

DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LA APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE
BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CATALINA HINCAPIE MORENO
LAURA ESTHER WILCHES LOPEZ

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2016

DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LA APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE
BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CATALINA HINCAPIE MORENO
LAURA ESTHER WILCHES LOPEZ

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en gerencia de sistemas de salud

ASESOR
MARTHA NELLY TRUJILLO SERNA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2016

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Pereira, 13 de Julio de 2016

Dedicamos este trabajo a Dios,
Familia y a todos aquellos que lo
hicieron posible.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por la oportunidad de seguir capacitándonos y avanzando en el ámbito profesional, a la universidad por abrirnos las puertas y agradecemos a cada docente que impartió sus conocimientos y nos ayudaron para que este trabajo hoy sea una realidad.

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	29
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
2.1	ANTECEDENTES DE LA IDEA	30
2.2	SITUACION PROBLEMA	30
2.3	POSIBLES CAUSAS IDENTIFICADAS	31
2.4	PROBLEMA DE INVESTIGACION	31
2.5	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
3	JUSTIFICACIÓN	32
4	OBJETIVOS	33
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	33
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
5	MARCO DE REFERENCIA	34
5.1	MARCO TEORICO	34
5.1.1	LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA	34
5.2	MARCO CONCEPTUAL.....	35
5.3	MARCO GEOGRAFICO	36
5.4	MARCO LEGAL.....	37
5.5	MARCO BIOETICO	37
5.6	MARCO AMBIENTAL.....	38
6	METODOLOGÍA.....	39
6.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
6.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
7	POBLACIÓN.....	41
8	MUESTRA	42
9	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	43
10	VARIABLES	44
11	RECOLECCION Y TABULACIÓN DE DATOS.....	45
12	PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	46
12.1	BUSQUEDA DE ARTICULOS PARA EL DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO.....	46
12.2	RESIVION BIBLIOGRAFIA DE METODOLOGIA PARA EL DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO.....	47

12.3	DEFINICION DE METODOLOGIA PARA EL DISEÑO DE LISTA DE CHEQUEO.....	53
12.3.1	ETAPA CUALITATIVA.....	53
12.3.2	ETAPA CUANTIVATIVA.....	53
12.4	DISEÑO DE LA ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO PARA LAS LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	54
12.5	REVISION DE ACTUALES GUIAS DE BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	58
12.6	DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LAS GUIAS DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	59
13	CONCLUSIONES.....	60
14	RECOMENDACIONES.....	61
15	BIBLIOGRAFÍA.....	62
16	ANEXOS.....	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Revisión Bibliográfica.....	47
--------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1: Diseño lista de chequeo.....	55
Ilustración 2: Inicio	57
Ilustración 3: Ficha técnica indicador	58

GLOSARIO

ABUSO DE SUSTANCIAS (drogas, alcohol, sustancias químicas o sustancias psicoactivas): Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”.

ACCESO VASCULAR: catéter colocado directamente dentro del sistema venoso para la fórmula de nutrición parenteral.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DEL 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 análisis de ruta causal.

AGRESIVIDAD: hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos. Podemos decir que la agresión es un comportamiento fisiológico normal que utiliza un organismo para sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, en los trastornos mentales, puede ser el resultado de un estado de agitación mantenido que no se ha resuelto, la reacción emocional inadecuada ante una frustración o una reacción defensiva ante afrentas o amenazas reales o imaginarias.

ALIMENTACIÓN TRANSICIONAL: progresión de un modo de alimentación a otro mientras continuamente se administran los nutrientes requeridos.

AMEF: Análisis de modo y efecto de falla.

ANÁLISIS Y GESTIÓN: son todos aquellos pasos utilizados, denominados en conjunto metodología, para llegar al análisis de la causa de raíz del por qué ocurrió el evento adverso.

APOYO SOCIAL: el apoyo social se materializa en el trabajo en las redes de apoyo social. Las redes sociales conforman el principal sistema de apoyo natural que tiene una persona. El apoyo social en el trabajo aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás.

APOYO VITAL: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida.

APRENDIZAJE: Es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. Este proceso puede ser analizado desde distintas perspectivas, por lo que existen distintas teorías del aprendizaje.

APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS, ABP: Estrategia que favorece el pensamiento crítico y las habilidades de solución de problemas, junto con el aprendizaje de contenidos, a través del uso de situaciones o problemas del mundo real.

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO: Es el aprendizaje que parte de las ideas y pre saberes de las personas de lo que ya saben. Se caracteriza por favorecer la construcción activa, al partir de las estructuras mentales de éstos. Es un aprendizaje que perdura en el tiempo.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

ATENCIÓN MÉDICA: Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

AUTOCONTROL: es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones.

AUTOCAUIDADO: se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

AUTONOMÍA: hacer que las personas vivan durante más tiempo, libres de una o varias situaciones que les haga perder su capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

BARRERA DE SEGURIDAD: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

BIOÉTICA: Nombre de la disciplina que Van Rensselaer Potter introduce en 1970 en su libro "Bioética, un puente al futuro" y que popularizara un año más tarde en

“Bioética global”. En estas obras se refleja la preocupación surgida en la segunda mitad del siglo XX por las consecuencias indeseables de un progreso tecnológico que no parece tener límites. Potter propone construir un puente entre la ciencia experimental y las humanidades, entre el progreso científico y tecnológico de un lado y la protección de la salud humana y del medio ambiente por otro lado.

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN: las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control de acceso son brazaletes de distintos materiales y apariencias que cumplen con la función de identificar a un individuo o grupos de personas para lograr un rápido control de ingreso a eventos o lugares de concurrencia masiva.

BREAFING: o sesión informativa de seguridad, es una herramienta en la que personal asistencial, antes de iniciar un procedimiento, comparte información acerca de los problemas de seguridad potenciales del paciente a intervenir.

CAÍDA: la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Para el tema que nos convoca en el presente paquete instruccional, ocurre con ocasión de la atención en salud.

CHEQUEO CRUZADO: es el procedimiento mediante el cual en un mismo acto dos personas verifican una información muy importante para el procedimiento del paciente.

COMA: estado severo de pérdida de consciencia que puede resultar de una gran variedad de condiciones incluyendo las intoxicaciones, anomalías metabólicas, enfermedades del ictus, traumatismo craneoencefálico, convulsiones e hipoxia.

COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES: es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las situaciones no controladas durante las transfusiones de los pacientes en servicios hospitalarios. Las complicaciones no infecciosas incluyen:

- Reacción transfusional febril. Incremento de la temperatura mayor a un grado centígrado, que se presenta en las primeras 24 horas posteriores a la transfusión sin otra causa que lo explique que puede o no asociarse a escalofríos.
- Hemólisis intravascular: Destrucción acelerada del eritrocito que ocurre dentro del vaso sanguíneo.
- Hemólisis extravascular: Destrucción acelerada del eritrocito que ocurre fuera del vaso sanguíneo generalmente en órganos del sistema reticuloendotelial.

- Enfermedad de injerto contra huésped. Reacción inmunológica mediada por linfocitos presentes en el componente sanguíneo transfundido, que proliferan ante la incapacidad del receptor de rechazarlos y que mediante mecanismos diversos establecen un daño tisular de gravedad variable que puede conducir a la muerte.
- Alergias: Desde urticaria hasta la anafilaxia. Las reacciones alérgicas a la transfusión son un espectro muy variado, en la gran mayoría son leves en la forma de urticaria, lesiones eritematosas bien definidas y elevadas en el tronco superior y el cuello, a veces con picazón que en general no se acompañan de fiebre ni de otros eventos. En el otro extremo del espectro se encuentran las reacciones anafilácticas, con manifestaciones sistemáticas incluyendo hipotensión, pérdida del conocimiento, shock y, en casos excepcionales, la muerte.
- Lesión pulmonar aguda transfusional (TRALI). Cada vez que un paciente receptor de una transfusión presente insuficiencia respiratoria aguda y/o hallazgos radiológicos compatibles con edema pulmonar, pero sin signos de insuficiencia cardíaca o sin causa de enfermedad pulmonar, cabe pensar en TRALI. La gravedad de la dificultad respiratoria no guarda relación con el volumen de sangre infundido, el que suele ser demasiado pequeño para provocar hipervolemia. Los síntomas característicos de la reacción son escalofríos, fiebre, cianosis e hipotensión generalmente dentro de la primera o segunda hora de la transfusión y con un inicio inmediato y dramático
- Sobrecarga circulatoria. Los rápidos incrementos de la volemia a costa de la expansión del volumen plasmático en pacientes con compromiso cardíaco o pulmonar y/o anemia crónica son mal tolerados. La infusión de albúmina al 25% que desplaza grandes volúmenes de líquido intersticial hacia el espacio vascular, también podría producir sobrecarga circulatoria. Si se comprueba disnea, cianosis, ortopnea, cefalea intensa, hipertensión o insuficiencia cardíaca congestiva durante o poco después de la transfusión, debe pensarse en hipervolemia. En los casos de sobrecarga circulatoria se puede observar que los niveles de péptido natriurético cerebral están elevados.
- Complicaciones de transfusiones masivas. Entre las numerosas complicaciones que podrían acompañar a las transfusiones masivas, las alteraciones metabólicas y hemostáticas revisten particular importancia.
- Toxicidad por citrato. Cuando se transfunden volúmenes considerables de PFC, sangre entera o plaquetas en presencia de hepatopatías, los niveles plasmáticos de citrato podrían aumentar y llevar a hipocalcemia por fijación del citrato de calcio. Una disminución de citrato de calcio aumenta la

excitabilidad neuronal, lo que en el paciente despierto o el donante de aféresis conduce a síntomas de parestesias periorales y periféricas, escalofríos y mareos, seguido por una sensación difusa de vibración, síntomas de tetania como calambres musculares, fasciculaciones, espasmos y náuseas.

- **Hipotermia.** La hipotermia aumenta la toxicidad cardíaca de la hipo o hipercalcemia pudiendo causar arritmias ventriculares graves y deterioro ventricular izquierdo. Las otras complicaciones de la hipotermia son las alteraciones que causa en la hemostasia generando tendencia a las hemorragias y mayor susceptibilidad a las infecciones de las heridas.
- **Coagulopatía en transfusiones masivas.** Clásicamente se atribuye esta coagulopatía a la dilución de plaquetas y factores de coagulación cuando el paciente pierde sangre con todos los factores de coagulación y esa sangre es reemplazada con concentrados de glóbulos rojos y fluidos.
- **Embolia gaseosa.** La embolia gaseosa puede deberse a la administración de sangre a presión en un sistema abierto o el ingreso de aire cuando se cambian las bolsas o las tubuladuras. El volumen mínimo de la embolia gaseosa que es potencialmente fatal en un adulto es de aproximadamente 100mL. Las manifestaciones clínicas incluyen tos, disnea, dolor precordial y shock.

CONDUCTA AGRESIVA: aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir.

CONFUSIÓN: es la incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales, incluyendo el hecho de sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito.

DESNUTRICIÓN: puede definirse como un estado de déficit de proteínas, energía y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas del organismo asociado o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades que son reversibles con una terapia nutricional.

DESNUTRICIÓN SEVERA: estado patológico en el que el IMC (índice de masa corporal) es inferior a 16 o el peso respecto al ideal es menor que el 75% y/o la albúmina inferior a 2.5 gr/dl.

DEPRESIÓN: trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento.

DONACIÓN ALOGÉNICA: sangre y componentes sanguíneos extraídos a una persona y destinados a la transfusión de otra persona, para su utilización en procedimientos médicos o como materia prima para la fabricación de medicamentos.

DONACIÓN AUTÓLOGA: sangre y componentes sanguíneos extraídos de una persona y destinados exclusivamente a su transfusión autóloga posterior u otra aplicación terapéutica a la misma persona.

EDUCABILIDAD: Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un óptimo desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos.

EFFECTIVIDAD: grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población determinada.

EFEECTO ADVERSO: sinónimo de reacción adversa y efecto indeseado.

EFEECTO COLATERAL: cualquier efecto no previsto de un producto farmacéutico, que se produzca con dosis normales utilizadas en el hombre y que esté relacionado con las propiedades farmacológicas del medicamento.

EFEECTO PLACEBO: resultado de la aplicación o la administración de un placebo. Puede ser beneficioso o adverso.

EFEECTO SECUNDARIO: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción

EQUIPO O GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL: equipo interdisciplinario que provee y supervisa los cuidados de los pacientes que requieren nutrición parenteral durante la hospitalización.

ERITEMA: reacción inflamatoria de la piel. Su significado literal es rojo y el rasgo que la caracteriza es un enrojecimiento de la piel.

ERROR: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

ERROR DE DIAGNÓSTICO: un diagnóstico que se pierde, que está mal o retrasa, según lo detectado por alguna prueba definitiva posterior o encontrada.

ERROR DE MEDICACIÓN: incidente que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento. Puede producir lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control del personal de salud, del paciente o del consumidor.

ESCALA DE SEVERIDAD DE CLAVIEN: es una clasificación basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, diseñada por Clavien y Cols, quienes la validaron y publicaron en 2004 y en 2009; establecieron una nueva clasificación, basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, que las clasifica en cinco grados.

ESTABILIDAD: aptitud de un principio activo o de un medicamento de mantener en el tiempo sus propiedades originales, dentro de las especificaciones establecidas.

ESTRÉS OCUPACIONAL: se define como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

ESTUPOR: el estupor se trata de un conjunto de síntomas, cuyo principal elemento es una reducción o ausencia de las funciones de relación (habla y movilidad).

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CRISIS: identificación de los individuos susceptibles de sufrirlas y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecerlas. También se revisan las actuaciones protocolizadas existentes en las instituciones de salud para la atención a los pródromos de la enfermedad mental y la evaluación de riesgos.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL: es una comprensible evaluación para definir el estado nutricional incluyendo la historia clínica, la historia dietética, el examen físico, las mediciones antropométricas y los datos de laboratorio.

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

EXCORIACIÓN: levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

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

FACTORES EXTRÍNSECOS: factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra.

FACTORES EXTRÍNSECOS POR TRATAMIENTO:

- Farmacológico: son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tienen efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.
- Prótesis: extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.
- Multifactorial: debido a la interacción de varias causas.
- Deambulación: se refiere a la forma como el paciente camina.

FACTORES INTRÍNSECOS: factores relacionados con el propio sujeto que cae.

FACTORES QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE CRISIS:

- No adherencia terapéutica: relacionada con las características de la organización de los servicios de salud, factores relacionados con el entorno del paciente, factores relacionados con el paciente y características del régimen terapéutico.
- Negación o abandono del tratamiento.
- Ausencia o precariedad de la red de apoyo del paciente

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.)

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).

FALLO DEL SISTEMA: es un defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una organización. Los factores que contribuyen a los fallos del sistema pueden ser latentes (ocultos o que pasan fácilmente inadvertidos) o evidentes y estar relacionados con el sistema, la organización o el paciente.

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.

FÁRMACO: es el principio activo de un producto farmacéutico.

FARMACOCINÉTICA CLÍNICA: es la disciplina que aplica los principios farmacocinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fármacos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.

FASE PRE ANALÍTICA: procesos que comienzan cronológicamente a partir de la orden del médico con la solicitud de los análisis, la preparación e identificación del paciente, la toma de la(s) muestra(s) primaria(s) y el transporte hasta el interior del laboratorio y que terminan cuando comienza el proceso analítico.

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.

FORMULACIÓN PARENTERAL: está constituida por una mezcla definida de macro y micronutrientes que se administran por vía intravenosa.

HEMOVIGILANCIA: termino que incluye la detección, clasificación y el análisis de los efectos no deseados de la transfusión sanguínea con el fin de corregir causas y prevenir su repetición.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostada.

HOLÍSTICO: Concepción de la realidad como un todo unitario y dinámico en sí mismo y no como consecuencia de la suma de diferentes partes que lo componen.

IATROGENIA: estado anormal o alterado causado por la actividad del médico u otro personal autorizado.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

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

INDICACIÓN: los usos a los cuales se destina un producto (medicamento, dispositivo médico, suplemento alimentario, etc.), después que se ha probado científicamente que su empleo para una finalidad determinada es efectivo y seguro.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

INDURACIÓN: endurecimiento de los tejidos de un órgano.

INFARTO DE MIOCARDIO: se define, en patología, como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD: son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos.

ISQUEMIA: la isquemia, o anemia local, puede definirse como la falta parcial o total de aporte de sangre a un órgano o a parte de él.

ISQUEMIA CARDIACA: la isquemia cardíaca es la reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón (miocardio), como consecuencia de un proceso que afecta a la pared de las arterias que llevan la sangre a dicho músculo (arterias coronarias).

INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA: modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente.

INTERVENCIÓN: se establecen recomendaciones en las intervenciones de los equipos asistenciales para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en riesgo de crisis, se aplican protocolos de seguridad para los servicios de hospitalización y se regulan las diversas medidas restrictivas.

LEUCORREDUCCIÓN O LEUCODEPLECIÓN: proceso utilizado para eliminar leucocitos de los componentes sanguíneos antes de la transfusión.

LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN: son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática.

LISTA MÉDICA DE VERIFICACIÓN: Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos, reducir el número de complicaciones y de muertes evitables.

MACERACIÓN: ablandamiento por contacto con líquidos; extracción de drogas mediante humedecimiento, extracción en frío.

MEDICAMENTO: es aquel 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.

MEDICINA INTENSIVA: es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión monitorización intensiva.

MEDICINA PROFILÁCTICA: se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado «anormal» en el organismo.

MODELO DE IDENTIDAD SOCIAL: se refiere a todos aquellos aspectos que hacen referencia al rol adjudicado y/o adjudicable, tanto a los programas que trabajan en situaciones de violencia como a las identidades gremiales y/o profesionales de sus componentes. Dentro de éstas se encuentran las necesidades de diferenciación y reconocimiento del valor de la labor realizada del programa frente a la institucionalidad, la diferenciación al interior de los equipos por profesión y experiencia.

MODELO DE IMPACTO EMOCIONAL: se refiere a todos aquellos aspectos transferenciales y contratransferenciales del trabajo con personas afectadas por la violencia, que implica el manejo y cuidado respecto de las emociones de los terapeutas. Dentro de éstas se encuentra la necesidad de legitimar los sentimientos rabiosos hacia los pacientes, dar cuenta de las agresiones que los pacientes ejercen hacia los terapeutas y equipos, las dificultades de contención del sufrimiento y los límites de ésta, y todo aquello que algunos han llegado a denominar traumatización secundaria.

MODELO DE SOCIABILIDAD: se refiere a los aspectos lúdicos, sociales y recreativos de los equipos. Dentro de éstos se encuentran la necesidad de establecer espacios y ritos de esparcimiento y fundamentalmente de pertenencia grupal a la vida informal del equipo, como participación en los cumpleaños, apoyo en situaciones sociales o de salud de familiares del profesional, celebraciones, que a veces gatillan la disolución de límites o las autolimitaciones.

MODELO EDUCATIVO: Un modelo educativo es un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y los elementos de un programa de estudios.

NECROSIS: es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o tener curación.

NUTRICIÓN: es la suma de los procesos por los cuales se toman y se usan los nutrientes.

OBLITO: cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.

PACIENTE CRÍTICO: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD: El paradigma de la complejidad o el pensamiento complejo, tiene como objetivo relacionar varias disciplinas y formas de la ciencia, sin mezclarlas. El paradigma de la sociedad fluye hacia diferentes áreas de la sociedad e incluye la incertidumbre como una apertura a nuevas posibilidades y no como algo que frena el proceso de pensamiento.

PARTO: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como objetivo la expulsión del feto, la placenta y sus anexos a través del canal del parto.

PEDAGOGÍA: Es el arte de compartir experiencias, conocimientos y valores, con los recursos que tenemos a nuestro alcance, tales como: la experiencia, los materiales, la misma naturaleza, los laboratorios, los avances tecnológicos, la escuela, el arte, el lenguaje hablado, el lenguaje escrito y el lenguaje corporal.

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO: es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución.

PLACEBO: sustancia inerte, como la lactosa, usada como medicamento supuesto. No tiene actividad farmacológica inherente, pero puede producir una respuesta farmacológica por los efectos de sugestión asociados con su administración.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS (PRUM): corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con el uso de medicamentos.

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

PROCESO INSTITUCIONAL SEGURO: conjunto de actividades y procedimientos derivados de una Política Institucional que conllevan a fomentar la seguridad del paciente en los servicios de salud.

PRÓDROMO: es el período de tiempo que se presenta antes de la crisis que puede variar entre varios días e incluso meses.

REACCIÓN ADVERSA: efecto desfavorable asociado a la terapia transfusional que pueden presentarse de manera inmediata o tardía.

REACCIÓN ADVERSA A LOS MEDICAMENTOS (RAM): según la OMS, “reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”.

REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT): es una respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemocomponentes que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe.

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.

REINGRESO: admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario.

RESILIENCIA: aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”. Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera más ‘sana’ frente a los obstáculos a la calidad de vida.

RESISTENCIA BACTERIANA: La resistencia a los antimicrobianos (o farmacoresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces.

RIESGO DE CAÍDA: se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

RIESGO NUTRICIONAL: puede definirse como la probabilidad de mejor o peor evolución debido a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una adecuada intervención nutricional.

SEDESTACIÓN: posición del cuerpo estando sentado.

SEGURIDAD: es la característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos no deseables.

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.

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Es la realización de pruebas pretransfusionales que se habilitarán únicamente dentro de una Institución Prestadora de Servicios de Salud o serán contratadas con un Banco de Sangre.

SERVICIO QUIRÚRGICO: servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas.

SÍNCOPE: es una pérdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible.

SÍNDROME: en medicina, un síndrome (del griego syndromé, concurso) es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos) que concurren en tiempo y forma y con variadas causas o etiologías. Como ejemplo: insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, entre otras.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: comienzo de una serie predecible de signos y síntomas que resultan de una actividad alterada, principalmente del sistema nervioso central, debida a la interrupción abrupta o a una disminución rápida de la administración de un medicamento.

SINDROME DEL QUEMADO PROFESIONAL (BURNOUT SYNDROME): es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es prolongado en el tiempo. Esta respuesta se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos

hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional; es sinónimo de encontrarse emocionalmente agotado.

SINERGIA: La sinergia es la integración de elementos que da como resultado algo más grande que la simple suma de éstos, es decir, cuando dos o más elementos se unen sinérgicamente crean un resultado que aprovecha y maximiza las cualidades de cada uno de los elementos.

SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA: componentes de un sistema de información de la atención sanitaria ideado para fundamentar en el la prestación de asistencia a los pacientes, lo que incluye las comunicaciones de prescripciones, la notificación de resultados, la planificación de la atención y la documentación clínica.

SUPERVISIÓN: Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar su efecto en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

TECNOVIGILANCIA: conjunto de métodos y observaciones que permiten detectar incidentes adversos durante la utilización de un dispositivo médico, que puedan causar un daño al paciente, al operador o a su entorno.

TOXICIDAD: grado en que una sustancia es nociva. Fenómenos nocivos debidos a una sustancia o medicamento y observados después de su administración.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: la transfusión es un procedimiento terapéutico consistente en la inyección intravenosa a una persona de una cantidad considerable de sangre procedente de un donante.

VENTILACIÓN MECÁNICA: es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

VERIFICACIÓN CRUZADA: procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ejemplo: verbal y a través de brazalete.

VIOLENCIA: según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

RESUMEN

El presente trabajo hace referencia a el Desarrollo de Listas de Chequeo para la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas para la Seguridad el Paciente que desarrolla el Ministerio de Salud y Protección Social, en la búsqueda del desarrollo de una herramienta que permita la implementación de las estrategias o evidencia de buenas prácticas establecidas como apoyo metodológico a la Seguridad del paciente.

Su desarrollo metodológico se basa en el diseño del método, la estructura y el contenido para las listas de chequeo este último mediante la revisión concienzuda de las 22 Guías de Buenas Practicas

De esta forma se diseñaron 21 Listas de chequeo para cada una de las Guías de Buenas Prácticas y una tercera lista de fichas técnicas de los indicadores recomendados para el monitoreo de la seguridad del paciente

PALABRAS CLAVE: lista de verificación, seguridad del paciente, Metodología

SUMMARY

This paper refers to the development of checklists for implementing the Best Practice Guidelines for Safety Patient developed by the Ministry of health and Social Protection, in the pursuit of development of a tool that enables the implementation of the strategies or evidence of good practice set as methodological support for patient safety.

Methodological development is based on the design of the method the structure and content for check lists latter by thorough review of the 22 Best Practice Guidelines

Thus 21 Checklists were designed for each of the Best Practice Guidelines and a third list of technical specifications of the indicators recommended I stop monitoring patient safety

KEYWORDS: check list, patient safety, Methodology

1 INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pretende diseñar Listas de Chequeo para cada una de las actuales Guías de Seguridad del Paciente, que permitan el desarrollo efectivo de las Buenas Practicas de Seguridad del Paciente mediante la aplicación de las listas de chequeo, y que de esta forma se logre apoyar el despliegue de las acciones de seguridad del paciente en los prestadores de servicios de salud, para quienes es de vital importancia el desarrollo de estas estrategias en la prestación del servicio, siendo estas un tema necesario desde la entrada en vigencia de la derogada Resolución 1441 de 2013 por la Resolución 2003 de 2014, en el marco del Sistema Único de Habilitación; que describe como obligatorio la generación de políticas, programas, estrategias y acciones con enfoque de seguridad del paciente y sobre todo la garantía mediante la verificación sistemática de la coherencia entre políticas, programas, cultura y prácticas seguras en el día a día, para lo cual, los Prestadores de servicios de salud han emprendido una tarea metódica en la búsqueda de esa cultura de seguridad, que permita el control, seguimiento y gestión de riesgos, incidentes y eventos adversos que redundan en características de calidad de la atención.

Con el diseño de las listas de chequeo de las Buenas Practicas de Seguridad del Pacientes, los prestadores de servicios de salud bajo una perspectiva estructurada de los criterios, procedimientos, acciones o intervenciones, como apoyo para su desarrollo y clara aplicación, que concentra gran cantidad de información y conocimiento de manera concisa, creando con ello un mecanismo fiable y reproducible, evitando de esta forma errores por omisión o aplicación de la densa información contenida en cada una de Guías de buenas practica de seguridad del paciente.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES DE LA IDEA

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Es así, como desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

2.2 SITUACION PROBLEMA

Recientemente durante el año 2015 se realizó una actualización de las Guías Técnicas de Buenas Prácticas en tres ámbitos transversales de la prestación del servicio: procesos institucionales

seguros, procesos asistenciales seguros e incentivar las prácticas seguras que mejoren la actuación de los profesionales, categorizando en cada uno de los ámbitos transversales las 22 Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, ante tal situación se evidencia Insuficiencia de instrumentos de verificación de aplicación y ejecución de las Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la implementación de las estrategias de seguridad del paciente, a causa de la existencia de documentos densos, extensos y que condensan experiencias y estrategias simultáneamente; además del desconocimiento de dicha actualización por parte de los prestadores de servicios de salud. Situación que se manifiesta con procesos y procedimientos estandarizados que no tienen en cuenta las falla en la atención más relevantes y las barreras en la atención que evitan su ocurrencia, planteadas y desarrolladas con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura del país; lo que provoca la ocurrencia de incidentes y eventos adversos no reportados, no gestionados y repetitivos, también sobre costos en la atención, mala imagen institucional e implicaciones legales.

2.3 POSIBLES CAUSAS IDENTIFICADAS

- Desconocimiento de los actores de sistema de salud de la actualización de dichas Guías de Buenas Prácticas.
- Falta de personal especializado en el desarrollo de herramientas efectivas en la aplicación de las estrategias.
- Tiempos prolongados en el estudio de cada uno de las Guías Técnicas que permiten estudio, pero no plantean métodos de evaluación, seguimiento y trazabilidad.

2.4 PROBLEMA DE INVESTIGACION

De acuerdo con las situaciones presentadas y sus posibles causas, se define como problema de interés a investigar:

Insuficiencia de un instrumento de verificación que provea una adecuada lista de estrategias para la correcta implementación de las Guías de Buenas prácticas de seguridad del paciente.

2.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo desarrollar un instrumento de verificación que provea una adecuada lista de estrategias para la correcta implementación de las Guías de Buenas prácticas de seguridad del paciente?

3 JUSTIFICACIÓN

Es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud implementen estrategias para la seguridad del paciente en base a la Buenas practicas existentes para la seguridad del paciente planteadas por el Ministerio de Salud y protección en la Resolución 2003 de 2014.

Por consiguiente, el compromiso con el programa de seguridad del paciente y la aplicación de las buenas prácticas de seguridad son pilares fundamentales para el desarrollo integral de estrategias para la seguridad del paciente.

Mediante la aplicación de una lista de Chequeo para cada una de las buenas prácticas de seguridad del paciente se pretende establecer un orden de inspección para el desarrollo de cada una de las acciones y estrategias, además de ser un instrumento para dejar constancia de las inspecciones y autoevaluaciones generadas y localizar puntos críticos o de mejora frente a los procesos establecidos para la seguridad del paciente.

En esencia el principal beneficio de llevar una lista de chequeo para cada una de las Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente es asegurar el cumplimiento de las actividades o procesos. Sin embargo, lo más importante es que se asegure el cumplimiento de los aspectos que afectan la calidad que no puede ser vista de modo distante de la seguridad del paciente pues esta última es un atributo de la calidad y el resultado final del proceso o actividad de atención en salud.

Además de los beneficios para la seguridad del paciente llevar una lista de chequeo deja una evidencia de la trazabilidad de la evaluación y de las tareas realizadas, concretando aspectos críticos de los procesos que puedan generar resultados no esperados, se desliga el que hacer de la memoria de las personas generando sistematicidad en la realización de las actividades o los procesos asegurando conjuntamente una secuencia en las tareas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar listas de chequeo de las actuales Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en Colombia para la correcta implementación de las mismas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar artículos o información para el diseño de listas de chequeo en salud.
- Revisar la bibliografía de la metodología para el diseño de listas de chequeo.
- Definir la metodología a aplicar para el desarrollo de las listas de chequeo para la implementación de las Guías de Buenas Prácticas de seguridad del paciente.
- Diseñar la estructura del instrumento de Lista de chequeo para el desarrollo de cada Buena Práctica para la Seguridad del Paciente.
- Revisar las actuales Guías de Buenas prácticas para la seguridad del paciente.
- Diseñar listas de chequeo para cada una de las actuales Guías de Buenas prácticas para la seguridad del paciente.

5 MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEORICO

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.¹

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 este 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, todas estas barreras se encuentran descritas en las 22 Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, que se hacen ineficientes al ser instrumentos tan robustos es por esta razón que se hace necesario la utilización de listas de chequeos para su aplicación sistemática.

5.1.1 LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre

¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la seguridad del paciente. Bogotá D.C. 2006

pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

LISTAS DE CHEQUEO:

Es una herramienta que describe de manera organizada criterios en relación al conocimiento de los procedimientos de determinadas acciones o intervenciones en salud al examinar distintos procedimientos para entregarlos en forma segura y minimizando los riesgos que conllevan intrínsecamente para los usuarios. La lista de chequeo funciona como apoyo para delimitar y clasificar variables y simplificar las conceptualizaciones a estudiar, mejorando con ello la recogida de información que se quiere obtener.

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.

ATENCIÓN EN SALUD:

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

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:

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

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

EVENTO ADVERSO:

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

INCIDENTE:

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

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 progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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 análisis de ruta causal.

5.3 MARCO GEOGRAFICO

Pereira es un municipio colombiano, capital del departamento de Risaralda. Es la ciudad más poblada de la región del eje cafetero y la segunda más poblada de la región paisa, después de Medellín; conforma el Área Metropolitana de Centro Occidente junto con los municipios de Dosquebradas, La Virginia, alcanzan una población de 700.526 habitantes aproximadamente. Está ubicada en la región centro-occidente del país, en el valle del río Otún en la Cordillera Central de los Andes colombianos.

El área municipal es de 702 km²; limita al norte con los municipios de La Virginia, Marsella y Dosquebradas, al noreste con Santa Rosa de Cabal y al este con el departamento del Tolima, al sur con los departamentos de Quindío y Valle del Cauca, al oeste con el municipio de Balboa y el departamento del Valle del Cauca.

Pereira se encuentra sobre la cordillera central, sobre el valle del río Otún, y parte del valle del río Cauca, Pereira al igual que muchas ciudades Colombianas, posee zonas altas de difícil acceso o partes planas o poco empinadas, las calles de la ciudad se hacen conforme al relieve de la zona, caso tal como la Avenida el Río que cruza el valle del río Otún, por lo cual posee pocas elevaciones pero sí varias ondulaciones laterales.

5.4 MARCO LEGAL

Decreto 1011 de del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1445 del 8 de mayo de 2006 por medio de la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se definen otras disposiciones.

Resolución 123 del 26 de enero de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.

Política Nacional de Prestación de servicios de salud noviembre de 2005.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del paciente noviembre de 2008.

Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.

5.5 MARCO BIOETICO

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en ningún individuo. Por tanto, no se requiere ningún consentimiento informado.

5.6 MARCO AMBIENTAL

Para contribuir con el medio ambiente, nos comprometemos a realizar y dejar toda la información de este proyecto en forma de medio magnético.

6 METODOLOGÍA

La metodología de desarrollo de investigación del proyecto es del modo observacional descriptivo con cohorte transversal.

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica sobre listas de chequeo y la metodología de su construcción. Para esta revisión se diseñó una pregunta de búsqueda, en primera instancia: ¿Cómo elaborar listas de chequeo y su metodología de construcción?, posterior a esto se definió una estrategia de búsqueda que consistió en una revisión en bases de datos electrónicas (Bireme, Medline, Pubmed, Lilacs, Scielo) con los siguientes descriptores: “construcción”, “listas de chequeo”, “Checklist AND metodología”, “construcción de listas de chequeo”, “lista AND verificación”. Se definieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se encontraron 24 artículos, a los cuales se les realizó análisis de contenido y de estos se escogieron 12, a los cuales se les tomó nota de la información clave (ver tabla). Los criterios de inclusión de esta revisión fueron: Estudios en Inglés y en español, estudios realizados los últimos 10 años, y los criterios de exclusión fueron estudios que no correspondan a los idiomas indicados, estudios con una antigüedad mayor de 10 años.

Tomando aportes de la revisión bibliográfica, se desarrolla una metodología para la construcción de las listas de chequeo, la cual consiste en:

1. Lectura de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente.
2. Revisión bibliográfica del tema que se aborda en cada guía de buena práctica.
3. Se define la realidad problema, de acuerdo a la temática desarrollada en cada guía.
4. Construcción de ítems (utilizando además las fallas activas, las barreras y defensas descritas en cada guía de buena práctica)
5. Determinados los ítems de cada lista de chequeo se realiza formato que cuenta con criterio, condiciones cumple y no cumple y observaciones.

6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud actualizadas en el año 2015.

1. Seguridad del Paciente y atención segura
2. Evaluación de la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos y monitoreo de los aspectos claves de la seguridad del paciente
3. Modelo pedagógico
4. Detectar, prevenir y Reducir infecciones asociadas a la atención en salud.
5. Mejorar la seguridad de la utilización de medicamentos

6. Procesos para la prevención y reducción del riesgo de caídas.
7. Mejorar la seguridad en procesos quirúrgicos.
8. Prevenir úlceras de presión
9. Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales.
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares.
12. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
13. Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
14. Reducir el riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental.
15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.
16. Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.
17. Atención de urgencias en población pediátrica.
18. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
19. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
20. Incentivar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
21. Prevenir el cansancio en el personal de salud.
22. Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado.

6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Toda la normativa que no es aplicable a Seguridad del paciente emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

7 POBLACIÓN

La presente investigación no requiere población para su estudio.

8 MUESTRA

La presente investigación no requiere muestra para su estudio.

9 UNIDAD DE ANÁLISIS

Las 22 Guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud aplicadas en Colombia, actualizadas en el 2015.

1. Seguridad del Paciente y atención segura
2. Evaluación de la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos y monitoreo de los aspectos claves de la seguridad del paciente
3. Modelo pedagógico
4. Detectar, prevenir y Reducir infecciones asociadas a la atención en salud.
5. Mejorar la seguridad de la utilización de medicamentos
6. Procesos para la prevención y reducción del riesgo de caídas.
7. Mejorar la seguridad en procesos quirúrgicos.
8. Prevenir úlceras de presión
9. Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales.
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares.
12. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
13. Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
14. Reducir el riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental.
15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.
16. Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.
17. Atención de urgencias en población pediátrica.
18. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
19. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
20. Incentivar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
21. Prevenir el cansancio en el personal de salud.
22. Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado.

10 VARIABLES

La presente investigación no requiere variables para su estudio.

11 RECOLECCION Y TABULACIÓN DE DATOS

Este proyecto de investigación se realizó durante los meses de noviembre de 2015 a mayo de 2016, la recolección, análisis y procesamiento de la información se realizó por dos (2) alumnas.

Los buscadores utilizados en la revisión bibliográfica fueron PUBMED, SCIELO y BIREME, para la revisión de los temas de seguridad del paciente se y las Guías de las Buenas Practicas de Seguridad del Paciente.

Las listas de Chequeo diseñadas para cada una de las Buenas Practicas para la seguridad del paciente se manejarán en Excel Dos mil Diez (2010), para hacer más fácil su manejo y posible semaforización.

Se utilizaron dos computadores, tipo portátil con procesador Intel Core i tres (3), con ambiente Windows siete (7) Home Premium.

12 PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

12.1 BUSQUEDA DE ARTICULOS PARA EL DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO.

Pregunta de Búsqueda:

¿Cómo elaborar listas de chequeo y su metodología de construcción?

Estrategia de Búsqueda:

Se realiza una revisión sistemática con una variedad de fuentes de bases de datos electrónicas (Bireme, Medline, Pubmed, Lilacs, Scielo) con los siguientes descriptores o palabras claves:

“construcción”,

“listas de chequeo”,

“Checklist AND methodology”,

“construcción de listas de chequeo”,

“lista AND verificación.

12.2 RESIVION BIBLIOGRAFIA DE METODOLOGIA PARA EL DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO.

Tabla 1: Revisión Bibliográfica

AUTOR/AÑO	NOMBRE DE PUBLICACION	COMENTARIO (conceptos)
<p>María Paula de Oliveira Pires. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. María Angélica Sorgini Peterlini. Año 2013</p>	<p>1. Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un instrumento como el <i>checklist</i> consiste en un rol de acciones y criterios, ordenados sistemáticamente, que permite al usuario registrar la presencia o ausencia de cada ítem descrito, de manera a garantizar que todos los aspectos de aquella acción fueron tratados o completados • La utilización de checklist puede ser una herramienta que promueva la seguridad del paciente.
<p>María del Rosario Boscá Mayans. Estanislao Arana. Eugenio Sánchez-Aparisi. Año 2012</p>	<p>2. Diseño de una lista de verificación para radiología intervencionista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha elaborado una lista de verificación para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de riesgo en Radiología Intervencionista, cada ítem fue analizado y consensuado por todos los miembros del grupo de trabajo tomando como referencia la bibliografía consultada y los conocimientos propios. La lista de verificación inicial contenía el mínimo de ítems imprescindibles, ordenados por importancia y de forma secuencial, donde se comprueban todos los puntos críticos en cada etapa del procedimiento. • La lista de verificación debe usarse consistentemente para que sea un instrumento útil que transforme la asistencia sanitaria basada en pruebas y lleve a una mejor práctica clínica. Para ello, es necesario un cambio cultural de las organizaciones y de los profesionales que incorpore

		<p>el paradigma de la mejora de la seguridad clínica como uno de los pilares fundamentales.</p>
<p>Bradford Winters D, Ayse P Gurses, Harold Lehmann, J Bryan Sexto, Carlyle Jai Rampersad y Peter Pronovost J. Año 2009</p>	<p>3. Revisión clínica: Las listas de comprobación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ciencia del desarrollo de las listas de comprobación en la atención sanitaria es nueva. En una revisión informal de la literatura, no se encontró ninguna metodología estandarizada para desarrollar y listas de verificación de diseño en la medicina. • En pocas palabras, los pasos recomendados para desarrollar listas de verificación son los siguientes: revisión de la literatura existente, entender las necesidades y lugar de trabajo de los usuarios, incluyen un grupo multidisciplinario en el diseño, y el uso de un enfoque iterativo para la prueba piloto rigurosa y validación de la herramienta. • Las listas de comprobación no organizadas, y largas son a menudo inútil o no usadas. • Si una lista de control requiere un gran número de artículos, es mejor separar el proceso en pasos secundarios y crear una lista de verificación para cada sub-etapa. • Enumerar los elementos más críticos al principio de la lista de verificación siempre que sea posible. • Las listas de control pueden aplicarse a todo el espectro del proceso de atención. • El uso de estas listas de verificación debería ayudar a reducir la variabilidad y los errores en la atención al paciente. • Las listas de verificación son herramientas poderosas para estandarizar los procesos de trabajo y crear controles independientes para los procesos clave.

		<ul style="list-style-type: none"> Las listas de comprobación podrían crear un mercado del conocimiento más eficiente y eficaz con un resumen de la evidencia en comportamientos explícitos, incorporando empírica y la evidencia tácita, y siendo actualizado continuamente por la comunidad de cuidado de la salud.
Rousinelle Da Silva Freitas, Ruben Martín-Laez César Baldomero Madrazo-Lealb, Maikal Villena Martina, Idoya Valduviego Juaristia, José Ángel Martínez Agüerosa y Alfonso Vázquez Barqueroa. Año 2011	4. Investigación clínica Implantación de la lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud modificada para el paciente neuroquirúrgico: experiencia inicial en 400 casos	<ul style="list-style-type: none"> Uno de los objetivos fundamentales de la Lista de verificación quirúrgica es mejorar la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en el acto quirúrgico, logrando a largo plazo un cambio en su actitud y su forma de trabajar. El uso rutinario de la Lista de verificación quirúrgica puede mejorar la práctica clínica y la seguridad del enfermo
Rubén D. Algieri, María Soledad Ferrante, Carlos Lazzarino, Felix Viglione, Silvina Marco, Alejandro Ciano. Año 2012	5. Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica Postoperatoria en la Sala General	<ul style="list-style-type: none"> La utilización de las Listas de Verificación de la Seguridad del Paciente permitió identificar situaciones de riesgo que podrían desencadenar eventos adversos. Las utilidades de Listas de Verificación permiten reducir los riesgos y a evitar eventos adversos prevenibles.
Mariona Secanella, Carola Orrego, Miquel Vilac, Helena Vallverdú, Núria Moraa, Anna Ollere y	6. Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: experiencia de la	<ul style="list-style-type: none"> Entre las principales ventajas del uso del Lista de verificación quirúrgica para los profesionales, organizaciones y pacientes, destaca la prevención de lapsus de memoria, la estandarización de los procesos y la adherencia a las recomendaciones

Joaquim Bañeres. Año 2014	fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya.	establecidas, además de facilitar acceso a información y retroalimentación de resultados
Luz María Gómez Buitrago. Año 2013	7. La lista de chequeo: un estándar de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Se han mostrado resultados muy positivos en la seguridad del paciente cuando se implementa la lista de chequeo • Literatura científica que con algún grado de evidencia importante respalda el uso de la lista de verificación o chequeo, de normativas gubernamentales para su uso y de resultados de investigación como los publicados en revistas como la colombiana de anestesiología en la que se evidencia que los pacientes mejoran su percepción de seguridad y confianza en la institución.
Patricio Fabián Oliva Mella, Luis Vera Benavides, Patricia Kraemer Gómez.	8. Construcción de listas de chequeo en salud. La metodología para su construcción.	<ul style="list-style-type: none"> • Las listas de chequeo pueden ser de dos tipos: (1) en cada ítem el respondiente debe indicar la intensidad de su veracidad o de su ocurrencia, o aun informar que aquella afirmativa no se aplica, cuando sea el caso; (2) en cada ítem el respondiente debe simplemente indicar si la afirmativa es verdadera o no. • La lista de chequeo se encuentra entre las variadas herramientas que se utilizan para la mejora de los procesos asistenciales y el apoyo a equipos multidisciplinarios. • Una lista de chequeo es una lista de puntos de acción, las tareas o los comportamientos organizado de manera coherente, que permite al evaluador

		<p>registrar la presencia o ausencia de los elementos individuales enumerados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La estructura de la lista de chequeo es simple, consta de ítems con respuestas que califican la ocurrencia o no del fenómeno, así como la intensidad del mismo. • MODELO SIMPLIFICADO DE CONSTRUCCIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO: 1. Identificar la realidad problemas. 2. Plantear una pregunta de Investigación. 3. Realizar el procedimiento de búsqueda sistemática. 4. Identificación de las dimensiones sustentadas por la evidencia y que son coincidentes con el problema de investigación. 5. Planteamiento de objetivos generales y específicos. 6. Identificación de variables. 7. Generación de la Lista de chequeo. 8. Pilotaje y corrección. 9. Utilización en público objetivo. • Las listas de chequeo no deben ser estáticas sino procesos en los cuales participan grupos de expertos que transformen una gama de conocimientos e información sobre una temática específica en los contenidos particulares a los que se refieren.
<p>José Luis Pardal-Refoyo, Jesús Javier Cuello-Azcarate, Luis Francisco Santiago-Peña. Año 2014</p>	<p>9. Development of a checklist in risk management in thyroidectomy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología propuesto por Stufflebeam resumido en los siguientes puntos: 1- Conformación de equipo de trabajo multidisciplinario. 2- Identificación de las etapas críticas. 3- La identificación de incidencias, incidentes de seguridad, riesgos y posibles fallos en cada etapa. 4- identificación de ítems 5- preparación de la lista de chequeo. 6- Construcción de indicadores

<p>Horacio F. Rivarola Etcheto, Dr. Carlos M. Autorino, Leandro Civetta, Cristian Collazo Blanchod, Marcos Palanconi, Ariel Palacios, Fernando Cacheiro. Año 2013</p>	<p>10. Lista de Control o Verificación (“Checklist”) en Procedimientos Artroscópicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo fundamental de la Lista de control o verificación consiste en reducir la exposición a la falla compensando las potenciales limitaciones de la memoria y de la atención humana.
<p>María de los Ángeles Mariné Alonso, Maricel García Melián. Año 2010</p>	<p>11. Lista de verificación para la identificación de peligros ambientales en unidades de hemodiálisis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lista de verificación fue estructurada en 4 aspectos relativos a: recursos humanos, características ambientales, equipos y procedimientos. Dentro de cada uno de estos, se encuentra un grupo de elementos a revisar.
<p>Alex B. Haynes, Thomas G. Weiser, William R. Berry, Stuart R. Lipsitz, Sc.D. Año 2009</p>	<p>12. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de la lista de chequeo se asoció con reducciones concomitantes en las tasas de muerte y complicaciones entre los pacientes de al menos 16 años de edad que eran sometidos a cirugía no cardíaca en un grupo diverso de los hospitales.

12.3 DEFINICION DE METODOLOGIA PARA EL DISEÑO DE LISTA DE CHEQUEO

Las metodologías de construcción de las listas de chequeo diseñadas en este proyecto se ajustan a la metodología de definida en el documento METODOLOGIA DE CONSTRUCCION DE LISTAS DE CHEQUEO EN SALUD, de la Biblioteca del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Por lo anterior se describen las dos Etapas previstas en el Modelo:

12.3.1 ETAPA CUALITATIVA

En esta etapa se realiza un proceso de contextualización cuyos elementos a evaluar son Confiabilidad y Credibilidad.

Credibilidad

El procedimiento metodológico se centra en tres aspectos fundamentales:

- 1) **Credibilidad en el procedimiento:** el proceso metodológico de contextualización implicó no poseer elementos reactivos que generen distorsión interpretativa que podría haber conducido a desestructurar las bases semánticas – conceptuales, razón por la cual se tuvo especial cuidado en extraer la buena práctica de la Guía textualmente e incluirle verbos iniciales en infinitivo que apliquen a la contextualización tras la justificación de la evidencia para la buena práctica (diseñar, disponer, contar, ejecutar, caracterizar etc.)
- 2) **Corroboración estructural:** con la pertinente integración conceptual de los análisis con los resultados, comparando efectivamente los discursos obtenidos mediante los grupos focales con la evidencia que se sustenta en la búsqueda y análisis crítico de la literatura, así como de cada ítem propuesto para la escala de medición. Se evalúa como las categorías conceptuales se soportan entre sí de modo conceptual y armónico.
- 3) **Adecuación referencial:** implica la referencialidad constante de las características de los datos nuevos, ello determina códigos específicos para cada indicador determinando la pertinencia de cada ítem propuesto dentro de la escala de medición, en este caso la lista de chequeo.

12.3.2 ETAPA CUANTITATIVA

En esta etapa del proceso se definen las variables de calificación y la identificación de las mismas como medio de calificación sistematizado, para lo cual se cuenta con la estructura de cumple, no cumple y no aplica.

12.4 DISEÑO DE LA ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO PARA LAS LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los elementos que debe contener la lista de chequeo describen organizadamente los criterios de evaluación para un determinado proceso que simplifica la conceptualización y la recuperación de la información en relación a la problemática que esta aborda.

Se establece como objetivo principal de la lista de chequeo definir puntos de acción, las tareas o los comportamientos organizado de manera coherente, que le permita al evaluador registrar la presencia o ausencia de los elementos individuales enumerados, para cada una de las Buenas Practicas para la seguridad del paciente.

La estructura de la lista de chequeo es simple, se estructura en una matriz de Excel consta de ítems o criterios definidos o extraídos desde las Guías de Buenas Prácticas como la mejor evidencia existentes con respuestas que califican la el cumplimiento o no del criterio, y que permite describir los hallazgos obtenidos mediante la evaluación, seguimiento o implementación de la lista de chequeo.


Las listas de chequeo serán en su extensión proporcional a la cantidad de información de la Guía de la Buena Práctica posea, es por esta razón, por la robustez del modelo de esta última, que se designa una lista de Chequeo para cada una de la Buena Práctica.

Cada una de las listas de chequeos cuenta con hipervínculos para llegar a matriz inicial donde se nombran cada una de las buenas Practicas y a su vez esta última permite el despliegue mediante click e hipervínculo a la lista de chequeo de la buena práctica que se desee.

Se diseña además una hoja de cálculo en Excel que contiene las fichas técnicas de cada uno de los indicadores planteados para cada una de las buenas prácticas y como parte del paquete instrucción Monitorear la frecuencia con la que ocurren los incidentes y eventos adversos

Ilustración 1: Diseño lista de chequeo

PAQUETE INSTRUCCIONAL:				
CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES



SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ATENCIÓN SEGURA

2. EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y MONITOREO DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL

3. MODELO PEDAGÓGICO

PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

1. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD.

2. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

3. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS.

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

5. PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

6. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.

7. GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO.

8. REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CARDIOVASCULARES.

9. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

10. REDUCIR RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO.

11. REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL.

12. PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN.

13. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO.

14. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

15. EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA.

16. SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

INCENTIVAR PRACTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

1. GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES.

2. PREVENIR EL CANSANCIO EN EL PERSONAL DE SALUD.

3. GARANTIZAR LA FUNCIONABILIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. FICHA TECNICA INDICADORES PROPUESTA EN LAS GUIAS

Ilustración 2: Inicio

**PAQUETE INSTRUCCIONAL: MONITOREAR LA FRECUENCIA CON LA QUE OCURREN
LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**



BUENA PRACTICA:

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE:	<input type="text"/>
DOMINIO:	<input type="text"/>
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	<input type="text"/>
DENOMINADOR	<input type="text"/>
UNIDAD DE MEDICION	<input type="text"/>
FACTOR	<input type="text"/>
FORMULA DE CALCULO	<input type="text"/>

Ilustración 3: Ficha técnica indicador

12.5 REVISION DE ACTUALES GUIAS DE BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En la revisión de las actuales Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, se evidencia un nuevo diseño físico y estructural frente a las anteriores guías existentes con data del 2007, cada una de ellas son presentadas en un documento en PDF interactivo, en que se puede ingresar a cada uno de los contenidos del documento dando clic sobre el título de desee buscar.

Las Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente responde a un propósito y actualizan las anteriores, muestran los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales, implementadas de manera sistémica, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos. En la actualización se ha tenido en cuenta no solo los avances científicos publicados en la literatura internacional, sino también la referenciación nacional e internacional con hospitales de alto reconocimiento por su calidad y seguridad y la experiencia alcanzada por los líderes del sector en nuestras instituciones acreditadas.

Cada una de las Guías Técnicas conserva una estructura de contenido que describe introducción, objetivos generales y específicos, glosario, escenario problemático, metas de aprendizaje, marco teórico, apropiación, evidenciar resultado, experiencias exitosas, conclusiones y anexos.

Se plantea en cada una de las Guías Técnicas un modelo de Aprendizaje Basado en Problemas que propone preguntas de reflexión como método de alianza con los temas de aprendizaje para el lector, para implementar la Buena práctica y contar con elementos conceptuales para evaluar sus resultados.

La Guías técnicas desarrolladas por el Ministerio de Salud y protección Social, orientan para brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

Cada una de las Guías técnicas sustenta la presencia de eventos adversos en cualquier actividad y siendo un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso, y lo importante de no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

12.6 DISEÑO DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LAS GUIAS DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Con la lectura, análisis y revisión de cada una de las buenas prácticas se realiza una selección preliminar de las buenas prácticas descritas en la Guía Técnica, luego mediante una segunda lectura se redefinen puntualmente las Buenas prácticas y se redacta contextualizando sin cambiar el sentido expreso definido en el documento. Se define una plantilla en Excel solo para indicadores. Se diseñan 21 listas de chequeo de buenas prácticas y una lista de fichas técnicas de Indicadores de seguridad del paciente.

13 CONCLUSIONES

La construcción de una lista de chequeo no se deriva de opiniones o sugerencias, sino que implica la utilización sistemática de metodologías integradas, no existiendo literatura científica específica que haga alusión a dicha metodología. A pesar de la gran utilización de esta tecnología, la metodología de construcción es poco clara, no pudiéndose identificar patrones que permitan la estandarización de normas metodológicas para su generación.

Las listas de chequeo requieren una definición clara de los tipos de programas, servicios, personal, u otros objetos a ser evaluados, además de las características de los usuarios en los cuales será aplicada. Cada categoría y sus conceptos clave del punto de chequeo deben definirse claramente y la importancia de cada categoría también debería estar justificada.

Las listas de chequeo o verificación son herramientas transcendentales para la disminución en los errores en la atención en salud, pero también para mejorar las aplicaciones de las estrategias de las Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, cuando la memoria y la vigilancia de funciones cognitivas pueden verse afectadas por la gran cantidad de información y elementos conceptuales.

El desarrollo de las Listas de Chequeo para la seguridad del paciente implican un procedimiento metodológico, no solo la sistematización sino que además se demuestran los mecanismos por los cuales las listas de chequeo, como medida estandarizada de medición de los procesos en salud, posee una confiabilidad y validez que sustente su correcta aplicación en los contextos específicos que sustentan las Guías Técnicas, optimizando de ese modo la entrega de criterios y la evaluación para entregar una atención más segura.

En el marco de los esfuerzos desplegados el Ministerio de Salud y Protección Social para actualizar las Guías de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente se requiere además de una Herramienta efectiva para la aplicación de cada una, de compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes retos en la implementación de prácticas seguras así como las inadecuadas prácticas y barreras para la seguridad para evaluar y gestionar los hallazgos y evitar que se presenten los mismos incidentes y eventos adversos.

14 RECOMENDACIONES

La seguridad del paciente es un elemento esencial en la atención en salud y como dimensión clave en los elementos de mejora continua de los servicios de salud que se debe impulsar desde las instituciones, organizaciones y sociedades científicas en pro de conseguir una mejora efectiva de la calidad.

Implementar la aplicación de esta iniciativa que intenta poner en manos de organizaciones, profesionales y de la comunidad científica, los instrumentos listos de chequeo para las Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, que ayuden u orienten a la implementación de acciones de mejora y su evaluación con el objetivo, en pro de lograr instituciones y procesos asistenciales más seguros.

Para la aplicación de las listas de chequeo se debe propiciar un ambiente previo de aceptación por el equipo de colaboradores y asignar por la organización líderes idóneos con conocimientos en el Sistema único de Habilitación, retroalimentar periódicamente resultados en un ambiente no punitivo y de confidencialidad.

Se dispone en el cuadro de mando de indicadores de seguridad para su evaluación, revisión y seguimiento. Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad del paciente como elementos de mejora

15 BIBLIOGRAFÍA

- Algieri, R. D., & Ferrante, M. S. (2012). Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica Postoperatoria en la Sala General. *SCIELO*.
- Alonso, M. d., & Melián., M. G. (2010). Lista de verificación para la identificación de peligros ambientales en unidades de hemodiálisis. *PUBMED*.
- Buitrago, L. M. (2013). La lista de chequeo: un estándar de cuidado. *BIREME*.
- D, B. W., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexto, J. B., Rampersad, C. J., & J., P. P. (2009). REVISION CLINICA LAS LISTAS DE COMRPOBACION. *BIREME*.
- Etcheto, H. F., Autorino, D. C., Civetta, L., Blanchod, C. C., Palanconi, M., Palacios, A., & Cacheiro., F. (2013). Lista de Control o Verificación ("Checklist") en Procedimientos Artroscópicos. *BIREME*.
- Freitas, R. D., Martín-Laez, R., & Madrazo-Lealb, C. B. (2011). Investigación clínica Implantación de la lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud modificada para el paciente neuroquirúrgico: experiencia inicial en 400 casos. *PUBMED*.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., & Sc.D. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *BIREME*.
- Mayans, M. d., Arana, E., & Sánchez-Aparisi, E. (2012). Diseño de una lista de verificación para radiología intervencionista. *BIREME*.
- Mella, P. F., Benavides, L. V., & Gómez., P. K. (2012). Construcción de listas de chequeo en salud. La metodología para su construcción. *PUBMED*.
- MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE CHILE. (2009). Construcción de listas de chequeo en salud. La metodología para su construcción. En P. F. Mella, *SERIE CUADERNO DE REDES* (pág. 40). Santiago de Chile: INAHTA.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Guía Técnica de Buenas Practicas para la seguridad del paciente. Seguridad del paciente y atencion segura*. Bogota. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Asegurar la correcta identificacion del paciente y las muestras de laboratorio*. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Asegurar la correcta identificacion del paciente en los procesos asistenciales*. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Atención de urgencias en población pediátrica*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atencion en salud*. Bogota D.C.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Evaluación de la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos y monitoreo de los aspectos claves de la seguridad del paciente.* Bogota D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Incentivar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.* Bogota D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Mejorar la seguridad en los procesos Quirurgicos.* Bogota D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Prevención de la malnutrición o desnutrición.* Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.* Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Prevenir el cansancio en el personal de salud.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Prevenir Ulceras de presión.* Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Procesos para la prevencion y reduccion de riesgos.* Bogotá. D.C.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Reducir el riesgo de atención del paciente crítico*. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Reducir el Riesgo de atencion en pacientes Cardiovasculares*. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Reducir el riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental*. Bogotá. D.C.,.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes Instruccionales. Guia Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos*. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). *Paquetes instruccionales. Guía Técnica de Buenas Practicas para la seguridad del paciente. Modelo pedagógico*. Bogota D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2006). Lineamientos para la implementacion de la politica de seguridad del paciente. Bogota D.C.
- Pardal-Refoyo, J. L., Cuello-Azcarate, J. J., & Santiago-Peña, L. F. (2014). Development of a checklist in risk management in thyroidectomy. *BIREME*.
- Pires., M. P., Pedreira, M. d., & Peterlini, M. A. (2013). Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias. *PUBMED*.
- Secanella, M., Orrego, C., Vilac, M., Vallverdú, H., Moraa, N., Ollere, A., & Bañeres., J. (2012). Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: experiencia de la fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya. *PUBMED*.

16 ANEXOS

1. Lista de Chequeo Seguridad del Paciente y atención segura
2. Lista fichas técnicas indicadores para evaluar de la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos y monitoreo de los aspectos claves de la seguridad del paciente
3. Lista de Chequeo Modelo pedagógico
4. Lista de Chequeo Detectar, prevenir y Reducir infecciones asociadas a la atención en salud.
5. Lista de Chequeo Mejorar la seguridad de la utilización de medicamentos
6. Lista de Chequeo Procesos para la prevención y reducción del riesgo de caídas.
7. Lista de Chequeo Mejorar la seguridad en procesos quirúrgicos.
8. Lista de Chequeo Prevenir úlceras de presión
9. Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales.
10. Lista de Chequeo Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Lista de Chequeo Reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares.
12. Lista de Chequeo Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
13. Lista de Chequeo Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
14. Lista de Chequeo Reducir el riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental.
15. Lista de Chequeo Prevención de la malnutrición o desnutrición.
16. Lista de Chequeo Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.
17. Lista de Chequeo Atención de urgencias en población pediátrica.
18. Lista de Chequeo Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
19. Lista de Chequeo Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
20. Lista de Chequeo Incentivar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
21. Lista de Chequeo Prevenir el cansancio en el personal de salud.
22. Lista de Chequeo Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado.