

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos					
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad					
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)		Evidencia del compromiso profesional independiente con la seguridad del paciente con el diligenciamiento y firma del formato de compromiso con la seguridad del paciente, que hace parte de la presente lista de chequeo. FORMATO 1			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad		No aplica			
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)		No aplica			
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional					
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)		Evidencia del conocimiento básico en seguridad del paciente por el profesional independiente, mediante el diligenciamiento de la encuesta que hace parte de la presente lista de chequeo. FORMATO 2			
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos					

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención en el formato que hace parte de la presente resolución. FORMATO 3			
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad		Evidencia de análisis de causa a las fallas para los eventos adversos o incidentes priorizados que se presenten por el profesional independiente, documentando la columna respectiva del formato que hace parte de la presente lista de chequeo. FORMATO 4			
d. Procesos Seguros					
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados		N.A.			
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		N.A.			
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		N.A.			
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.		Aplica para los servicios que ofrece			
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.		Aplica para los servicios que ofrece			
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente					
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia		No aplica			

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen		Debe medir los indicadores que le aplican			
3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el FORMATO 4 que hace parte de la presente lista de chequeo			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado		Aplica			
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos como por ejemplo Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos		Aplica			
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.		No aplica			
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado		No aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado		Aplica			

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica		No aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora en UCI, si aplica.		No aplica			
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica		No aplica			
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica		No aplica			
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.		No aplica			
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el FORMATO 4 que hace parte de la presente lista de chequeo			
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias		No aplica			
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia		No aplica			
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización		Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado			

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los deferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado			
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica			
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	No aplica			
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	Aplica			
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Si se presentó un evento relacionado, el profesional realiza el análisis de causa del evento adverso y formula acciones de mejoramiento documentando el FORMATO 4 que hace parte de la presente lista de chequeo			
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación	Aplica			

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	No aplica				
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica				
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	No aplica				
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica				
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios atendidos y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	No aplica				
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica				

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica				
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	No aplica				
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene	No aplica				
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BIONOMIO MADRE HIJO					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica				
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	No aplica				
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	Aplica para lo relacionado con el control prenatal ambulatorio				
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica				
10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	No aplica				



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ACTUALIZACIÓN AGOSTO DE 2016

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	ITEMS A VERIFICAR	PROFESIONALES INDEPENDIENTES (*)	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.	No aplica				
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión . Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora . Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	No aplica				
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica				

- **Entidades con objeto social diferente:** Aplica lo relacionado con profesionales independientes si la entidad sólo oferta la atención a través de un consultorio. Si oferta varios servicios de salud y/o cuenta con un delegado responsable de la coordinación de los de servicios salud que habilita, aplicará lo relacionado con la lista de chequeo para IPS.
- **Servicio de Transporte Especial de Pacientes:** Si el servicio de transporte especial de pacientes pertenece a una IPS, la IPS aplica la lista de chequeo para IPS garantizando que los requisitos de seguridad del paciente se apliquen también en el servicio de transporte de pacientes que oferte. Si el servicio de transporte especial de pacientes se presenta como una clase de prestador, aplicará todo lo de la lista de chequeo para IPS, y las guías clínicas y/o procedimientos se adecuarán a los procedimientos que se oferten.

PROTOCOLO DE LONDRES

DIANA CAROLINA GUERRERO BAHAMÓN
INGENIERO BIOMÉDICO



¿Que es el protocolo de Londres?

Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. El protocolo constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Esta metodología aplica tanto al sector salud como el industrial.



Ventajas del protocolo

- Cuenta con ítem que es realizar entrevistas y disminuye el miedo a represarías.
- Revela una serie de acontecimientos que condujeron al resultado adverso.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados han sido diseñados para promover un clima de mayor apertura y para dejar de asignar culpas.



Identificación de incidentes / eventos



Identificación y decisión de investigar

- Haberlo identificado
- Ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento.
- Decidir si inicia o no el proceso de investigar La gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.



Selección del equipo investigador.

Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.

Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos. o Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

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

Obtención y organización de información.

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

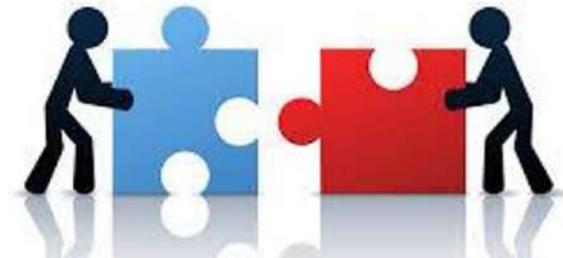


Precise la cronología del incidente.

Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.



Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.



Identifique las acciones inseguras.

Es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente, que participó es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió.

Conductas específicas por acción o por omisión.

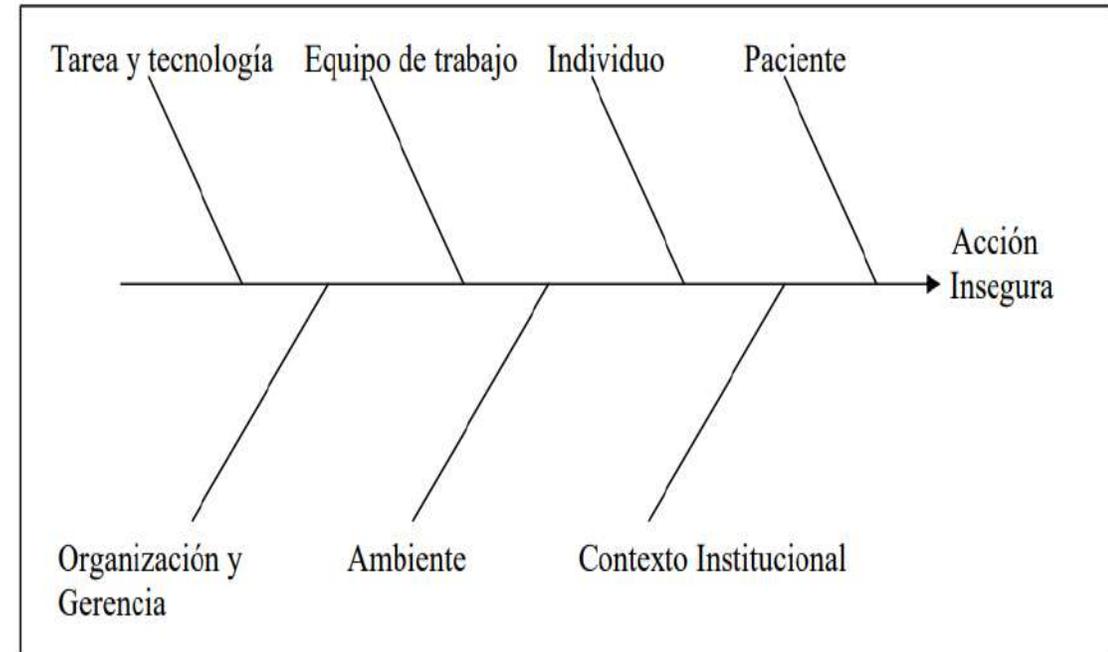
1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.



Identifique los factores contributivos.

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

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).



ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS



Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Recomendaciones y plan de acción.

El plan de acción debe incluir la siguiente información:

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

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

Bibliografía

Ministerio de Salud y Protección Social

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf



“Errar es humano. Ocultar los errores a los pacientes es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”

Sir Liam Donaldson