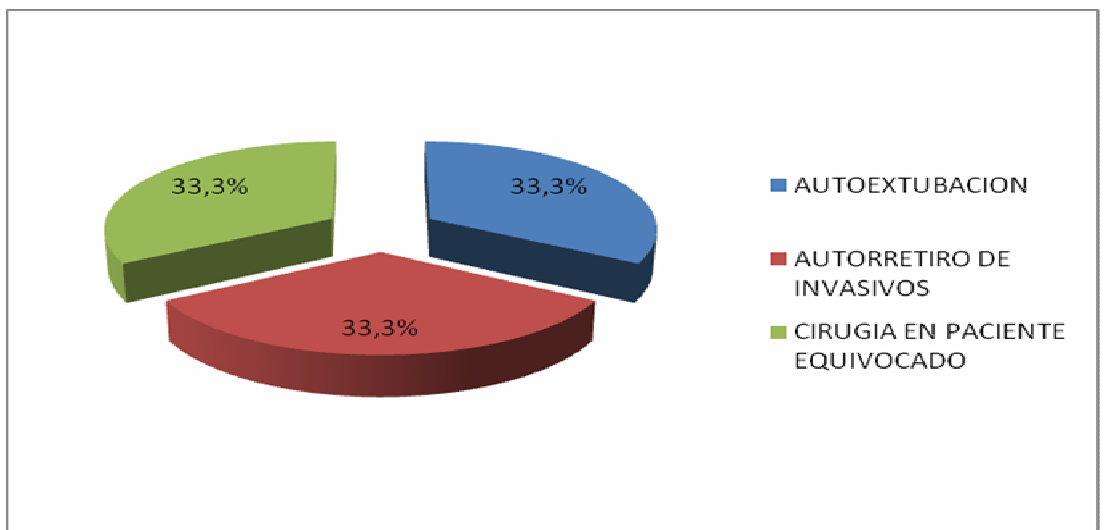
El mayor porcentaje de sucesos reportados es el error en la administración de medicamentos con un 32% en todo el año y equivale a 19 casos reportados; el segundo lugar es para las úlceras por presión con un 28,3% representando 17 sucesos en el año 2009 y en tercer lugar se encuentran las autoextubaciones con un 15% (9 casos), que decidieron tomarse a parte del resto de los sucesos catalogados como retiro de invasivos, ya que era un número significativo. (ver Figura 4, Figura 5 y Figura 6).

Figura 4. Porcentaje de eventos adversos e incidentes reportados Unidad de Cuidado Crítico La Estancia Popayán, 2009.



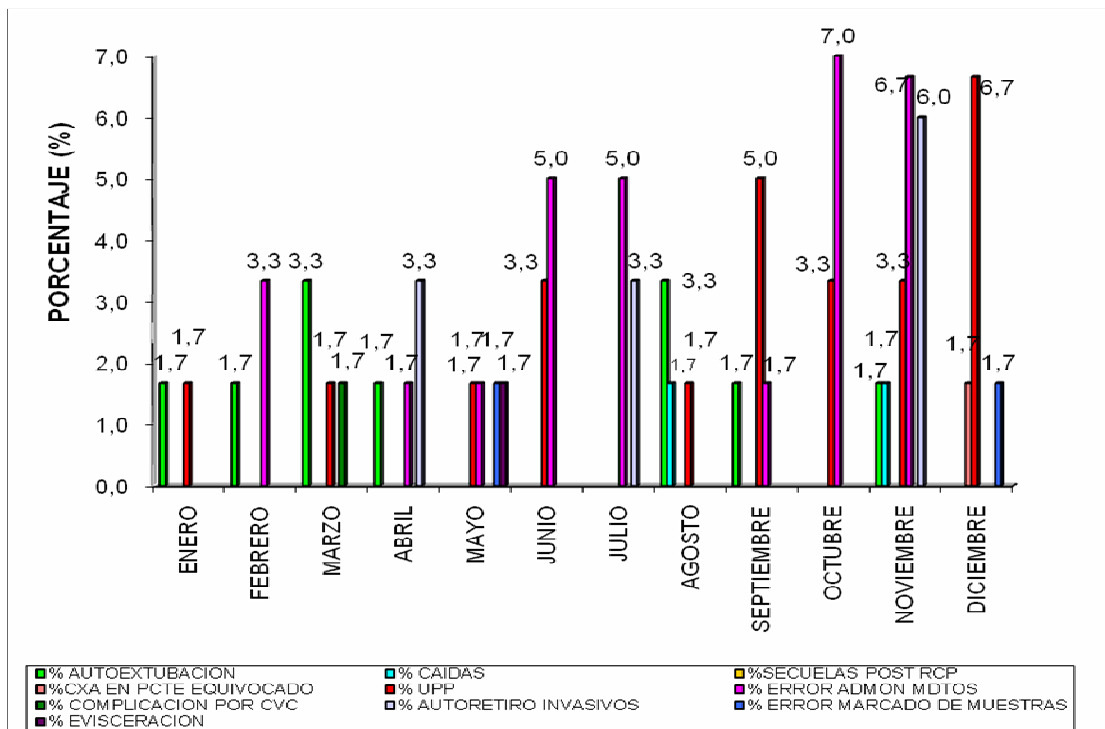
Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

Figura 5. Tipo de eventos adversos reportados Unidad de cuidado crítico La Estancia Popayán 2009



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009

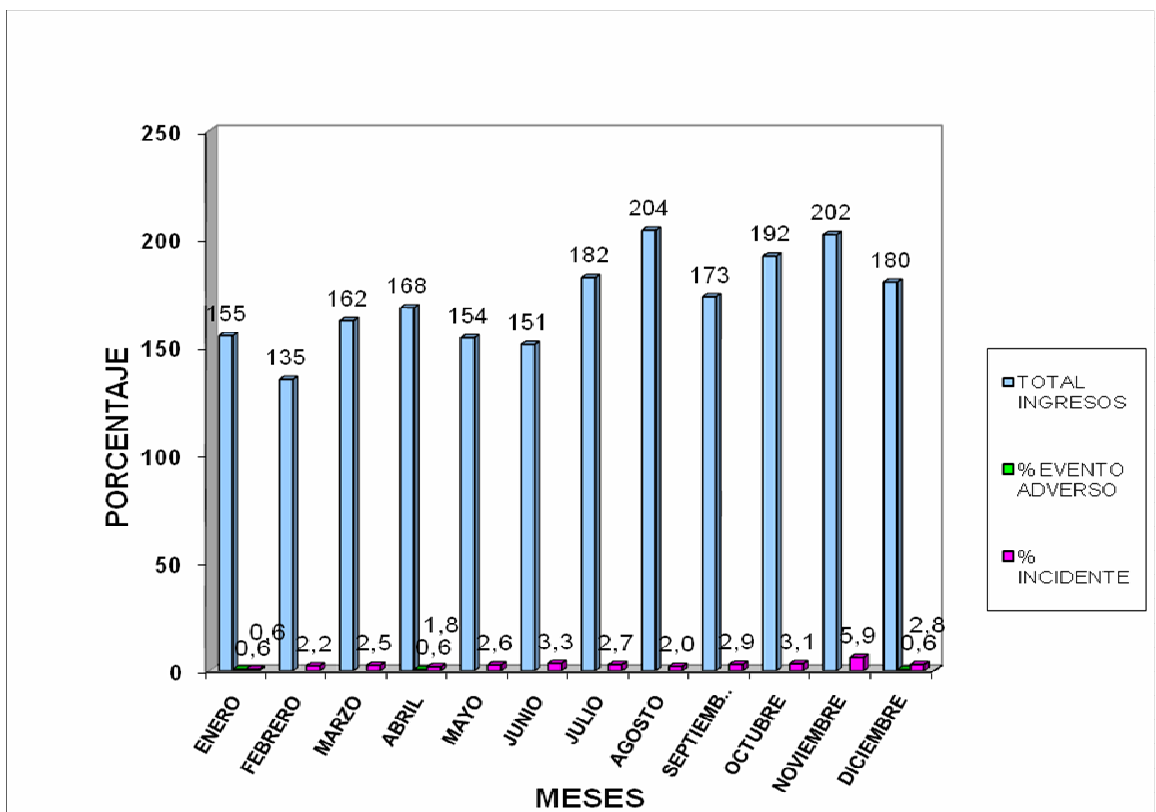
Figura 6. Porcentaje de eventos adversos e incidentes reportados por mes Unidad de cuidado crítico La Estancia Popayán 2009



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

5.4 Incidentes, eventos adversos y su relación con el número de ingresos. De un total de 2058 ingresos durante el año 2009, se presentaron 3 (1,8%) eventos adversos sucedidos en el mes de enero, abril y diciembre. y 47 (32,5%) incidentes en el transcurso del año (Ver Figura 7).

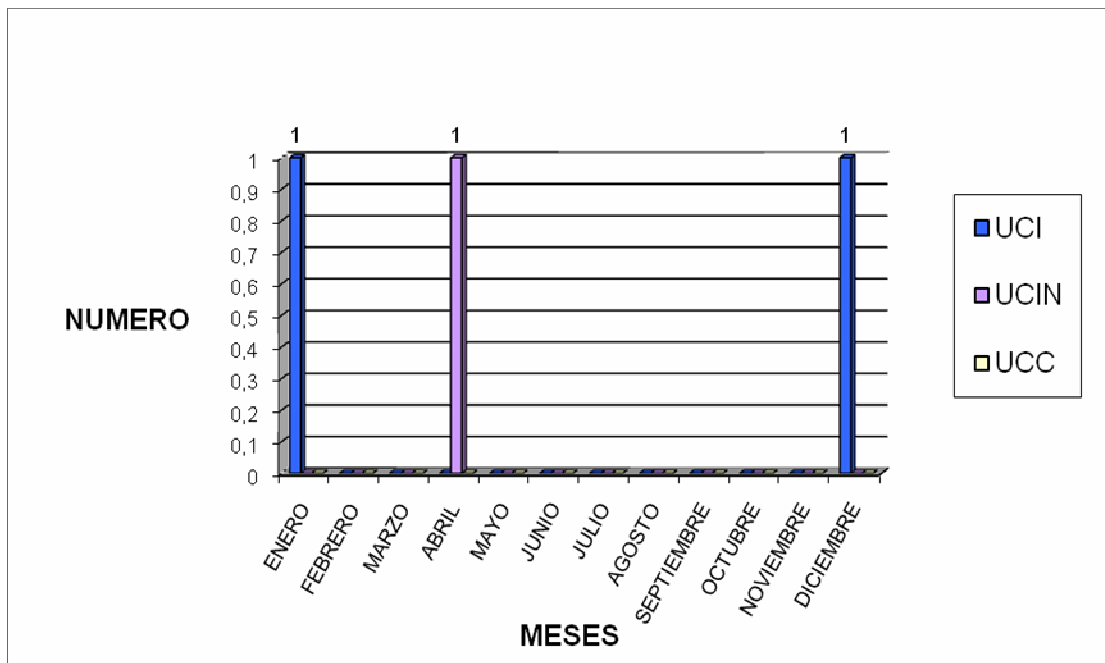
Figura 7. Porcentaje de eventos adversos e incidentes y su relación con el número de ingresos, Unidad de cuidado crítico La Estancia Popayán 2009.



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

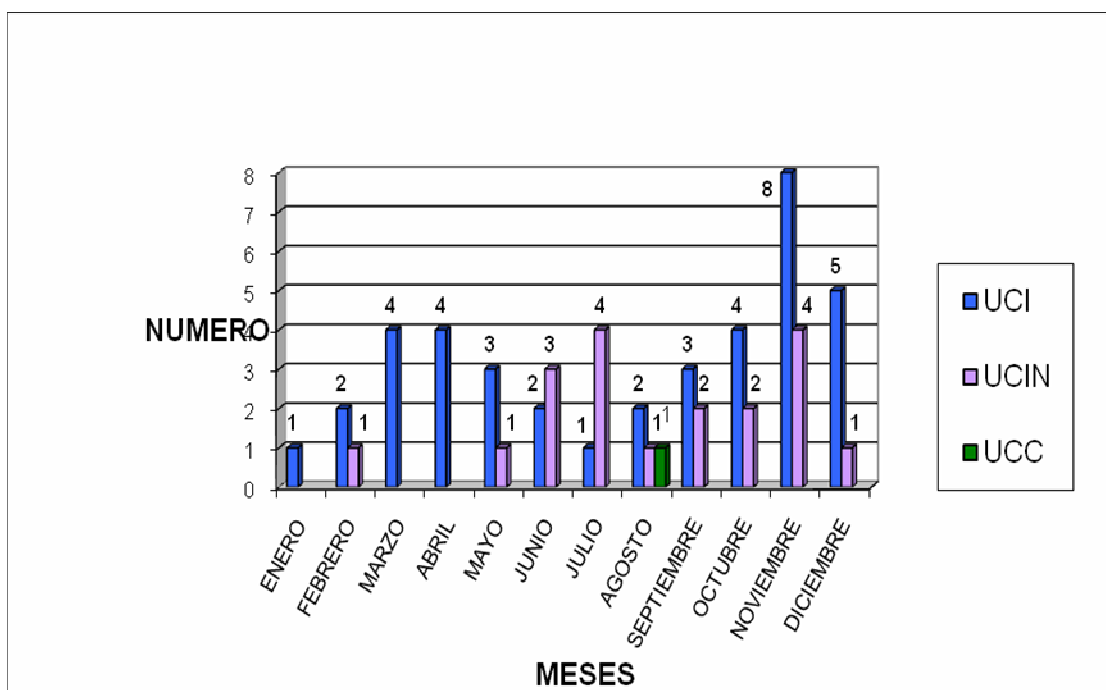
5.5. Incidentes, eventos adversos y su relación con el servicio donde se presentaron. Tanto eventos adversos como incidentes se presentaron en mayor cantidad en la Unidad de Cuidado Intensivo, seguido de Unidad de Cuidado Intermedio y finalmente en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario. (Ver Figura 8 y Figura 9).

Figura 8. Número de eventos adversos y su relación con el servicio, Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán, 2009



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

Figura 9. Número de incidentes y su relación con el servicio, unidad de cuidado Crítico La Estancia Popayán, 2009



Fuente. Libro de registro de eventos adversos UCI la Estancia 2009. Base de datos y censo diario UCI la Estancia 2009.

6. DISCUSIÓN

El género que fue predominante entre los casos revisados del estudio; fue el masculino en general en toda la Unidad de Cuidado Crítico, el rango de edad relevante es de 46 a 65 años, que puede sugerirnos que por la edad, la mayoría de pacientes tenían comorbilidades asociadas que predispusieron a posibles complicaciones y/o largas estancias, no derivadas precisamente del suceso que ocurrió con ellos dentro de la Unidad.

El mayor porcentaje de incidentes presentados en la Unidad, se relacionaron con error en la administración de medicamentos; asociado a diferentes factores como se pudo revisar en las diferentes actas de evaluación de los casos; los factores precipitantes fueron: orden médica no clara, falta de concentración a la hora de transcripción de la orden, error en la dispensación del medicamento, falta de claridad de la presentación y mili gramaje de los medicamentos; haciendo análisis de todos los factores se puede entrever que todos los sucesos tuvieron como base la falta de comunicación entre los miembros del equipo de salud y el doble chequeo. Es por eso que dentro de la propuesta se sugiere la realización de las listas de chequeo para procedimientos y cumplimiento de guías y protocolos.

Cuatro situaciones de riesgo llevan a cometer errores en la administración de medicamentos:

- 1) Falla en el cumplimiento de políticas y procedimientos: Información equivocada sobre efecto, reacciones adversas e interacciones de medicamentos. Error en la técnica de administración: error en la identificación de paciente, horario, vía.
- 2) Falla en el sistema de distribución y preparación de medicamento por la farmacia: atraso en el horario de entrega de medicamentos, transporte de medicamentos deficiente, mala identificación, empaque y presentación de medicamento. Dosis equivocadas.
- 3) Falla en la comunicación: Entre el equipo de enfermería en relación con el registro, documentación. Entre el médico y el equipo de Enfermería en relación con medicación suspendida, alteración en la prescripción, vía de administración, prescripción ilegible o verbal.
- 4) Falla en el conocimiento: definida como los problemas relacionados con la falta de preparación teórica y práctica de los profesionales de enfermería en relación con los medicamentos y sus propiedades farmacológicas.

Los profesionales de enfermería por ser los directamente responsables del acto de administración de medicamentos deben conocer Indicaciones y contraindicaciones del uso de los medicamentos. El resultado o efecto esperado del medicamento administrado, las precauciones y las posibles interacciones que ocurren con otras medicaciones o alimentos.

Para prevenir los errores en la administración de medicamentos la educación es sin duda la principal de las acciones, esta debe acompañarse de un departamento de educación activo que proporcione nuevos conocimientos, que permita la actualización y la evaluación periódica de los enfermeros y su equipo de trabajo junto con la implementación de una central de información de medicamentos en las instituciones hospitalarias. El análisis frecuente de las situaciones derivadas del proceso de administración de medicamentos debe ser realizado de manera que se notifique cada error y así se evite la ocurrencia de nuevos errores.

El segundo incidente de mayor ocurrencia en UCI, son las úlceras por presión, que de acuerdo a las diferentes revisiones bibliográficas realizadas; este suceso se encuentra como problema de gran importancia para el personal de Enfermería de las UCI's a nivel mundial; este tipo de incidentes son frecuentes en los pacientes críticos, debido a múltiples factores de riesgo como lo son; Los fisiopatológicos: Deficiencias nutricionales (caquexia, obesidad), trastornos en el transporte de oxígeno (trastorno vascular periférico, estasis venoso). Iatrogénicos: Inmovilidad impuesta, tratamientos farmacológicos inmunosupresores. Edad: Las edades extremas (niños lactantes, ancianos).

Uno de los principales problemas con el que se enfrenta el personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Crítico al proporcionar cuidados a sus pacientes, es la aparición

de úlceras por presión que suelen agravar el pronóstico de los pacientes sometidos a ventilación mecánica, prolongar la estancia hospitalaria y por consiguiente, el aumento del costo económico.

Las medidas que se utilizan para prevenir las úlceras por presión son de tipo rutinario e incluyen la movilización del paciente dos veces por turno y emplear más de dos sustancias para el cuidado de la piel y la curación. El personal desconoce algún índice para valorar las condiciones que facilitan o ponen al paciente en peligro frente a la aparición de las úlceras por presión.

La localización más frecuente de las úlceras en orden de frecuencia descendente es: sacro, talón, cara, oreja, occipucio, trocánter y glúteos.

Por todo lo anterior se hace necesario capacitar al personal y diseñar un Proceso Atención de Enfermería de úlceras por presión. Dar a conocer la escala de Norton y Braden, y que se implemente en la hoja de terapia intensiva. Diseñar una estrategia de manejo estándar para la atención de este problema.

Eventos adversos de acuerdo a lo catalogado dentro de este estudio, para la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia S.A; sólo reportó 3 casos durante el año 2009 que se describen como: autoextubaciones, autoretiro de invasivos y cirugía en paciente equivocado; de estos tres sucesos; dos tuvieron ocurrencia en la Unidad de Cuidado Intensivo y uno en la Unidad de Cuidado Intermedio; de acuerdo a las actas de seguimiento de casos; las justificaciones o factores predisponentes, expuestos fueron la complejidad de los pacientes asignados para el turno en el que ocurrió el hecho, la sobrecarga laboral que se describe como un factor subjetivo ya que no existen normas que rijan este punto, pero si hay estándares modelos que son aplicados en la Unidad de Cuidado Crítico.

Algo adicional que se detectó en el análisis de estos casos, fue que dos de ellos ocurrieron durante el turno nocturno y el otro en la mañana; puede esto sugerir que la supervisión de los pacientes y el mismo cuidado, durante la noche es menos frecuente que en el día, dando cumplimiento al ciclo normal del sueño, que autolimita actividades durante la noche. Esto suele ser conveniente; pero sin dejar de lado la estricta supervisión y el cuidado de los pacientes; al parecer hubo mal entendimiento de esta directriz.

Se reconocieron diferentes comportamientos que favorecieron la aparición del retiro de invasivos: 1. Ejecución incorrecta de procedimientos técnicos: técnica deficiente para la fijación del tubo orotraqueal, movilización del paciente, aspiración de secreciones. Manipulación del paciente por una sola persona. Montaje incorrecto del ventilador y mala fijación de alarmas. 2. Falla técnica de los equipos identificando principalmente ausencia del disparo de las alarmas de los ventiladores 3. Desempeño inadecuado del profesional que se refiere a conductas erróneas con relación a programación de parámetros ventilatorios o reconocimiento de inadecuados parámetros, verificar lo que sucede pese a que alarmas suenan e inhabilidad para intubar al paciente. 4. Falta de material o equipamiento y condiciones de uso. En esta categoría se reconoce equipo incompleto para realizar intubación orotraqueal, mal funcionamiento de equipo de succión, de cánulas y por ultimo 5. Decisión inadecuada sobre transporte de paciente. Las consecuencias inmediatas de las situaciones y comportamientos antes enunciados en orden de frecuencia de presentación fueron: extubación, reintubación, ningún efecto.

En el año 2009, de 2058 ingresos que corresponde al 100%, hubo en la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia S.A una ocurrencia de sucesos catalogados como eventos adversos y/o incidentes, en el 34,3% de los pacientes que sugiere además del seguimiento de los diferentes casos, la creación de una cultura más consciente de la seguridad del paciente crítico; enfatizada en el

buen proceso de la administración de medicamentos, la prevención de úlceras por presión y una óptima técnica de sujeción e inmovilización para evitar el autoretiro de invasivos, incluyendo aquí la autoextubación.

La Unidad que más reporta casos es la Unidad de Cuidado Intensivo, esto relacionado principalmente con la complejidad de los pacientes allí ingresados, además, de la cantidad de patologías de base asociadas y por ende el número importante de equipos médicos invasivos usados para su manejo y atención.

La ocurrencia de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos es una situación donde las condiciones propias de los seres humanos, bien sea del que brinda cuidado como del que lo recibe, de las instituciones, de los ambientes de trabajo y de las políticas confluyen para generar el error, todo lo que se ve potencializado frente a un ambiente como lo es el de cuidado intensivo en el que dada la condición de salud de los pacientes que se maneja, la tecnología, los dispositivos, los medicamentos que se utiliza y el nivel de complejidad bajo el que se desarrollan todas las actividades confluyen para hacer ambientes y condiciones propicias para que se den eventos adversos.

La seguridad de los pacientes es un deber que deben procurar todas las organizaciones dedicadas a prestar servicios de salud. En condiciones de particular riesgo y de entorno intenso y complejo como lo es el cuidado crítico su consecución involucra factores gubernamentales, políticas institucionales, sistemas de atención y el personal que por su formación atiende a los pacientes.

Los factores que pueden contribuir a la aparición de un evento indeseable son:

- Factores inherentes al paciente: Presencia de agitación, la personalidad del individuo atendido, las barreras de comunicación, la condición de salud, el grado de intervención y la complejidad de la misma. Al respecto, los pacientes en UCI reciben

aproximadamente el doble de medicamentos que los pacientes en otros servicios y su enfermedad grave, reduce la resistencia física y la capacidad para recuperarse de las consecuencias del error.

- Factores del trabajador: conocimientos, habilidades y competencias. Fatiga, distracción, motivación, actitud, salud física y mental.
- Factores del equipo de trabajo: Comunicación verbal o escrita durante la atención habitual de los pacientes o en momentos de crisis. Supervisión y búsqueda de ayuda. Estructura del equipo de trabajo, combinación de especialidades y liderazgo. Ausencia de la cultura de reunión y revisión en conjunto (médico/ enfermera) de los pacientes en cada turno.
- Condiciones de trabajo: Sobrecarga laboral. Disponibilidad y uso de protocolos, Adherencia y establecimiento de los mismos. Evaluación periódica y sus resultados. Disponibilidad o mantenimiento de equipos. Apoyo administrativo y de gestión. Entorno físico, falta de espacio, nivel de ruido. Marco jurídico, administrativo y económico.

Algunas estrategias que pueden emplearse para disminuir la aparición de eventos adversos son prevenir la aparición del error, hacer menos y más visibles los riesgos que pueden propiciar la ejecución o la aparición del error y si pese a esto aparece el error mitigar sus efectos.

La mayoría de los esfuerzos para investigar los errores en la medicina se han centrado en la culpa: en concreto, sobre la persona que efectúa el error, este enfoque debe en lo posible cambiar pues propicia comportamientos como el secreto y el pasar inadvertido el evento.

Reconocer los errores es el primer paso para cambiar y organizar sistemas de atención más seguros. La mayor oportunidad para el mejoramiento se encuentra en centrarse en la organización del sistema de salud en vez de las características de los individuos pues la responsabilidad es de todos.

7. CONCLUSIONES

El grupo etáreo de pacientes que prevalece en eventos adversos reportados corresponde a hombres mayores de 65 años y en incidentes a hombres entre 46 y 65 años.

La mayoría de reportes correspondieron a incidentes y en menor proporción a eventos adversos, lo que indica que los sucesos en su mayoría no generaron daños pero si una inminente falla en los procesos de atención.

Se observa un incremento en los reportes de eventos adversos e incidentes en los meses de Noviembre y diciembre lo que sugiere mayor concientización por parte del personal de la Unidad por reportar los eventos.

El aumento de reportes de eventos adversos e incidentes no sugieren necesariamente un incremento en los casos, pero si una cultura de notificación de los mismos.

La Unidad de Cuidado Intensivo reporta mayor número de eventos adversos e incidentes con relación a la Unidad de Cuidado Coronario y la Unidad de Cuidado Intermedio, a raíz de la condición crítica de los pacientes y la necesidad de utilizar mayor número de invasivos que en las otras dos áreas.

Todos los eventos adversos e incidentes reportados generaron en su momento toma de correctivos con el objetivo de disminuir el error, la mayoría de ellos fueron sanciones educativas derivadas de reuniones de descargos y en situaciones más críticas requirieron sanciones con mayor grado de severidad.

Las principales causas de ocurrencia de eventos adversos fueron detectadas de manera subjetiva y están asociados a: sobrecarga laboral, no adherencia a protocolos y guías de manejo, ruptura en el proceso de comunicación, poca claridad en la emisión e interpretación de órdenes médicas.

Actualmente la unidad cuenta con un sistema que permite realizar el seguimiento de eventos adversos e incidentes, sin embargo es necesario afianzar este proceso a partir de los hallazgos de este estudio a fin de mejorar la cultura de reporte, detección de eventos adversos, prevención de riesgos y realización de planes de mejora o planes de acción.

El principal incidente reportado en la Unidad de cuidado crítico está relacionado con error en la administración de medicamentos, por este motivo se decide formular un plan de mejoramiento, cuya implementación busca impactar de forma favorable la seguridad del usuario en el servicio, tomando como modelo el programa sugerido por el Ministerio de Protección Social titulado “Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos” que hace parte de un grupo de paquetes institucionales denominado “Buenas prácticas para la seguridad en la atención en salud” y que se anexa a este estudio.

8. RECOMENDACIONES

El programa de seguridad del paciente es una política clara que debe implementarse en todos los servicios de salud y en especial en las unidades de cuidado crítico porque permite concientizar al personal a acerca de la necesidad de minimizar el error y de crear espacios seguros a través de instrumentos claros de evaluación que permitan hacer un seguimiento oportuno de las principales causas de incidentes y eventos adversos.

Las políticas de seguridad del paciente deben ser conocidas y aplicadas no solo por el personal asistencial de la unidad, de ellas debe hacer parte también el paciente y la familia.

Las políticas institucionales y las decisiones gerenciales y administrativas deben permitir invertir en seguridad, priorizando el tema costo – beneficio y creando estrategias que partan de la educación en todos los sectores involucrados generando conciencia del error cometido y definiendo modelos de sanción no sobre el evento sucedido sino sobre la ausencia de notificación.

El evento con mayor porcentaje de notificación correspondió a error en la administración de medicamentos y aunque para este estudio se clasificó como incidente es necesario redefinir políticas con el objetivo de evitar pasar de incidente a evento adverso.

“Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos” es un programa del ministerio de Protección social que puede ser implementado en la unidad de cuidado crítico teniendo en cuenta que está dirigido a todo el personal profesional de enfermería, médicos y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería, de farmacia y camilleros, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. La metodología a implementar para el desarrollo integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas.

La principal limitación que se presentó para la elaboración de este trabajo estuvo relacionada con el marcado subregistro de eventos adversos e incidentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la protección social Decreto numero 1011 de 2006 3 abril 2006
2. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
3. “Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica” Informe final. Octubre 2008.
4. “The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009” de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
5. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: “Atención limpia es una atención más segura “ y Cirugías Seguras: “The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives”.
6. Err Is Human: Building a Safer Health System
7. International Classification for Patient Safety (ICPS)” de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
8. Guía practica: “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención del paciente.

9. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC. National Academy Press, 2000.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. In: To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
11. McDonough JE. Proactive Hazard Analysis and Health Care Policy. Milbank Memorial Fund. Sept. 2002.
12. Ruiz P, González C. Análisis causa raíz: una herramienta útil para la prevención de los errores. Revista de Calidad Asistencial 2005;20:71-8.
13. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems Analysis Of Clinical Incidents. The London Protocol. Clinical Safety Research Unit.
14. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, "Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction", USA, 2002.

ANEXOS

1. PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, UNIDAD DE CUIDADO CRITICO LA ESTANCIA S.A.

2. MODELO DE ACTA "DESCARGOS POR EVENTO ADVERSO" UNIDAD DE CUIDADO CRITICO LA ESTANCIA S.A.

3. "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS"
"MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. VER EN PDF.

Popayán, 01 de Junio de 2010

Universidad

EAN

Popayán

MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA y YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL, autorizamos a la Universidad EAN en convenio Universidad del Cauca, realice la publicación en Internet, del trabajo titulado: "Identificación de eventos adversos detectados en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009 Unidad de cuidado crítico la Estancia Popayán" que fue presentado como requisito para optar a título de administración hospitalaria

Margarita Maria Chemas Bonilla

cc. 25276282

Yaneth Marcela Muñoz Angel

cc. 34318218

Popayán, 8 de febrero de 2010

Dra. **RAQUEL OREJUELA**

Auditora de Calidad

UCI La Estancia S.A.

Asunto. Solicitud de permiso estudio de investigación.

MARGARITA MARIA CHEMAS BONILLA y **YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL**, solicitamos a usted nos autorice realizar dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica La Estancia una investigación donde se tendrán en cuenta los eventos adversos e incidente de la unidad de cuidado crítico en el estudio denominado **“IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DE 2009 UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO LA ESTANCIA POPAYÁN”**, el cual se llevará a cabo en el periodo comprendido entre febrero y junio de 2010. Se aclara que el propósito de la investigación es con fines estrictamente académicos como requisito para la culminación del postgrado de administración hospitalaria, Universidad EAN en convenio con Universidad del Cauca.

Cordialmente,

MARGARITA MARIA CHEMAS

cc. 25276282

YANETH MARCELA MUÑOZ

cc 34.318.218

Visto bueno: Dra. Raquel Orejuela

CLINICA LA ESTANCIA S.A.

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

ACTA DE DESCARGOS

000 - 2.009

Fecha:	
Hora:	

Lugar: UCI – ADULTOS
Mes:

Asistentes	Cargo	Firma

TEMA :

Actividades Realizadas		Compromisos		
Tema	Resultado	Actividad	Plazo	Responsable
Descargos por evento adverso				
Preguntas				
1. Describa brevemente el suceso				
2. Cuál cree usted que fue el factor que predispuso la ocurrencia del suceso?				
3. Proponga una acción de mejora para el suceso en mención				

Fecha Próxima Reunión:

Elaborada por:

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO LA ESTANCIA S.A.

FECHA	OBJETIVO	¿QUÉ HACER?	¿POR QUÉ HACERLO?	¿CÓMO SE HACE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DONDE DEBE HACERLO?	CUANDO
jun-10	Garantizar la correcta preparación y administración de medicamentos en la Unidad de Cuidado Crítico La Estancia	implementar la guía del Ministerio de Protección Social: "mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos"	Para garantizar la seguridad del paciente y del colaborador	socializar la guía con el personal médico y de enfermería profesional y auxiliar.	Coordinación de enfermería, programa de seguridad del paciente	Unidad de Cuidado Crítico la Estancia	Inmediato
			Para mejorar la atención y seguridad de todos los pacientes	realizar evaluaciones permanentes al personal, de forma teórica y práctica verificación de los 8 correctos en la administración de medicamentos mediante talleres, educación con ayudas didácticas que contribuyan a la sensibilización del personal			

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS



Libertad y Orden

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



PAQUETES INSTRUCCIONALES

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

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





**DIRECCIÓN GENERAL DE
CALIDAD DE SERVICIOS**

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

MARITZA ROA GOMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

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





GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNAN DARIO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

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

This document was created using
SOLIDWORKS PRTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidWorks.com



“MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS”



Libertad y Orden

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

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com

MARCO TEÓRICO



“MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS”



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

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



REQUISITOS NORMA TÉCNICA SECTORIAL EN SALUD “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

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

El proceso de selección de los proveedores debe tener en cuenta las visitas y la evaluación periódica, se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.

Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.

- La recepción de los medicamentos debe incluir la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

PRACTICA ESENCIAL



REQUISITOS NORMA TÉCNICA SECTORIAL EN SALUD “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

- En el proceso almacenamiento de los medicamentos, se debe incluir protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Mecanismos definidos por la organización para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.

PRACTICA ESENCIAL



REQUISITOS NORMA TÉCNICA SECTORIAL EN SALUD “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificación extra de medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extienda el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Procesos implementados para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.

PRACTICA ESENCIAL





REQUISITOS NORMA TÉCNICA SECTORIAL EN SALUD “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

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

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

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

4.2.2.2. Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria:

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

4.2.2.3. Identificación de alergias en los pacientes.

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

PRACTICA ESENCIAL





INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, los acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema y perjudica a los profesionales e instituciones prestadoras de salud.

Las consecuencias clínicas de los errores de medicación en el ámbito hospitalario son, si cabe, más importantes que en el medio ambulatorio, debido a la complejidad y a la agresividad de los procedimientos terapéuticos en los hospitales.

Los medicamentos constituyen la más común y relevante respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de atención de los usuarios. Se ha detectado la existencia de un conjunto de problemas que afectan el uso adecuado de los medicamentos, imponiéndose la necesidad de crear mecanismos para su solución. Esta problemática y sus mecanismos de solución son aplicables también a los dispositivos médicos.

Establecer las condiciones indispensables para defender la salud y la vida de los pacientes, las que se verían afectadas por los riesgos que implican la prestación de servicios sin el cumplimiento de los requisitos básicos que aseguren la calidad requerida. Estas condiciones tienen la característica de no poder ser sustituidas por otras, por lo que las normas que las consagran se conocen con el nombre de estándares rígidos o de obligatorio cumplimiento, de conformidad con la normatividad.

Condiciones que deben cobijar desde la sección de medicamento pasando por el proceso de administración hasta el seguimiento de los efectos secundarios.

1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Desarrollar, fortalecer destrezas y competencias para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Objetivos específicos

Detectar cuales son los errores o fallas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos.

Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos.

Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos.

2. LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS COMO CAUSA DE EVENTOS ADVERSOS

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19.4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte.





En este contexto, se han descrito que de los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40% estaban relacionados con la administración de medicamentos.

Además del impacto descrito, la administración segura de medicamentos resulta de especial importancia en el proceso de medicación por constituir la última fase y por tanto cualquier error producido en esta etapa es mucho más fácil de detectar.

No obstante lo relacionado con la administración de los medicamentos, en relación a las causas que llevan a eventos adversos se inician desde la selección prudente del medicamento, administración como se menciona anteriormente y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.

3. HACIA LA IMPLEMENTACION DE BUENAS PRACTICAS DE ATENCION EN SALUD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar paquete instruccional de Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente) y partiendo de la aparición de eventos adversos asociados a la utilización de los medicamentos, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, hacia atrás, se identifican los factores contributivos que las produjeron y la organización y cultura en que se soportan estos, y hacia delante las barreras que fallaron. La idea es que una vez

hecho el análisis podamos esclarecer que tipo de actividades y estrategias serían las más adecuadas para poder establecer una “Buena Practica en Salud”

La revisión bibliográfica sobre el tema, nos ha permitido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas a la utilización de los medicamentos, eso no quiere decir que sean las únicas; pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; estas son:

1. Compra de medicamentos que no cuentan con Registro Sanitario Vigente del INVIMA
2. Administración errónea del medicamento
3. No Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes
4. No información al paciente en relación con el medicamento prescrito
5. No marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se exteme el cuidado en su uso.
6. Selección por parte de la institución prestadora de medicamentos sin respaldo legal
7. Recepción por parte de la farmacia de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos
8. En el almacenamiento de la farmacia de los medicamentos no se respeta la cadena de frío
9. Dispensación no correcta de los medicamentos.
10. Errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
11. Manejo no adecuado de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
12. Pacientes con terapia anticoagulante sin manejo especial.
13. No marcaje adicional a los medicamentos de





alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.

14. Prescripción no indicada del medicamento ordenado para el paciente.

Sobre estas fallas activas se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberían implementarse para evitar la aparición de las eventos adversos relacionados con la utilización de medicamentos. Sobre los factores contributivos, se determinan cuales son las fallas latentes que permiten su aparición, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

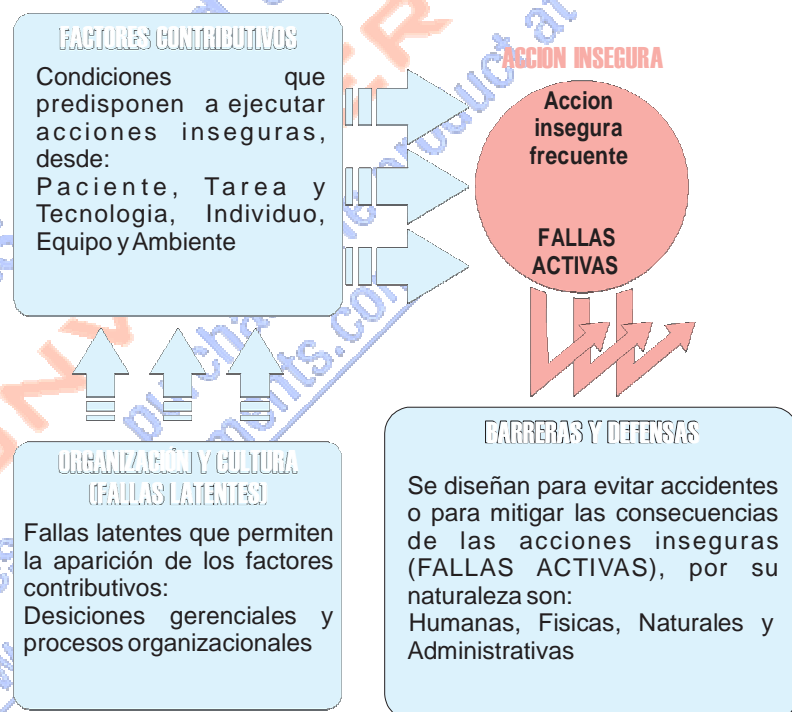
Adelante, se aplicara a las 5 primeras acciones inseguras más recurrentes en este paquete de detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención, el análisis causal según el protocolo de Londres, a modo de ejemplo.

Es importante que como ejercicio didáctico, los aprendices del paquete instruccional puedan desarrollar este análisis al resto de las causas más frecuentes señaladas en el presente documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para entender mucho mejor el esquema de análisis causal desarrollado a las primeras acciones inseguras más frecuentes, nos valemos de un esquema grafico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema sería:



ANÁLISIS CAUSAL 1

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Tarea y tecnología:

El no concepto de selección y compra de medicamentos como proceso multidisciplinario y participativo que garantice la disponibilidad de los medicamentos necesarios, basados en criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo.

Individuos:

No establecer criterios y desarrollar métodos para realizar una adecuada selección y compra de de medicamentos Personal no idóneo.

Equipo de trabajo: Riesgo relacionado con la comunicación efectiva entre los que proveen y quien administra el medicamento.

Ambiente Riesgo relacionado con:

Personal no suficiente
Mezcla de habilidades y tareas
Carga de trabajo
Clima organizacional vertical y horizontal

ACCION INSEGURA

COMPRA DE
MEDICAMENTOS QUE NO
CUENTAN CON REGISTRO
SANITARIO VIGENTE DEL
INVIMA

BARRERAS Y DEFENSAS

Humana

Seleccionar los medicamentos con registro INVIMA.

Físicas

Contar con varios escenarios de compra de los medicamentos

Administrativas

Registro administrativo: Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registro sanitario vigentes.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

Personal no capacitado para seguir los procedimientos y todos los elementos básicos de un sistema de calidad que necesitan estar implementados y en especial estar familiarizado con los aspectos de compra de medicamentos,

Educación continua, entrenamiento y supervisión.



ANÁLISIS CAUSAL 2

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente.

El no aseguramiento de la identificación del paciente y corroborar con él la existencia o no de alergias
Riesgo relacionado con Dificultades en la comunicación por parte del paciente. Características y condiciones del paciente,

Tarea y tecnología:

No comprobar la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por el servicio de farmacia y que ambas estén claramente escritas.
No comprobar las dosis, vía y hora de administración, y evaluar la situación del paciente y el tratamiento concomitante antes de la administración de los medicamentos.
No Comprobación de la vía de administración, en fármacos de

alto poder irritante
No comprobar la permeabilidad de la vía.
No Comprobar la fecha de caducidad de los medicamentos que serán administrados.
Riesgos relacionados con: orden incorrecta de la medicación
No aplicación de instructivos para asegurar la correcta administración.

Individuos

No aplicación de los Instructivos.
Falta de conocimientos en relación con el fármaco.
No elaborar y controlar formas farmacéuticas para las distintas vías de administración.
Personal no idóneo
No seguimiento Manual de tiempos de entrega.
Distracciones, falta de experiencia, cálculos erróneos
Sobrecarga de trabajo
Turnos inadecuados
Fatiga

ACCION INSEGURA

ADMINISTRACIÓN
ERRÓNEA DEL
MEDICAMENTO

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas

Capacitación periódica sobre actualización en la administración de los medicamentos.

Físicas

Almacenamiento y manejo organizado de los medicamentos.
Lista de verificación antes de suministrar el medicamento.

Administrativas

Entrenamiento y supervisión del personal, capacitación constante, reentrenamiento, Inducción, Entrenamiento en puesto de trabajo.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas no claras para la elaboración de protocolos, lo que dificulta la ejecución de las mismas.
- Ambiente laboral.
- No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de protocolos.
- Disponibilidad de equipos y suministros



ANÁLISIS CAUSAL 3

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente

No asegurarse de la identificación del paciente y corroborar con él la existencia o no de alergias u otros antecedentes.

Tarea y tecnología

No definidos procesos de identificación de los efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes.
No aplicación de instructivos.

Individuos

El desconocimiento de la información de medicamentos, como base para la resolución de los problemas farmacoterapéuticos de los pacientes y para promover el uso racional de los medicamentos.
Personal no idóneo.

Ambiente

Riesgo relacionado con:
Personal no suficiente.
Mezcla de habilidades y tareas.
Carga de trabajo.
Clima organizacional.

ACCION INSEGURA

NO IDENTIFICAR Y DEFINIR
LOS MEDICAMENTOS CON
EFECTOS SECUNDARIOS
IMPORTANTES Y
MOLESTOS PARA LOS
PACIENTES

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas

Identificar los efectos secundarios de los medicamentos mediante un sistema de consulta inmediata.

Administrativa

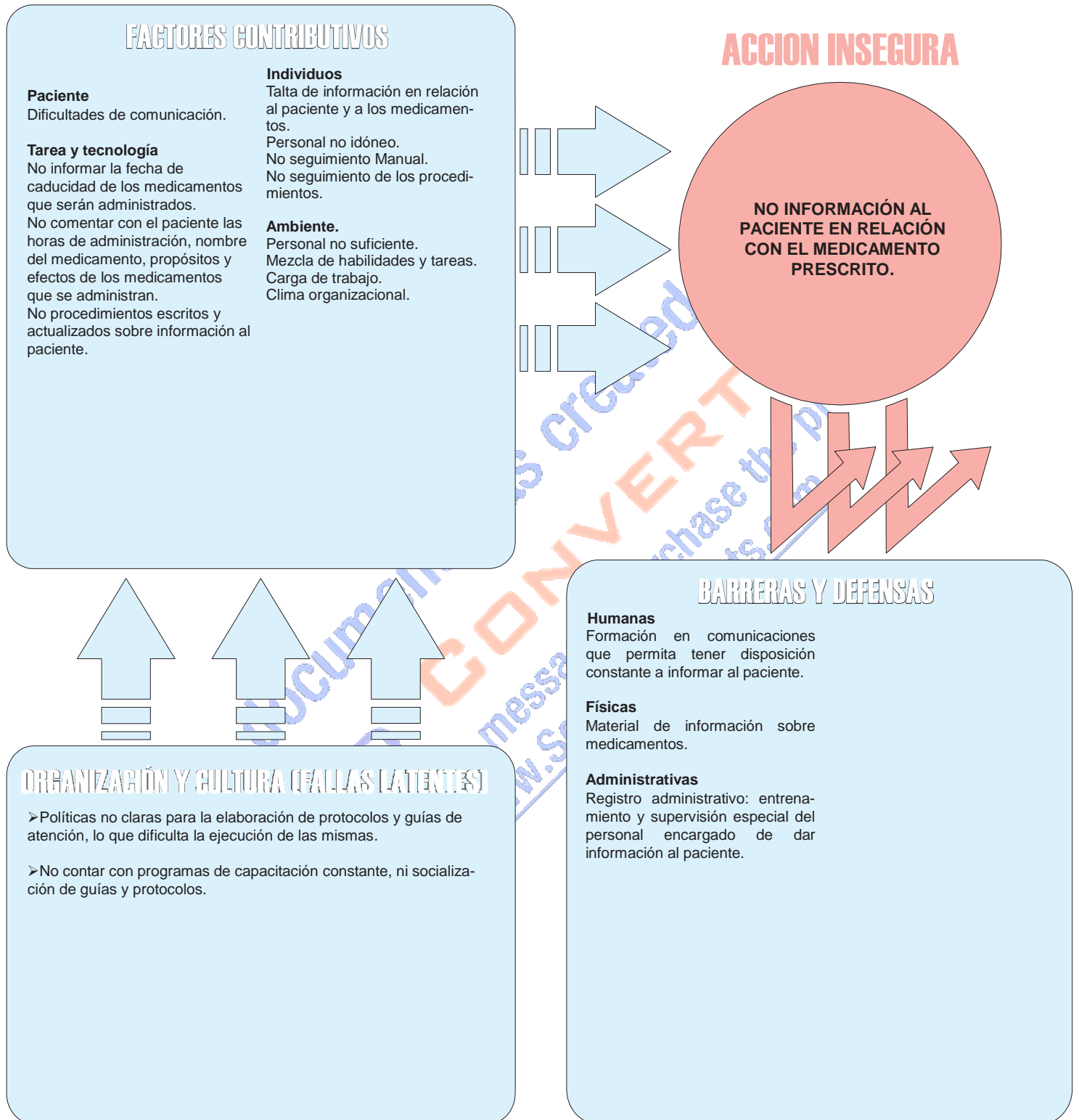
Registro administrativo: Contar Listado de medicamentos con descripción de los efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de protocolos.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión



ANÁLISIS CAUSAL 4



ANÁLISIS CAUSAL 5

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Tarea y tecnología

La no adecuada distribución de medicamentos de especial control.
Desconocimiento de los medicamentos de alto riesgo.
No se revisa la identificación de los medicamentos de alto riesgo.
No contar con procedimientos establecidos en la farmacia.

Individuos

Personal no idóneo.
Sobrecarga de trabajo.

Equipo de trabajo Supervisión defectuosa de la marcación de los medicamentos de alto riesgo.

Ambiente

Riesgo relacionado con:
Personal no suficiente en el laboratorio.
Mezcla de habilidades y tareas
Carga de trabajo.

ACCION INSEGURA

NO MARCAJE ADICIONAL DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO CLÍNICO PARA QUE SEAN FÁCILMENTE IDENTIFICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SE EXTREME EL CUIDADO EN SU USO.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas

Verificación por parte de enfermería del marcaje adicional.

Físicas

Contar con listas de chequeo el marcaje de los medicamentos en cuanto al alto riesgo.

Administrativas

Registro administrativo: entrenamiento y supervisión especial del personal encargado de estos procedimientos.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- No implementación de rondas de seguridad para seguimiento en la identificación de medicamentos.
- Inadecuado ambiente laboral.
- No contar con programas de capacitación constante.
- Educación continua, entrenamiento y supervisión.





4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Incluir en las Rondas de Seguridad, a un químico farmacéutico que vigile todas las reacciones medicamentosas; y de ser posible implementar una “Ronda de Seguridad de Medicamentos” exclusiva para evaluar y atender esta cuestión
- Establecer el sistema de dispensación, distribución y utilización de medicamentos más seguro y efectivo de acuerdo con las características del hospital.
- Organizar y realizar información de medicamentos dirigida a la solución de problemas farmacoterapéuticos.
- Llevar a cabo actividades clínicas, en colaboración con el resto del equipo asistencial, con el fin de que cada paciente reciba el tratamiento farmacológico adecuado.
- Establecer vías de comunicación farmacéutico-paciente.
- Participar en los programas de farmacocinética clínica. Participar en los programas de farmacovigilancia.
- Llevar a cabo actividades formativas de los temas revisados.
- Establecer relaciones efectivas con los órganos directivos del hospital y formar parte de las comisiones en las que sus conocimientos y experiencia sean necesarios o de utilidad. Establecer vías de comunicación con otros profesionales.
- Establecer un programa de control de calidad interno del servicio y participar en los programas de garantía de calidad asistencial al asumir la dispen-

sación de medicamentos como una responsabilidad básica de labor asistencial de forma que ésta garantice el cumplimiento de la prescripción médica y proporcione al paciente el medicamento en la forma farmacéutica, dosis y vía de administración prescrita. Asimismo asumir la importancia que tiene un buen sistema de distribución como base para la realización de las actividades clínicas que ha de desarrollar.

- Gestionar la adquisición y establecer normas para el almacenamiento y conservación de los medicamentos
- Gestionar la adquisición y establecer normas para el almacenamiento y conservación de los medicamentos con base en el inventario mínimo definido para estos productos en la farmacia establezca si se requiere tramitar la compra de uno o más de estos y la cantidad a solicitar.
- Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son: Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención, Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria e
- Diseñar e implementar prácticas más específicas basadas en los conocimientos de la ingeniería de factores humanos para mejorar la seguridad del uso de los medicamentos de alto riesgo en los hospitales. Estas medidas son aplicables a numerosos medicamentos de alto riesgo y se basan en la aplicación de los factores humanos.
- Reducir la complejidad, simplificando y estandarizando los procedimientos; incorporar barreras o restricciones que limiten u obliguen a realizar los procesos de una determinada forma; optimizar los procedimientos de información, etc. Entre ellas se pueden citar las siguientes: La mejor forma de prevenir un





error es introducir barreras que eliminen o reduzcan la posibilidad de que se produzcan. Por ejemplo, la utilización de jeringas especiales para la administración de soluciones orales de medicamentos que no se pueden conectar con los sistemas de administración intravenosos y evitan que se puedan administrar estas medicaciones por una vía equivocada.

➤ Otra manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos. Cuando todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos siguen protocolos establecidos, se crean de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema.

➤ El uso de protocolos logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.

➤ Las hojas de prescripción preimpresas ayudan en la prescripción de los medicamentos más habituales protocolizados en situaciones concretas (en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas), en procedimientos complejos (ingresos en unidades de atención crítica) y en tratamientos quimioterápicos, entre otros. Además permiten estandarizar los medicamentos y las dosis a utilizar.

➤ Los medicamentos de alto riesgo deben revisarse de manera continua para evitar errores ocasionados por nombres parecidos o apariencia similar de envase y etiquetado.

➤ Cuanto mayor sea el número de opciones disponibles de un medicamento (dosis, concentraciones y volúmenes), mayor es la posibilidad de que ocurra un error.

➤ Uno de los procesos que resulta más conveniente centralizar para minimizar los errores es la preparación de mezclas intravenosas de medica-

mentos de alto riesgo en el servicio de farmacia.

➤ Cada hospital debe identificar los procesos en los que se producen errores con más frecuencia y emplear métodos que ayuden a prevenirlos. Uno de estos métodos consiste en emplear sistemas de “doble chequeo independiente” en que una persona revisa el trabajo realizado por otra. A pesar de que todo el personal es susceptible de cometer errores, la probabilidad de que dos personas cometan el mismo error con la misma medicación y en el mismo paciente es muy baja.

➤ El uso de sistemas con códigos de barras ofrece un doble chequeo automático y es muy efectivo para prevenir errores en la dispensación y administración.

➤ Resulta muy conveniente disponer de bases de datos de medicamentos integradas en los programas de prescripción y dispensación que alerten de situaciones potencialmente peligrosas o erróneas (límites de dosificación, interacciones, etc.) a la hora de prescribir o dispensar los medicamentos.

➤ La estandarización y la simplificación en el uso de medicamentos consisten en la elaboración y seguimiento de protocolos para hacer uniformes los procesos, reduciendo de esta manera la complejidad y la variabilidad.

➤ Los hospitales deben difundir unas normas de correcta prescripción, con recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas.

➤ La prescripción electrónica asistida permite también prevenir errores, ya que evita la transcripción y proporciona información acerca del paciente, interacciones y dosificación en situaciones especiales, entre otras.

➤ El cálculo de las dosis en función del peso u otros factores, tales como la función renal, facilita la aparición de errores. Para evitarlos,





se recomienda utilizar nomogramas que simplifiquen los cálculos, los cuales pueden incluir múltiples factores para la dosificación, como peso del paciente, concentración de la disolución, velocidad de infusión, etc.

➤ La información importante sobre el paciente y el tratamiento que recibe debería ser accesible a todos los que participan en su cuidado. Ha de ser información que se actualice constantemente. Los datos incluirán peso, edad, alergias, resultados de laboratorio, diagnóstico y tratamiento del paciente.

➤ Los protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación y listas de control para la medicación de alto riesgo (citostáticos, anticoagulantes, opioides, insulina, soluciones de electrolitos con potasio, magnesio, sodio o fosfato) han de ser de fácil acceso para los médicos, farmacéuticos y enfermeros

➤ Los pacientes deben participar activamente en su cuidado. Se les ha de informar sobre los posibles errores que pueden ocurrir con los medicamentos de alto riesgo y se les ha de proporcionar medios que les ayuden a garantizar su utilización segura tras el alta, como información escrita expresada en un lenguaje fácilmente comprensible y disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en cada hospital.

➤ Cualquier prescripción que genere algún tipo de duda debería ser clasificada antes de su administración. Los medicamentos no deberían ser administrados hasta que la duda se haya aclarado.

➤ Todos los profesionales que administran medicamentos deberían tener fácil y rápido acceso a la guía fármaco terapéutica.

➤ Asegurar que los profesionales que realizan la administración de medicamentos tengan acceso a la información clínica del paciente en el lugar de atención.

➤ Se recomienda la utilización de sistemas automá-

ticos de registros e identificación de medicamentos y pacientes (códigos de barra, registro automático de medicamentos administrados, etc.)

➤ Comprobar la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por el servicio de farmacia y que ambas estén claramente escritas.

➤ Si una dosis es inusual debería generarse una alarma entre los profesionales que participan en el proceso de prescripción y plantearse la posibilidad de un potencial error. Es importante observar que las dosis habituales de los medicamentos orales son unitarias (1 o 2 tabletas, 5 o 10 mililitros de soluciones orales). Los medicamentos inyectables también son presentados en ampollas o viales correspondientes a dosis habituales.

➤ Comprobar la fecha de caducidad de los medicamentos que serán administrados

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud. Para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos se deben desarrollar protocolos e indicadores de monitorización y seguimiento, donde el personal asistencial, debe ejecutar simultáneamente acciones de prevención, educación, orientación al paciente y la familia además de ser documentadas en el registro clínico. Igualmente se debe implementar una importante estrategia de comunicación y educación al paciente, la familia y visitantes, para que contribuyan a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Como pudimos observar en el contenido del paquete, la valoración del riesgo en la utilización





de medicamentos, es el primer elemento para la monitorización como evento adverso, existen diferentes herramientas para poder valorar este riesgo, lo importante es implementar una que se adecue a las condiciones propias de cada institución.

Los indicadores más recomendados para hacer el seguimiento de todas las estrategias que se implementen en la utilización de medicamentos son:

- Oportunidad de entrega de medicamentos POS
- Porcentaje de medicamento. Prescritos del PNM y efectivamente. Dispensados
- Porcentaje de recetas dispensada totalmente

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En anexos, de los indicadores mencionados se encuentra el formato de ficha técnica para poder implementarlo en su institución



6. EXPERIENCIA EXITOSAS

Práctica N°1

GRADO DE IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Aunque se reconoce la importancia de establecer medidas para evitar los errores en la utilización de los denominados medicamentos de alto riesgo, el reto principal en este terreno, como en otros campos de la seguridad del paciente, es que los

hospitales establezcan un programa de actuación con unas directrices claras sobre el manejo de estos medicamentos y que estas directrices se trasladen a la práctica clínica, ya que evidentemente es lo que se traducirá en cambios reales en la seguridad de los pacientes. En Mayo de 2007, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en colaboración con el ISMP-España publicó el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales”. Este cuestionario puede ser utilizado a nivel local por los hospitales para evaluar de forma completa y pormenorizada la seguridad de sus sistemas de utilización de los medicamentos, contribuye a familiarizar a los profesionales sanitarios con las prácticas de mejora de la seguridad de medicamentos y les permite identificar oportunidades de mejora y establecer un programa de actuación. El cuestionario recoge varias prácticas generales relacionadas con la prevención de errores con medicamentos de alto riesgo y también algunas prácticas más específicas para determinados grupos de medicamentos (ej. citostáticos, sedantes, relajantes musculares, potasio IV, etc.). En la tabla 1 se recogen algunas de estas prácticas. A partir de dicha publicación, se ha realizado un estudio, financiado por la Agencia de Calidad y con la coordinación del ISMP-España, en el que han participado 105 hospitales, con el fin conocer la situación de los hospitales españoles en materia de seguridad de medicamentos. En la tabla 2 y en la figura 1 se muestran las puntuaciones medias obtenidas para las prácticas que hacen referencia a medicamentos de alto riesgo recogidas en la tabla 1. Cada práctica presentaba una puntuación máxima que podía oscilar entre 4 y 16 según su impacto estimado en la seguridad y otros criterios.



Tabla 1.
Algunas prácticas del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales que hacen referencia a medicamentos de alto riesgo

Puntos de evaluación	
30	Los medicamentos de alto riesgo utilizados en el centro están perfectamente definidos, identificados, y han sido comunicados a todos los profesionales sanitarios que los prescriben, dispensan y administran.
31	Los protocolos vigentes, directrices, escalas de dosificación y listas de control para la medicación de alto riesgo (p. Ej. Citostáticos, anticoagulantes, opioides, insulina, soluciones de electrolitos con potasio, magnesio, sodio o fosfato) son de fácil acceso para los médicos, farmacéuticos y enfermeras, y se utilizan cuando se prescriben, dispensan y administran estos medicamentos de alto riesgo.
32	Se han establecido dosis máximas para los medicamentos de alto riesgo, como citostáticos, electrolitos y opioides, y se han difundido e incluido en prescripciones preimpresas o alertas en los sistemas informáticos como referencia para médicos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos en farmacia.
33	El sistema informático de farmacia efectúa un control de los límites de dosis y avisa a los profesionales sanitarios acerca de las sobre dosificaciones e infra dosificaciones de todos los medicamentos de alto riesgo.
34	El personal de farmacia revisa periódicamente el sistema informático para asegurar la existencia de alertas de dosis máximas para los medicamentos de alto riesgo, e incluye alertas para aquellos medicamentos que no las tengan.
86.1	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los medicamentos de alto riesgo, tales como morfina, heparina, insulina e inotropos, utilizadas en adultos, están estandarizadas en una concentración única que se utiliza al menos en el 90 % de los casos en toda la institución.
86.2	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los medicamentos de alto riesgo, tales como morfina, heparina, insulina e inotropos, utilizadas en pediatría, están estandarizadas en una concentración única que se utiliza al menos en el 90% de los casos.
106	Las primeras dosis de los medicamentos de alto riesgo no se pueden coger de los depósitos de la unidad o de los armarios de dispensación automatizada hasta que un farmacéutico valida la prescripción del paciente para su seguridad. Excepciones: situaciones de emergencia y periodos en los que no hay presencia física del farmacéutico en el centro.
110	Los viales con concentrados de electrolitos (cloruro potásico, fosfato potásico, sulfato de magnesio y cloruro sódico superior al 0,9%) que requieren dilución antes de su administración intravenosa no están disponibles en los depósitos de medicamentos o en los armarios de dispensación automatizada de ninguna unidad asistencial (incluidos los botiquines de quirófano/anestesia).
111a	Los bloqueantes neuromusculares no están disponibles en los depósitos de la unidad o en los armarios de dispensación automatizada (excepto en el botiquín de quirófano/anestesia) o
111b	Si los bloqueantes neuromusculares están disponibles en las unidades de cuidados intensivos o en el área de urgencias se almacenan separados del resto de medicamentos del depósito de la unidad (incluyendo aquellos almacenados en armarios de dispensación automatizada) y se etiquetan con advertencias auxiliares que indican con claridad que son agentes paralizantes respiratorios y que su utilización requiere ventilación mecánica.
123	Cuando se sustituye el envase o se modifica la velocidad de administración de los medicamentos de alto riesgo y de las soluciones parenterales para pediatría o
179	Se informa a los pacientes sobre los posibles errores que ocurren con los medicamentos de alto riesgo (p. Ej. Metotrexato prescrito semanalmente para la artritis, cambio frecuente de dosis de anticoagulantes), y se les proporcionan los medios que les ayuden a garantizar su utilización segura después del alta.
180	Se encuentra disponible información escrita para los pacientes a los que se les han prescrito medicamentos de alto riesgo al alta hospitalaria. Esta información, expresada en un lenguaje fácilmente comprensible, está disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en el hospital.
223	Los medicamentos de alto riesgo que el hospital ha establecido que se pueden obtener de los botiquines de la unidad o de los armarios de dispensación automática, se chequean doblemente de forma independiente por otro profesional sanitario y se confirman antes de su administración.



Tabla 2.

Puntuación obtenida en el estudio de evaluación de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (n= 105 hospitales).

Puntos de Evaluación	Media	Puntuación	Valor máximo posible
30	1,59	1,29	4
31	3,62	2,22	8
32	1,30	1,06	4
33	2,51	2,29	8
34	2,27	2,43	8
86.1	0,88	0,73	2
86.2	1,00	0,81	2
106	1,49	3,12	12
110	2,17	4,15	16
111	1,03	1,76	4
123	1,54	3,20	12
179	4,25	2,51	8
180	1,18	1,22	4
223	0,28	0,66	4

Los resultados obtenidos indican que el grado de implantación de las prácticas más conocidas referentes a la prevención de errores de medicación con los medicamentos de alto riesgo en los hospitales españoles es muy bajo en la actualidad. Estos resultados corroboran la afirmación de que: “Las prácticas para reducir los errores de medicación están en gran medida bien definidas; el reto es lograr que estas prácticas sean implantadas eficazmente” (Timothy S. Lesar, 2005).

Con el fin de facilitar el traslado de estas prácticas a la realidad asistencial sería conveniente elaborar una estrategia a nivel nacional dirigida a la sensibilización y formación sobre este tema, así como al establecimiento de directrices escalonadas de actuación centradas en grupos concretos de medicamentos de alto riesgo.

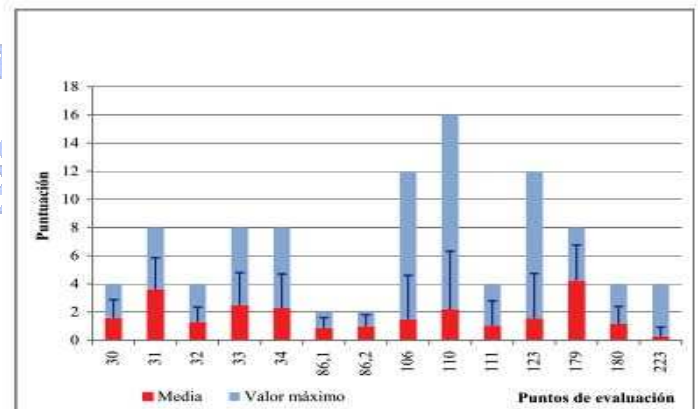


Figura 1. Representación gráfica de los resultados de la tabla 2 obtenidos para los puntos de evaluación que hacen referencia a prácticas de prevención de errores con medicamentos de alto riesgo.





PRACTICA 2.

Lugar: IPS Universitaria, Universidad de Antioquia

Antecedentes:

Audifarma y COHAN, manejan por delegación la entrega de medicamentos, de ahí la IPS plantea la necesidad de trabajar conjuntamente con esas dos empresas, para desarrollar investigaciones fundamentadas en la seguridad del paciente, a través de la implementación de un programa de uso adecuado de medicamentos, en septiembre de 2007.

Objetivos:

Implementar un esquema de gestión del riesgo de los problemas de seguridad y uso adecuado de medicamentos

PRACTICA.

Se investigan las reacciones de cada medicamento, y fundamentados en esa investigación, se plantean estrategias para reducir cada uno de los eventos que produce el medicamento; luego se forma al asistencial con las posibles complicaciones que cada uno de los medicamentos puede generar y se le instruye en las barreras administrativas (protocolo) y humanas (prácticas)

En la actualidad ya se cuentan con los resultados de estudios de farmacovigilancia de los siguientes medicamentos: Dipirona, Insulina, Amlodipina, Metoprolol, Metoclopramida, Tramal, Warfarina,

En la implementación del esquema de gestión se desarrollan varias metodologías: Pasiva (reporte del evento adverso.), Activa (Ronda de seguridad de Farmacovigilancia para identificar riesgos) y Seguimiento farmacoterapéutico

Para la identificación del riesgo, la institución cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por una médica toxicóloga, 3 químicas y 2 regentes de farmacia; para el análisis del riesgo se utiliza el algoritmo de la OMS.

INTERVENCIÓN MÉDICA DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS. Después de identificado por el equipo, se habla con médico tratante para desarrollar recomendaciones en tratamiento, dosis, ajuste de dosis e interacciones

Adelante se presenta el flujo grama de procedimientos en caso tal que aparezca una complicación asociada al uso de medicamentos



ENTREGA MEDICAMENTOS.

Recomendaciones de almacenamiento distante, en apariencia y sonido semejantes, mas sin control directo ya que se dispensa todavía por delegación de procesos, es decir la única manera de controlarlo es a través de barreras administrativas (aplicación de los 11 correctos, dentro del proceso hospitalario).

ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS.

Folleto para cada patología que se entregan a los usuarios; los estudiantes apoyan todas las estrategias educativas a los usuarios, explicándoles por rondas los contenidos de los folletos en un lenguaje claro y entendible, verificando la .





comprensión y resolviendo las dudas
Boletín de farmacovigilancia para el personal asistencial; en él se publican los resultados de las investigaciones por medicamentos, y se recogen recomendaciones nacionales e internacionales sobre alarmas de medicamentos e interacciones entre ellos, y conceptos sobre el tema.

PRACTICA 3

Lugar: HOSPITAL DEL SUR, ITAGUÍ

Antecedentes:

Allí donde las poblaciones con altamente marginadas, la prevalencia de las enfermedades crónicas y la oferta de los medicamentos se amplía, la farmacoterapia se convierte en la forma de intervención médica más frecuente utilizada en la práctica profesional.

Una farmacoterapia apropiada permite obtener una atención en salud segura y económica, en tanto que el uso inadecuado de fármacos tiene importantes consecuencias, tanto para sus pacientes como para la sociedad en general. Es necesario asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos en el Hospital.

Es por eso que el ESE Hospital del Sur ha desarrollado el programa de intervención farmacéutica donde se le da una participación activa al farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva a la intervención del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevenga las enfermedades.

Objetivos:

- ✓ Promover y propiciar estilos de vida saludables y el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos
- ✓ Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos, así como los problemas relacionados con su uso
- ✓ Suministrar medicamentos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado
- ✓ Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes que la requieran, realizando las intervenciones necesarias para el cumplimiento de la farmacoterapia dispuesta por el facultativo

PRACTICA:

El programa de intervención farmacéutica comprende:

- ✓ Actividades clínicas, por estar orientadas al paciente en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí, como educación sanitaria, Farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado, dispensación informada, prevención de la enfermedad y todas aquellas otras que se relacionan con el uso de medicamentos.

- ✓ Actividades orientadas al medicamento: selección, adquisición, recepción, cuidado y almacenamiento

Para la implementación y desarrollo del programa se cuentan con (2) químicas farmacéuticas, pero lo interesante es que no se quedan en la farmacia, sino que tienen un perfil asistencial, puesto que prestan apoyo a las diferentes áreas asistenciales.

Se desarrollan perfiles farmacológicos en tres grupos específicos: Hospitalización (conjunto con el médico en las rondas de detección de necesidades), pacientes hipertensos y tuberculosos; para ello el médico del programa remite al paciente para una cita con la química.





Se elaboraron de guías de atención, protocolos, en lo referentes a tratamiento con medicamentos; ahí aparecen medicamentos y dosis, posteriormente se socializaron las guías de manejo con todos los médicos, sobre todo los de los medicamentos. Se realizó una guía fármaco terapéutica (una especie de vademecum para los servicios que presta, es importante destacar que es una ESE de I nivel).

Estrategias de comunicación

Se informa a los médicos por medios internos de divulgación, intranet, boletín interno "Infosur", pop ups, carteleras; aspectos generales y puntuales de uno o varios medicamentos, además se crea el "Boletín de Farmacovigilancia" en donde se le hace seguimiento a los eventos adversos por medicamentos dentro de la institución.

Existe una línea de atención; en todas las bolsas de medicamentos aparece el teléfono, en ella se le dice al paciente que llame en caso de algún signo de alarma, o en caso de tener dudas acerca de cómo usarlo.

En el proceso de dispensación:

Se crea institucionalmente el concepto de **Dispensación informada**: tanto el médico como quien dispensa el medicamento le hacen una breve explicación al paciente de lo que va a ser el tratamiento, efectos colaterales y reacciones medicamentosas; y como tiene que utilizarlo.

Quien revisa la fórmula mira la pertinencia de la fórmula, en caso de no ser así, antes de entregar la fórmula se contacta vía mail (chat) o personal con el médico.

En la farmacia se hizo un inventario de medicamentos parecidos, se les aparta y se marcan con colores que identifican que son medicamentos parecidos (rosados).

Se capacita a farmacia para que: organiza en recipiente los medicamentos y la fórmula la utiliza

como chek list

Con los medicamentos se hace una señalización para identificar cuando se vencen, los que se vencen en el año vigente se marcan rojos, los del próximo año amarillos.

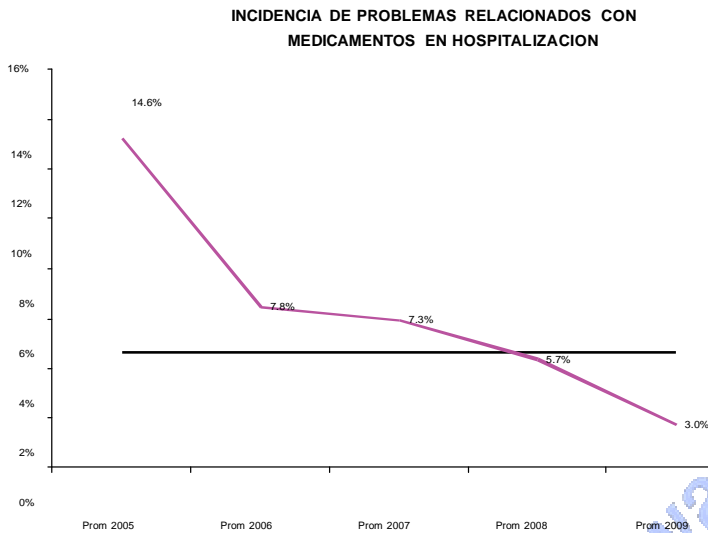
Implementación de los 10 correctos, a la hora de dar medicamentos:





Resultados:

La implementación de este programa ha dado unos resultados contundentes, como se puede apreciar en la siguiente grafica:



6. GLOSARIO DE TERMINOS

➤ **Almacén.** Establecimiento o sección dedicada a la conservación ordenada y protegida de productos farmacéuticos y materiales relacionados, en espera de ser distribuidos.

➤ **Condiciones esenciales.** Es el conjunto de recursos indispensables con que debe contar el servicio farmacéutico en el cumplimiento de sus actividades y/o procesos, de los que hay evidencia de que su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la salud y la vida de los pacientes, no pudiendo ser sustituibles por otro requisito.

➤ **Contaminación cruzada.** Contaminación que se presenta cuando dos o más sustancias se mezclan en un producto sin que alguna(s) de ella(s) formen parte de la formulación y/o prescripción médica.

➤ **Contaminación microbiológica.** Contaminación que se presenta cuando se encuentran microorganismos (bacterias u hongos) en un medicamento por encima de los niveles permisibles. La fuente de la contaminación puede provenir de materias primas, material de empaque o envase, personal de producción, área de producción, utensilios y ambiente.

➤ **Cuarentena.** Situación de las materias primas, de los productos intermedios a granel y terminados, y de los materiales de acondicionamiento que se encuentran aislados físicamente, o de otra forma efectiva, mientras se toma la decisión de su aprobación o rechazo.

➤ **Denominación Común Internacional (DCI).** Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

➤ **Estabilidad.** Aptitud de un principio activo o de un medicamento, de mantener en el tiempo sus propiedades originales dentro de las especificaciones establecidas, en relación a su identidad, concentración o potencia, calidad, pureza y apariencia física.

➤ **Establecimiento farmacéutico.** Es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por Ley para su comercialización en dicho establecimiento.

➤ **Fármaco.** Es el principio activo de un producto farmacéutico.

➤ **Farmacocinética clínica.** Es la disciplina que aplica los principios fármaco-cinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fárma-





cos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.

➤ **Farmacoeconomía.** Es el conjunto de procedimientos o técnicas de análisis dirigidas a evaluar el impacto de las distintas operaciones e intervenciones económicas sobre el bienestar de la sociedad, con énfasis no sólo sobre los costos sino también sobre los beneficios sociales; siendo su objetivo principal contribuir a la elección de la mejor opción posible y por tanto, a la optimización de los recursos.

➤ **Farmacoepidemiología.** Es el estudio del uso y efecto de los medicamentos en un número elevado de personas, empleando los conocimientos, métodos y razonamientos de la epidemiología, teniendo como componentes los estudios de uso de medicamentos y la farmacovigilancia.

➤ **Farmacovigilancia.** Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

➤ **Forma farmacéutica.** La disposición individualizada a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento. Es la presentación final de un producto, definida de acuerdo a su forma farmacéutica y grado de esterilidad.

➤ **Interacciones.** Influencia de un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento.

➤ **Lote.** Cantidad definida y homogénea de una materia prima, material de acondicionamiento o de un producto que posee las especificaciones de calidad, elaborado en un proceso o serie de procesos determinados, realizado(s) bajo condición(es) constante(s).

➤ **Materia prima.** Sustancia activa o inactiva que se emplea en la elaboración de productos farma-

céuticos, que puede permanecer inalterada, sufrir transformaciones o ser eliminada en el proceso. Se excluyen los materiales de empaque y envase.

➤ **Medicamento.** Es aquél preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

➤ **Perfil fármaco terapéutico.** Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución, realizada en el servicio farmacéutico, con el objeto de hacer el seguimiento farmacológico que garantice el uso seguro y eficaz de los medicamentos y detecte los problemas que surjan en la farmacoterapia o el incumplimiento de la misma.

➤ **Prescripción, fórmula u orden médica.** Orden escrita emitida por el médico para que una cantidad de uno o varios medicamentos especificados en ella sea dispensada a persona determinada

➤ **Problemas relacionados con medicamentos (PRM).** Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente. Los PRM se clasifican en: a) Relacionados con la necesidad: PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita; PRM 2. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita; b) Relacionados con la efectividad: PRM 3. El paciente sufre un problema de salud consecuen-





cia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación; PRM 4. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación; y, c) Relacionados con la seguridad: PRM 5. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento y PRM 6. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

➤ **Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM).** Corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados a errores de medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador), incluyendo los fallos en el Sistema de Suministro de Medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos que garanticen la existencia de medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para su uso correcto. Estos problemas se pueden clasificar de la manera siguiente: relativos a la disponibilidad, relativos a la calidad, relativos a la prescripción, relativos a la dispensación, relativos a la administración y relativos al uso.

➤ **Procedimiento.** Conjunto acciones que deben realizarse, precauciones que han de tomarse y medidas que deberán aplicarse, para la elaboración de un producto.

➤ **Reempaque en dosis unitaria.** Es el procedimiento técnico que tiene por objeto pasar de un empaque mayor a otro menor debidamente identificado en su etiqueta, que contiene la dosis unitaria de un medicamento prescrito por un facultativo, para ser administrado a un paciente ambulatorio (en el caso de atención domiciliaria) u hospitalizado.

➤ **Seguridad.** Es la característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos no deseables. La seguridad de un medicamento es una característica relativa.

➤ **Trazabilidad.** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o localización de todo aquello que está en consideración en un medicamento, especialmente lo relacionado con el origen de los materiales, el proceso de elaboración y la localización del producto después de salir del sitio de elaboración.

➤ **Uso adecuado de medicamentos.** Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Alvarez Luna F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. Segim Farmacoter 2004;2(3):129-136.
- ✓ Rodríguez Betancourt L, García Vigil, Giral Barnés C, Hernández Santillán D, Jasso Gutiérrez L. Farmocovigilancia III. La experiencia Internacional. Rev Med IMSS 2005;43(2):131-140.
- ✓ ARNAU JM, VALLANO A. Estudios de Utilización de Medicamentos. Medicamentos y Salud. 2000; 2: 72-77.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso de medicamentos: componentes centrales. Ginebra. 2002.





- ✓ Ribas Salas J. Codina Jan C. Planificación y organización de un servicio de farmacia de hospital. En: Sociedad de Farmacéuticos Hospitalarios de España., Farmacia hospitalaria. 2a ed. España; 1992.
- ✓ Bermejo M. Adquisición de Medicamentos. En: Curso farmacia hospitalaria. Hospital Santa Cruz y San Pablo. España; 1986.
- ✓ Domínguez Gil A, Bonal J. Farmacia hospitalaria. 21 Edición, Sociedad Española de Farmacéuticos Españoles. España; 1992.
- ✓ Moreno C. y Quadros C.. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas. En: Volumen II Serie HSP-UNI/Manuales operativos PALTEX. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W. K. Kellogg. Washington, D.C., 1996.
- ✓ González R. 2003. BASES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, página 20, 21.
- ✓ Ministerio de Salud. Dirección de Registros y Controles. INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE LAS FARMACIAS QUE MANEJAN ESTUPEFACIENTES. San José, Costa Rica. Material mimeografiado, páginas 1-6.

CIBERGRAFÍA

Bases científicas: Medline, Lilacs

- <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentNo2570.pdf>
GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
- <http://www.sumimedical.com/GuiasClinicas/EventosAdversosMedicamentosos.ppt#497,6,Diapositiva6>
AUDITORIA DE MEDICAMENTOS SUSALUD

- <http://www.medinformatica.com/OBSERVAMED/ProyectoManualServFarma.doc>
DOCUMENTO DE TRABAJO MANUAL DE CONDICIONES ESENCIALES Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO.
- http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/alertaseguridad.aspx?alerta_id=2
ADMINISTRACIÓN SEGURA MEDICAMENTOS
- <http://www.boletinfarmacos.org/download/apr07.pdf>
BOLETÍN ELECTRÓNICO LATINOAMERICANO PARA FOMENTAR EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS
- http://www.invima.gov.co/Invima/farmacovigilancia/docs_boletines/BOLETIN%2012.pdf
BOLETIN DE FARMACOVIGILANCIA
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf074b.pdf>
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD EN VILLA GOBERNADOR GÁLVEZ, SANTA FE (ARGENTINA)
- <http://www.ismpe-espana.org/ficheros/Fichero03.pdf>
ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS
- http://transcripciones.files.wordpress.com/2008/09/n_c_2_b_a_-_0_7_-_protocolo-estupefacientes-y-medicamentos-controlados2.doc
ESTUPEFACIENTES Y MEDICAMENTOS CONTROLADOS
- <http://msalud.larioja.gov.ar/docs/legislacion/TRANSPORTE%20DE%20MEDICAMENTOS%20DISP%207439.doc>
DISPOSICION 7439/99 TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNO-





Ministerio de la Protección Social
Republica de Colombia

Libertad y Orden

LOGÍA MÉDICA ESPECIALIDADES MEDICINA- LES

-<http://www.icf.uab.es/pem/docs/cap2.pdf>

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS, FÁRMACOS
ESENCIALES Y POLÍTICAS DE SALUD EN
PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARRO-
LLADOS

- <http://farmacotecnia.blogspot.com/2007/07/farmacia-hospitalaria-la-farmacia.html>

GUÍA CLÍNICA EFECTOS ADVERSOS MEDICA-
MENTOS

-<http://www.diresajunin.gob.pe/demid/MANUALBPAP.pdf>

MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACE-
NAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
Y AFINES

- <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero14.pdf>

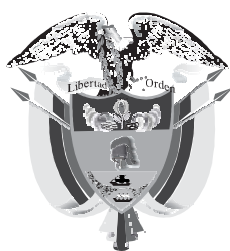
SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS Importancia
del proceso de selección de medicamentos en la
prevención de los errores de medicación.

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com



"MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS"

MARCO TEÓRICO



Libertad y Orden

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

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



“MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS”



La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de las buenas prácticas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos durante la estancia hospitalaria; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas (ver anexo de los paquetes instruccionales “Modelo Pedagógico”)

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

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





1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica:

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Competencias Institucionales:

- ✓ Aplicar a su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- ✓ Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- ✓ Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Conceptualizar sobre la seguridad en la utilización de medicamentos.
- ✓ Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario en la utilización de medicamentos.
- ✓ Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan errores en la utilización de medicamentos
- ✓ Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- ✓ Proponer barreras de seguridad y planes de acción para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- ✓ Seguridad en la utilización de medicamentos.
- ✓ Acciones inseguras que contribuyen a los errores en la utilización de medicamentos

- ✓ Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias que favorecen los errores en la utilización de medicamentos
- ✓ Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos para que se presenten errores en la utilización de medicamentos
- ✓ Planes de acción y barreras de seguridad para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

De Procesos

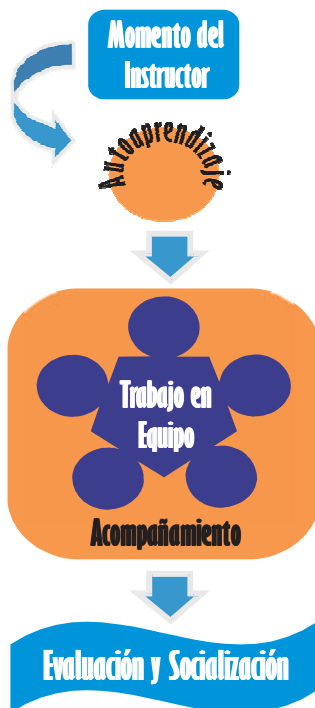
- ✓ Análisis causal según el Protocolo de Londres
- ✓ Guías de atención con medicaciones adecuadas.
- ✓ Protocolos de uso de medicamentos especiales
- ✓ Listas de chequeo para la utilización de medicamentos y su administración

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

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

Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.





MOMENTO DEL INSTRUCTOR

Este momento se desarrollara en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor. El instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, entregando material de lectura (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía. Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal. Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de

manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

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

- ✓ Identificar la experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- ✓ Generar un diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- ✓ Problematizar y explorar necesidades y expectativas.
- ✓ Precisar los objetivos de aprendizaje.

Adquisición:

En esta fase el instructor procura que el participante a la formación codifique la información que se pone a su disposición, que reciba la información, que la clasifique y la organice, según su nivel desarrollo y comprensión. Es el momento en que el instructor valiéndose de la presentación del paquete mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello como instructor:

- ✓ Explique los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- ÿ Haga un planteamiento interdisciplinario, utilizando diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- ✓ Traduzca la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- ✓ Apóyese en la experiencia previa del alumno
- ✓ ejemplifique la, basado en su realidad.
- ✓ Prefiera la pregunta problematizadora a la afirmación categórica





Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que los alumnos se apropian de los conocimientos impartidos, en este caso particular:

- ✓ Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos y explica el desarrollo de este documento.
- ✓ Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; los diversos roles que puede manejar (ver anexo de los paquetes instruccionales “Modelo Pedagógico”)



TRABAJO EN EQUIPO

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para nuestra propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo toma, estamos hablando del 50% del tiempo total, en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica más pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, recomendamos desarrollar “diagramas de flujo”

Este momento lo desarrollara el instructor de la siguiente manera:

Organización:

- ✓ Explica mediante un ejemplo el significado y la construcción de un diagrama de flujo. Un diagrama

de flujo es una forma de representar gráficamente los detalles de un proceso multifactorial o de secuencias rutinarias, en este caso, la UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

- ✓ Organiza a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

- ✓ El grupo grande se divide en subgrupos para tratar uno o varios temas relacionados con los procesos de evaluación de la información encontrada en estudios o indagaciones acerca de UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LA INSTITUCIÓN RESPECTIVA. Remita a los subgrupos a la elaboración de diagramas de flujos sobre los procesos para UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS con las respectivas instrucciones que les permita alcanzar el propósito de formación, en este caso relacionados con los procesos UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

- ✓ Se les pide definir las ideas principales a ser incluidas en el diagrama, Identificar quién lo empleará y cómo, determinando el nivel de detalle requerido. De igual manera se establece el alcance del proceso a tratar, identificando y listando las principales actividades/subprocesos que están incluidos en el proceso a describir y su orden cronológico. Atienda las inquietudes que se presenten para el adecuado desarrollo del ejercicio.

- ✓ Cada equipo conformado asigna un secretario relator de las conclusiones grupales provenientes de los diagramas de flujos producidos en cada subgrupo. Designe el tiempo que tienen los equipos para el desarrollo de la temática, utilizando esta técnica.

Aunque proponemos los diagramas de flujo para abordar el paquete, esto no impide que el instructor utilice otra técnica; por ello anexamos al paquete un resumen que ilustra las técnicas didácticas más utilizadas





Acompañamiento

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

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

Evaluación y Socialización

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

- ✓Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicitación de las conclusiones grupales.
- ✓Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- ✓Invita a los alumnos a desarrollar la auto evaluación que se presente en la “Guía del Alumno”
- ✓Cierre de la sesión, donde participan los líderes entregados

Agenda Propuesta “mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.”

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

Ambientes de Aprendizaje

- ✓Aula Taller
 - ✓Centros de información y documentación
 - ✓Entorno laboral
 - ✓Tecnologías de la información y la comunicación :
Software educación virtual AVE e Internet
- Medios y Recursos Didácticos
- ✓Marco teórico “mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos”
 - ✓Guía del Alumno “mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.”
 - ✓Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes en la utilización de medicamentos.
 - ✓Diapositivas del paquete “mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción con su bibliografía y cibergrafía correspondiente.





5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

✓Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de la seguridad en la utilización de medicamentos, de acuerdo a la normatividad vigente y a las experiencias internacionales.

✓Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la seguridad en la utilización de medicamentos.

✓Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen vigentes

✓Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje.

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com





Libertad y Orden

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

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com

GUÍA DEL ALUMNO



“MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS”



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

Finalmente, es vital comprender que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas. Una atención segura en salud solo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general esta instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, practicas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

This document was created using SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, please visit www.SolidConverter.com





1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

Competencia Específica a desarrollar:

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre la seguridad en la utilización de medicamentos
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario sobre utilización de medicamentos.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan errores en la utilización de medicamentos.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre la seguridad en la utilización

de medicamentos, para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, a la Seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno:

Estimado Alumno:

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19.4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte.

En este contexto, se han descrito que de los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40% estaban relacionados con la administración de medicamentos.

Además del impacto descrito, la administración segura de medicamentos resulta de especial importancia en el proceso de medicación por constituir la última fase y por tanto cualquier error producido en esta etapa es mucho más fácil de detectar.





Estimado Alumno:

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



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

Durante el desarrollo de la Guía, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible con funcionarios del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para identificar la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres. Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga

sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

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

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales se contribuirá el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de utilización de medicamentos y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida
- Participación en la sesión de formación
- Observación y análisis de las diapositivas en la clase
- Revisar la bibliografía específica (paquete instruccional de Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente)
- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuáles son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática





➤ Participar activamente en el método de los cuatro pasos.

Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras en la utilización de medicamentos:

- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Participar activamente en el método de los cuatro pasos.

Recomendaciones y actividades preventivas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:

- Proponer barreras de defensa, para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Mediante la revisión de prácticas exitosas, identifique variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” prácticas de atención en salud
- Proponer modelos de monitorización para realizar seguimiento a la seguridad en la utilización de medicamentos

Actividades de Aprendizaje

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

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- ÿ Indague y profundice sobre el tema, revisando la bibliografía y cibergrafía específica del tema (ver Marco Teórico)
- Como resultado de esta investigación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus

propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.

- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que mejoren la seguridad en la utilización de medicamentos.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos”, a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica, sobre la seguridad en la utilización de medicamentos, antecedentes y concepto.
- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que provocan errores en la utilización de medicamentos.
- Señala los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras
- Propone barreras de entrada, basados en buenas prácticas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Aplica correctamente, en el tema, el análisis causal del Protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de la seguridad en la utilización de medicamentos
- Acciones inseguras relacionadas con la segu-





riedad en la utilización de medicamentos Factores Contributivos asociados a las acciones inseguras

- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Indicadores y formas de monitorizar la seguridad en la utilización de medicamentos.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del método de los cuatro pasos.

Dentro de la institución se mejorará la seguridad en la utilización de medicamentos.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación :

Software educación virtual AVE e Internet.

Los recursos necesarios para instruirse (Marco Teórico, Presentación en PPT, Estudio de Caso, Bibliografía de Profundización -marco teorico-, y la presente Guía del Alumno) ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



VERSIÓN:
1.0

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN:
Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia