

**PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN
UNIDADES
TRANSFUSIONALES
COLOMBIANAS
INDEPENDIENTES AL
SOGCS**

Elizabeth Góngora Cruz

Laura Nathalia Corredor Romero

Maribel Bedoya Cruz

Yanitzia Natalia Verján Ávila



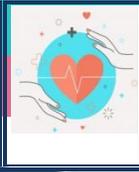
**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE
CUNDINAMARCA
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ 2019**

VERSIÓN 1.0



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO LEGAL.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4. ALCANCE:.....	7
5. CONTENIDO.....	7
6. MODELO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN SEGURA.....	8
6.1 DEFINICIONES:.....	9
7. POLITICA INSTITUCIONAL.....	12
8. EJES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	13
8.1 PROMOCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD:.....	13
8.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	14
8.3 RONDAS DE SEGURIDAD.....	15
8.4 SESIONES BREVES.....	15
9. DESARROLLO DE HABITOS Y PRÁCTICAS SEGURAS.....	16
10. APRENDIZAJE ORGANIZACION.....	20
10.1 GESTIÓN DE LOS EVENTOS:.....	20
10.2 ANÁLISIS DE LOS EVENTOS:.....	21
10.3 GESTIÓN DEL RIESGO.....	22
11. Bibliografía.....	25



1. INTRODUCCIÓN

"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia" (*Santiago Ramón y Cajal*)

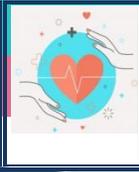
Las unidades transfusionales como organizaciones de gestión de alta responsabilidad social y humana, consideran de vital importancia la perfecta adherencia y fidelidad a las políticas de garantía de la calidad, y la implementación de la política de seguridad del paciente como columna vertebral de un sistema de gestión de calidad en salud, esto con el fin de lograr una integralidad en la calidad que va más allá del cumplimiento del programa de Hemovigilancia a cargo del INVIMA. En el papel de la alta gerencia de la calidad en salud toma importancia la iniciativa y liderazgo de proyectos orientados hacia la consecución de propósitos comunes que permiten de una manera humanizada, la satisfacción del paciente promoviendo en este caso específicamente, por competitividad y compromiso, la mejora en la atención y preservación de la seguridad del paciente que requiere de una transfusión sanguínea.

Con el paso del tiempo, la visión que se tenía sobre la atención del paciente ha venido cambiando hacia la integralidad del concepto de Salud, en el cual no solo se tiene en cuenta el componente corporal, sino que además involucra el bienestar social y mental del individuo al que se le presta el servicio de salud.

Es deber de los profesionales de la salud trabajar por la seguridad de los pacientes, independientemente del área o nivel de asistencia en el que se labore. Dada la importancia que tiene brindar servicios seguros, se hace necesario la utilización de herramientas que luego de ser diseñadas e implementadas, permitan que esto suceda, en la medida que se logre minimizar el riesgo al que se expone el paciente de sufrir un evento adverso. Esto aplica a nivel mundial, a todos los estados miembros de las organizaciones de salud y los sistemas en los que se consoliden. En Colombia, se planea la seguridad del paciente como una oportunidad de mejora integral en las instituciones prestadoras de salud, el marco que desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) busca impulsar la política de seguridad al paciente motivo por el cual, e Ministerio de Salud y Protección Social, ha emitido documentos para facilitar y orientar la



implementación de dicha política en las organizaciones, así mismo, se considera una serie de guías documentales, relacionado con la prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y el manejo de la sangre y sus componentes, en el contexto de la transfusión sanguínea forjada en la administración in situ. Con ésta inicial institucionalización y referenciación en materia de seguridad del paciente, se visualiza un horizonte de oportunidades y retos empresariales que, incluso, son alusivos y extensivos a las buenas prácticas en el proceso de transfusión sanguínea, pero, en definitiva, no existe un enfoque asociado a los centros, unidades o bancos de sangre, encargados de la obtención, procesamiento, adecuación, almacenamiento y transporte de la misma como producto terminado, apto para el suministro desde un donante a un receptor que así lo requiera. Si bien es cierto a este tipo de organizaciones les aplica unas Buenas Prácticas de Manufactura, mejor denominadas de procesamiento, el enfoque no es en sí hacia el individuo, por lo que se considera pertinente implementar la cultura de seguridad al paciente en este tipo de organizaciones que en Colombia, representan un número de 81 empresas entre hospitalarios y distribuidores (Salud, 2018) ya que, a pesar de que no tienen contacto directo con el paciente, cualquier error en su cadena de proceso pueden poner en riesgo la vida de los mismos. En este sentido, desde 1996, la iniciativa SHOT (Serious Hazard of transfusión) adelantada en Reino Unido, busca en la hemovigilancia promover acciones seguras para disminuir el riesgo de incidentes fatales en las transfusiones entre los que se identificaron : infección microbiana, infecciones víricas, reacciones transfusionales agudas, tardía, transfusión incorrecta de componentes sanguíneos entre otras (Mejia, 2009), pero de nuevo , con un enfoque de control sobre el producto masivo y no sobre la esencia del individuo como paciente receptor.



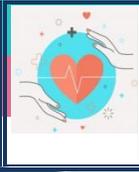
2. MARCO LEGAL

La siguiente es una breve referencia de la normatividad clave y de referencia en el sentido específico de la seguridad del paciente en Colombia. Marco Legal asociado a la normatividad para tener en cuenta en el Programa de Seguridad Del Paciente en la Unidad Transfusional.

Constitución Política de Colombia del 4 de julio de 1991. Congreso de la República de Colombia. Artículo 78: La ley debe regular el control ejercido a los bienes y servicios prestados a la comunidad, así como la información proporcionada al público sobre su comercialización. En cumplimiento de la ley será responsable cualquiera que atente contra la salud, durante la producción y comercialización de tales bienes y servicios.

Decreto Número 1571 del 12 de agosto de 1993. El cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, respecto al funcionamiento de establecimientos encargados de la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia (licencias sanitarias, vigilancia y control). Aplicando de este el contenido del documento exceptuando los capítulos III (de los donantes de sangre) y IV (de la aféresis).

Política Nacional de Sangre. Directriz evaluada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnología de la Salud que sirve para garantizar a los colombianos el acceso a suministro de sangre segura. Muestra el resultado de las acciones realizadas por los entes de control como el INVIMA, encargado de regular la normatividad y su cumplimiento para este tipo de establecimientos. El diseño de esta Política permite que los diferentes actores que intervienen en el sistema de salud garanticen la disponibilidad de una sangre y de sus hemoderivados, por medio de ciertas estrategias y líneas de acción, orientadas a



solucionar los problemas que tiene nuestro país con lo que respecta a las necesidades de uso de la sangre y sus componentes sanguíneos.

Anexo Técnico N° 1, Circular 0082 de 2011. La cual establece y describe el proceso de confirmación, asesoría, canalización de donantes y reporte al sistema de vigilancia epidemiológica, de los donantes de riesgo por parte de los Bancos de Sangre, y de la acción de los demás participantes de la Red Nacional de Sangre en Colombia.

Resolución 2003 DE 2014 de 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, la cual aplica para los todos los servicios en el estándar de Procesos Prioritarios, cuando estos realicen procedimientos de transfusión, deben contar con una serie de criterios de obligatorio cumplimiento; inmersos en el Grupo de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, en el servicio de Transfusión Sanguínea.

Resolución 0256 del 5 de febrero de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Decreto 780 del 6 de mayo de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.1.1.1 con lo que respecta al campo de aplicación, no se impondrá las normas del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud) a los Bancos de Sangre entre otros establecimientos del sistema, ya que la vigilancia y control de los productos y servicios que prestan, le corresponde exclusivamente al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Por lo anterior se deduce que ante esa exclusión los Bancos de Sangre y Unidades Transfusionales en el SOGCS; no cuentan con un Programa de Seguridad del Paciente.



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos para la integración de estrategias, programas y herramientas en los procesos de la Unidad Transfusional, para promover una cultura de seguridad del paciente, y acciones que lleven a la prevención y detección de la ocurrencia de los eventos adversos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

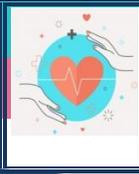
- ✓ Reforzar la cultura de la seguridad del paciente dentro de la organización.
- ✓ Definir estrategias de seguridad que permitan reducir los riesgos y disminuyan la aparición de los eventos adversos.
- ✓ Proponer la aplicación de prácticas seguras que optimicen los procesos y procedimientos asistenciales como efecto del fortalecimiento de aptitudes y habilidades en los servidores.
- ✓ Motivar la cultura del reporte oportuno.
- ✓ Apoyar el aprendizaje organizacional, por medio de una guía que oriente la actuación de los profesionales a cargo del servicio.

4. ALCANCE:

Aplica a todos los procesos y servicios involucrados en la unidad transfusional que participan indirectamente de la atención del paciente.

5. CONTENIDO

- **Campo de acción:** La Unidad Transfusional según el Manual De Normas Técnicas, Administrativas Y De Procedimientos En Bancos De Sangre de Colombia, es el establecimiento dotado con capacidad técnica, científica y administrativa de una institución hospitalaria pública o de un proveedor particular destinada a la transfusión de sangre total o de sus componentes



provenientes de un banco de sangre y que al igual que las otras áreas destinadas a la prestación de servicios de salud, debe cumplir con una serie de requisitos para su funcionamiento. Esta Unidad debe satisfacer con oportunidad y calidad la demanda de los componentes sanguíneos solicitados por los servicios externos que realicen las prácticas de la transfusión; en ellas también se almacena sangre y componentes sanguíneos a los que según sea requerido se pueden realizar pruebas de compatibilidad de sangre y componentes para uso exclusivo actividades de transfusión hospitalaria. Durante la fase en la que se realizan las pruebas pretansfusionales es indispensable que la Unidad Transfusional preste mayor atención a las fallas que puedan generarse en dos puntos claves: Solicitud de transfusión: petición y recepción de sangre para pruebas cruzadas y en el montaje de las Pruebas Cruzadas. Figura 1.

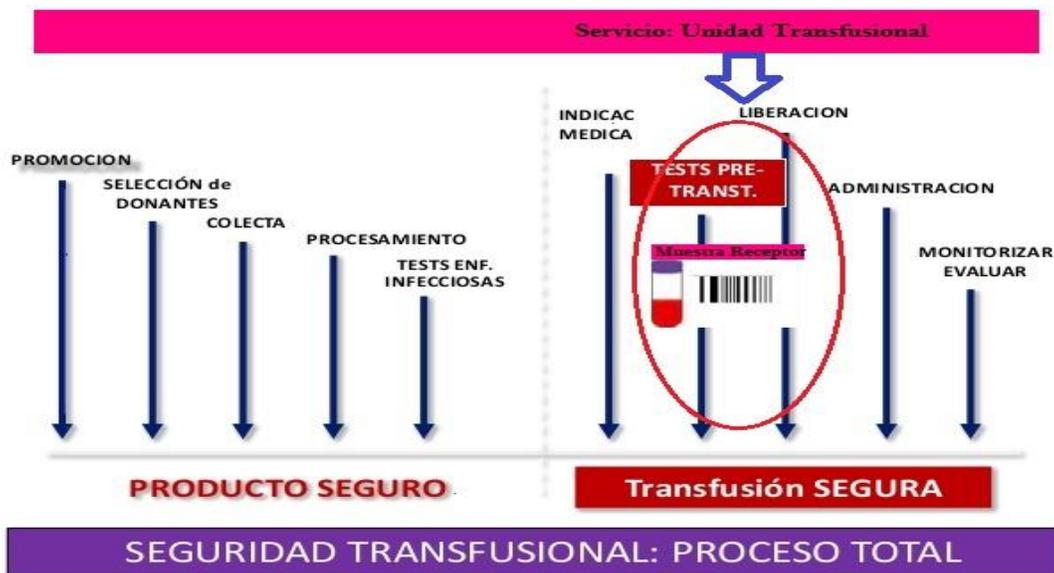


Figura 1. Adaptado de: Mecanismo de Seguridad. Riesgos de la transfusión. García, 2016. Publicado bajo la licencia CCO = 1470652934.

6. MODELO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN SEGURA

Al materializarse alguno de los riesgos presentados en la asistencia en salud, hay que analizar lo que indique una atención insegura, para determinar el efecto que pudo llegar a tener sobre el



paciente. La representación gráfica, basada en la terminología que se relaciona con la política de seguridad del paciente planteada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, nos sirve de guía para entender mejor este programa. Ver Figura 2.

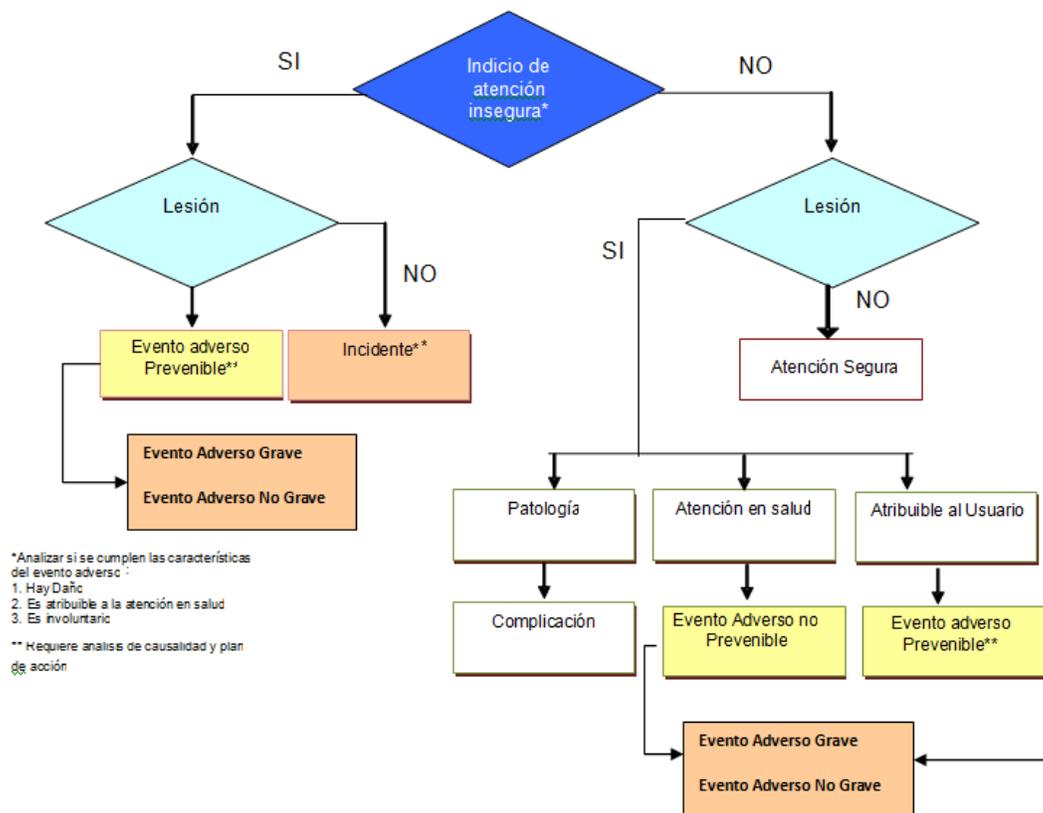
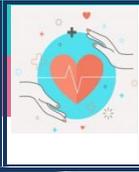


Figura 2. Metrosalud. (2013). Caracterización de la terminología. Modelo De Seguridad Del Paciente Con Enfoque En Humanización De Los Servicios De Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

6.1 DEFINICIONES:

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. **BARRERA DE SEGURIDAD:** Es una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.



COMPLICACIÓN: Su principal causa es la condición propia del paciente y es la causa del daño o resultado clínico.

ERROR: Es la acción involuntaria que tiene resultados negativos y/o que produce daño

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos se caracterizan por cumplir con 3 condiciones: a) existe una lesión y/o daño, b) se generó durante una atención en salud, y c) se generó de manera involuntaria por el personal asistencial. 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.

EVENTO CENTINELA: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

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

- **Ambiente:** Referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Contexto institucional:** Referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: 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.

- *Equipo de trabajo:* Todas las conductas de equipo de salud 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.
- *Individuo:* El equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- *Organización y gerencia:* Referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- *Paciente:* Paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- *Tarea y Tecnología:* Toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

HEMOVIGILANCIA. Es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional, desde la extracción de la sangre y componentes hasta el seguimiento de los receptores , todo ello con el fin de prevenir, y tratar su aparición o recurrencia.

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, puede ser prevenible.



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

RECEPTOR. Es la persona que ha recibido una transfusión de sangre o componentes sanguíneos y cuyos datos deben estar identificados inequívocamente previo a la realización de la pruebas de compatibilidad frente al o los componentes eritrocitarios homólogos a transfundir.

RIESGO Es la probabilidad que un incidente o evento adverso.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

7. POLITICA INSTITUCIONAL

La unidad transfusional de como servicio independiente del SOGCS se compromete con la disminución y minimización de los riesgos de ocurrencia de incidentes y eventos adversos que puedan llegar a materializarse en el servicio de transfusión y el acto transfusional en sí, de nuestras instituciones vinculadas por medio de la implementación de metodologías y herramientas en alianza con el personal involucrado con un enfoque centrado en el paciente quien va a recibir nuestros hemocomponentes y basados en el principio de Multicausalidad de la seguridad del paciente por medio de la inclusión de la alta gerencia de (mencionar el nombre de la institución a la cual pertenece) busca la educación, socialización, difusión e implementación de la política a través de toda la organización y de nuestras instituciones vinculadas siendo reconocida como actor en sus programas de seguridad del paciente. Ver Anexo A.



Para la elaboración de la Política se diseñó una matriz donde se incorporaron cada uno de los aspectos necesarios y fundamentales, de igual forma se planteó una Plataforma Estratégica que puede llegar a ser incorporada por la Unidad Transfusional Independiente que desee incorporar ésta política, incorpora cada una de las partes interesadas y su impacto dentro de la política, oportunidades de mejora que se plantean ante la alta dirección de la organización y su compromiso con la política y aquellos factores claves de éxito para el desarrollo de ésta. Ver Anexo B.

8. EJES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Modelo de Seguridad del Paciente enfocado en la humanización de los servicios de salud, tiene tres ejes fundamentales que interactúan sinérgicamente: La cultura frente a la Seguridad del Paciente, Procesos Seguros y Aprendizaje Organizacional. Ver figura 3.

8.1 PROMOCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD:.

La Promoción de Cultura de Seguridad del Paciente aplicada al servicio de Unidad Transfusional:

El Programa de Seguridad del Paciente aplicado a todos los eslabones de la cadena transfusional, hace parte de los elementos un sistema de Hemovigilancia que llevan a cabo algunas organizaciones destinadas a la prestación de servicios que van desde la selección del donante hasta el la ejecución de la transfusión como tal; a continuación se mencionaran los elementos que hacen parte de la estructura del Programa de Seguridad del Paciente aplicados en este caso a la Unidad Transfusional.

Medición del Clima de Seguridad:

Esta actividad, pretende evidenciar la precepción que tienen los empleados y directivos sobre la organización, para lo cual se debe hacer inicialmente una caracterización de la cada una de las dimensiones de comunicación.

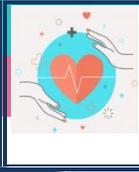


Para llevar a cabo esta medición se puede hacer uso de diferentes herramientas, se contará con un modelo propio de medición de la cultura, el cual se aplicara en toda la organización y será construido de manera participativa; se irá ajustando de acuerdo a los cargos que ocupe el personal en los diferentes servicios. Inicialmente puede usarse la herramienta de medición: Hospital Surveyon Patient Safety Culture (desarrollada por la AHRQ: Agency for Health care research and quality), la cual consiste en un cuestionario donde se dimensionan varios aspectos de la cultura de seguridad.

8.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Grupo Operativo: Hace referencia a los grupos multidisciplinarios que durante periodos de tiempo y de manera voluntaria junto con personal de áreas funcionales y que en caso de la unidad transfusional, trabajan para mejorar los procesos asistenciales por medio de actividades cortas de inspección sobre las labores cotidianas de un área específica de trabajo. Este grupo debe contar por lo menos con un representante del área administrativa y de alguna de las áreas funcionales de la organización. El equipo operativo del comité de seguridad del paciente debe realizar las siguientes actividades:

- Revisar, analiza y definir de evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar, por parte de los responsables del proceso y/o procedimiento.
- Incluir al personal de asistencial en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
- Promover una cultura de reporte de eventos adversos.
- Vigilar que los sistemas de información funcionen correctamente y no sufran retrasos.
- Apoyarán al líder del programa integrando la información sobre los resultados obtenidos en las actividades, para su posterior informe al comité decisorio de seguridad del paciente.
- Participar en las Rondas de Seguridad.



8.3 RONDAS DE SEGURIDAD

Son reuniones en las que interviene personal administrativo y de un servicio asistencial determinado, para promover un cambio en la Cultura de Seguridad de Paciente por medio de actividades que verifiquen la adherencia a guías, protocolos y buenas prácticas. Son visitas cortas sin previo aviso y deben realizarse bajo un enfoque de aprendizaje que promueve la cultura de reporte sin temor; cuya metodología será observacional aplicando entrevistas al personal asistencial. Procedimiento de las Rondas de Seguridad: se desarrollarán en los siguientes pasos:

- 1) Formación del equipo.
- 2) Planificación.
- 3) Identificación de los riesgos por área.
- 4) Aplicación de listas con los criterios a chequear.
- 5) Reportes sobre planes de mejora.

8.4 SESIONES BREVES

Son actividades que apoyan la herramienta de Rondas de Seguridad, pero se llevan a cabo en lapsos de tiempo más cortos, por lo general de 5 a 10 minutos, una o dos veces por semana, en reuniones donde el personal a cargo del servicio recibe recomendaciones y se siente motivado a realizar observaciones sobre las dificultades que con más frecuencia se presentan sobre aspectos de seguridad del paciente en el servicio donde laboren.

Los responsables de dirigir esta actividad son los funcionarios líderes de cada área asistencial del servicio, que han sido delegados por la Gerencia de la institución. Su planificación se hace de acuerdo a un cronograma diseñado para programar las actividades, y puede ser modificada teniendo en cuenta los resultados de los indicadores sobre los Eventos Adversos propios del servicio donde se haga la sesión.



9. DESARROLLO DE HABITOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

Dentro del componente de cultura de seguridad del paciente se plantean las siguientes estrategias:

- **Normas transversales de seguridad:** Son lineamientos comunes a todos los procesos de atención clínica y cuya aplicación en el día a día, ayuda a evitar el que se genere un error. Debe incluir lo siguiente:
- **No hacer lo que no se sabe hacer bien**, se debe tratar siempre de conocer lo que se va a realizar o por lo menos pedir ayuda de alguien que tenga mayor pericia.
- **Expresar cualquier duda** por insignificante que sea al personal con más experiencia sobre el procedimiento.
- **Adherirse a las guías y protocolos** de atención adoptadas por la institución.
- Tener una comunicación clara, adecuada y permanente con todo el equipo de salud que está interviniendo en la prestación del servicio
- Trabajar siempre que sea posible apoyado en **equipos interdisciplinarios**.

Estrategias del talento humano para la seguridad del paciente en la unidad transfusional:

Los procesos desarrollados por el personal asistencial deben articularse con la estrategia de seguridad del paciente además de incluir los procedimientos de selección, vinculación, inducción, re inducción y capacitación, que permitan el desarrollo de destrezas y habilidades de cada uno de sus funcionarios frente a los hábitos y prácticas seguras. Estas estrategias son las siguientes:

- Capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente
- Plan de Sistema de seguridad y salud en el trabajo
- Manual de bioseguridad
- Guías de reacción inmediata

Para el desarrollo de estas prácticas en Unidades Transfusionales Colombianas, es indispensable tener presente los lineamientos que ofrece la " Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente" del Ministerio de Salud y Protección Social la cual a su vez contiene los paquetes



instruccionales correspondiente a cada una, en esta se incluyen cuatro grupos que buscan incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, los procesos que aplican a las unidades transfusionales son los siguientes:

A. **Procesos Institucionales Seguros:** Estos se caracterizan por:

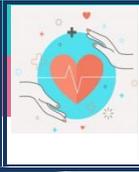
- Contar con un Programa de Seguridad del Paciente con su respectiva caja de herramientas para identificación y gestión de eventos adversos.
- Brindar capacitación del cliente interno.
- Estandarización del proceso de manejo de los componentes sanguíneos dentro del servicio hasta su salida hacia el servicio transfusional que lo requiera.
- Seguridad del ambiente físico y de la tecnología.
- Evaluación de la ocurrencia de los Eventos Adversos.
- Aseguramiento de las competencias del personal de salud, por parte de la gerencia.

B. **Procesos Asistenciales Seguros:** Son aquellos procesos aplicados a la práctica segura que a una unidad transfusional tienen como objetivos:

- Garantizar la conservación de las características biológicas y físicas de las muestras y hemocomponentes.
- Aplicación de un sistema de calidad.
- Garantizar la custodia y confidencialidad de los resultados del paciente receptor.
- Utilización de las siguientes Barreras y defensas :

1. **Protocolo para la correcta identificación de pacientes en los procesos asistenciales :**

La institución define una guía para la identificación correcta de los usuarios teniendo en cuenta los principales riesgos que se registran en los procesos de atención, esta se da desde que ingresan las muestras del paciente receptor para sus respectivas pruebas de compatibilidad cruzadas con el hemocomponente a transfundir, hasta la posterior salida de estos a los servicios externos que los soliciten. Entre los datos que permiten identificar correctamente la muestra del paciente receptor



están: Nombres y apellidos completos, tipo y número de documento de identificación, fecha de nacimiento, datos de ubicación, entre otros.

2. **Guía para la Prevención de complicaciones asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, Componente y a la Transfusión Sanguínea.**

En este punto se tiene se debe tener en cuenta la seguridad de las condiciones de transporte y conservación de los hemocomponentes, su disponibilidad y suficiencia para ser oportunamente suministrada tras su solicitud y controles de calidad sobre las pruebas de compatibilidad.

3. **Protocolo del Higiene de Manos:**

Asumiendo la iniciativa de la OMS en su programa "Una atención limpia, es una atención más segura", la organización dispondrá de los diferentes elementos de dotación e infraestructura para la aplicación de la metodología del porqué, cómo y cuándo hacer la higiene de las manos, propuesta en las guías del Ministerio de protección social y de la Organización Mundial de la Salud; además de fortalecer la cultura de seguridad realizando capacitaciones permanentes sobre el tema. La higiene de manos se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para evitar la diseminación de microorganismos infecciosos. El modelo propone que el personal de atención asistencial en salud de la Unidad Transfusional realice la higiene de manos utilizando las siguientes técnicas :

- ✓ **Técnica de higiene de manos con preparación alcohólica:** consiste en la aplicación de un agente antiséptico sobre la superficie de las manos, sin usar agua. Dicho producto alcohólico ya sea que se encuentre en presentación líquida, en espuma o gel, debe contener además excipientes que no provoque daño a la piel. Procedimiento según OMS:

Duración : 20- 30 segundos

- 1) Aplicar el producto llenando la manos hasta cubrir toda la superficie.
- 2) Frotar las manos palma con palma generando fricción.



- 3) Frotar la palma de la mano derecha, contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa
- 4) Frotar las palmas entre si, entrelazando los dedos.
- 5) Frotar el dorso de los dedos con la palma de la mano opuesta, enganchándose los dedos.
- 6) Frotar de manera giratoria, los dedos pulgares, para limpiar la zona de agarre de la mano.
- 7) Frotar la yema de los dedos sobre la palma de cada mano, haciendo un movimiento de rotación.
- 8) Dejar secar las manos.

✓ **Técnica de lavado de manos con agua y jabón:** Se debe hacer de forma regular, en especial cuando las manos estén visiblemente sucias o contaminadas, para lograr así la disminución del daño en la salud por transmisión de enfermedades. Procedimiento según OMS:

Duración: entre 40 y 60 segundos

- 1) Mojar las manos con agua.
- 2) Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente que cubra la superficie de ambas manos.
- 3) Frotar las palmas de las manos entre sí.
- 4) Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
- 5) Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 6) Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 7) Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.



- 8) Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- 9) Enjuagar las manos con agua.
- 10) Secarse las manos con una toalla de un solo uso.
- 11) Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

C. **Prácticas Seguras relacionadas con la mejora en la actuación de los profesionales**, esta se enfocan en:

- Desarrollar una adecuada comunicación entre el personal a cargo de las Unidades Transfusionales y los servicios externos que solicitan los hemocomponentes.
- Prevenir el cansancio del personal de salud, lo cual se puede lograr asignándoles horarios de trabajo que no excedan los límites máximos recomendados, además de proporcionarles espacios y tiempos de descanso.

10. APRENDIZAJE ORGANIZACION

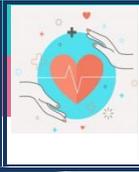
MONITOREO DEL EVENTO ADVERSO

10.1 GESTIÓN DE LOS EVENTOS:

La gestión del evento adverso es el proceso va desde la de identificación, notificación, análisis, evaluación y seguimiento de los sucesos que se presentan en los diferentes puntos de atención de la organización con el fin de reconocer las brechas y oportunidades de mejora que contribuyan a la calidad de la atención en salud.

Metodología de reporte y análisis de eventos adversos

REPORTE:Una vez identificados los riesgos podemos continuar al proceso de reporte de los incidentes que se pueden presentar en la unidad transfusional; el formato de reporte busca precisar



los detalles de descripción, persona responsable, tiempo, lugar, modo, aseguramiento de confidencialidad, análisis y gestión del incidente que se presenta recogiendo de una forma fácil, concreta, libre y espontánea la información del suceso con el fin de permitir al reportante manifestar lo ocurrido. Ver Anexo C.

10.2 ANÁLISIS DE LOS EVENTOS:

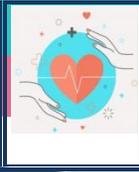
Se adoptará la metodología sugerida en la Guía de " Evaluación De La Frecuencia De Eventos Adversos Y Monitoreo De Aspectos Claves Relacionados Con La Seguridad Del Paciente" del Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez clasificado y notificado el reporte, el Grupo Operativo según la clasificación y priorización del evento adverso, realizará la investigación, análisis y proyección del plan de mejoramiento. Los resultados sobre esta actividad, se darán a conocer a todo el personal periódicamente, pero sin hacer alusión al nombre de los trabajadores involucrados en el incidente o evento adverso. Con el modelo de análisis de causa raíz de Protocolo de Londres, se analizarán todos los elementos organizacionales que presuntivamente fueron incumplidos para que el riesgo se convirtiera en un evento adverso.

MODELO EXPLICATIVO DE CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS (Protocolo de Londres)

Es una guía para analizar el riesgo en salud, que facilita una investigación clara de los eventos adversos, va más allá de identificar cual fue el error o el "culpable" del error, esta herramienta permite investigar toda la cadena de sucesos y los factores que contribuyeron a que el error ocurra para finalmente descubrir cuáles son las carencias de la organización de salud. Este protocolo se basa en el modelo planteado por el Dr. James Reason, conocido también como la "Teoría del queso suizo".

Para que se provoque un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas durante los procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente si se produce una falla en uno de los procesos esta puede realzar las fallas existentes en otros procesos a manera de efecto dominó.



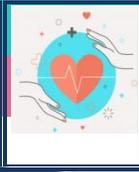
Las fallas sean de origen gerencial o de procesos organizacionales dan paso a las fallas latentes; cuando estas son detectadas antes de causarle daño al paciente se denominan incidentes, y si no se detectan producen el evento adverso. Por otro lado, las fallas activas si son bloqueadas por las barreras de seguridad que defina la institución se generan los **incidentes** y si no existen barreras o el error logra pasar las existentes, se produce el **evento adverso**. Ver Figura 5.



Figura 5. Modelo organizacional de causalidad de eventos adversos. Recuperado de <https://elblogdelaaafh.files.wordpress.com/2013/06/slide2.jpg>

10.3 GESTIÓN DEL RIESGO

La gestión del riesgo busca ofrecer una alternativa en cuanto a los riesgos detectados que afecten la seguridad del paciente, las posibles causas, los efectos indeseados (evidencia de la causa) que se pueden llegar a ocurrir y las consecuencias (riesgos); de la misma forma proponemos unas posibles acciones (mejoras) que pueden llegar a minimizar esos riesgos identificados por medio de la utilización e implementación de herramientas y actividades, resaltando el hecho de la identificación y caracterización de éstos riesgos en las unidades transfusionales.



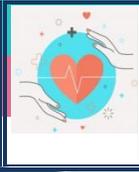
El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad en dos momentos: uno inicial (riesgo inherente) donde se evalúa el riesgo en sí realizando un análisis preliminar de las posibilidades de ocurrencia antes de los controles; y un segundo posterior a la gestión de ese riesgo valorando los controles para realizar la valoración final del riesgo.

Para describir los riesgos identificados en las unidades transfusionales asociados a la seguridad del paciente, actividades, peligros, evaluación del riesgo, controles, valoración del riesgo, opciones de manejo, acciones e indicadores propuestos, basados en la siguiente clasificación para la probabilidad y el impacto para la evaluación del riesgo y su posterior valoración después de la aplicación de los controles. Este proceso se puede llevar a cabo mediante la utilización de una herramienta conocida como matriz de riesgos. Ver Anexo C.

Como herramienta de visualización de estos datos, se recomienda utilizar el mapa de calor con el fin de mejorar la comprensión del impacto de los riesgos y la mejora del modelo de evaluación de los riesgos. Ver Anexo D.

Plan de Acción:

Así como el reporte es de suma importancia y fundamental para la efectividad del programa de seguridad al paciente, es necesario tener claro los pasos de reacción inmediata ante la ocurrencia de un incidente y/o evento adverso en la unidad transfusional con el fin de registrar la cadena de manejo ante estos temas. Ver figura 6.



Ruta de Identificación y Análisis de Eventos Adversos

Programa de Seguridad del Paciente en la Unidad Transfusional

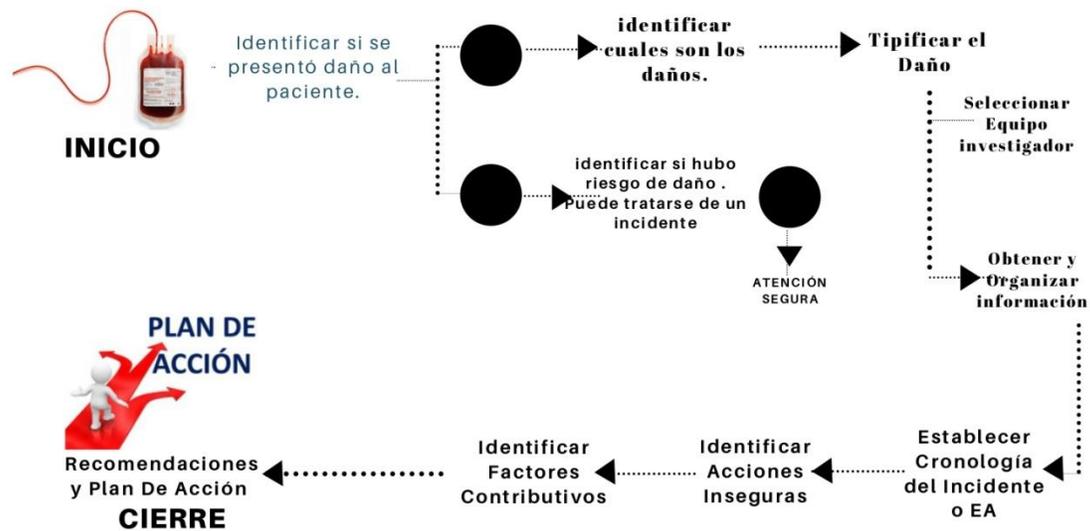
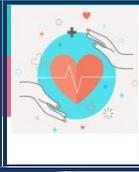


Figura 6. Ruta de Identificación y Análisis de Eventos Adversos. Elaboración Propia



11. Bibliografía

(2006). Decreto 1011 . Colombia: Ministerio de protección Social.

AMCG. (17 de febrero de 2014). Evolución de la Seguridad del Paciente el contexto mundial y su perspectiva en México. Recuperado el 12 de abril de 2019, de Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG):

Arias Botero, J. H., & Gómez Arias, R. D. (2017). La cultura de la seguridad del paciente : Enfoque y metodologías para su medición. CES MEDICINE , 180-185.

DECRETO 1571. (1993).

Decreto 2309. (15 de Octubre de 2002). Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Fundación Guayacanes. (05 de abril de 2018). ¿ Cómo estructurar un programa de seguridad del paciente?

Instituto Nacional de Salud. (2018). Informe ejecutivo de la red nacional de servicios de transfusión en Colombia 2018.

Mejía, A. M. (2009). Importancia Clínica de la hemovigilancia . La gestión en la seguridad transfusional y la hemovigilancia. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, 2, 90-94.

Ministerio de la Protección Social. (2010). Boletín N° 02 : Seguridad del paciente.

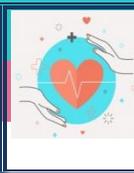
Ministerio de la Protección Social. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el SOGCAS.

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

Ministerio de salud y protección social. (2014). Modelo pedagógico.

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Recuperado el 27 de 08 de 2019, de <http://simudatsalud->

MINSALUD. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad al Paciente. Bogotá D.C: Buena y creativos.



MINSALUD. (1996). Ministerio de Salud. Recuperado el 26 de 07 de 2019, de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20NORMAS%20TECNICAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20BANCOS%20DE%20SANGRE.pdf>

MINSALUD. (2010). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 03 de mayo de 2019, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

MINSALUD. (2014). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 14 de abril de 2019, de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

MINSALUD. (2010). Evaluación De La Frecuencia De Eventos Adversos Y Monitoreo De Aspectos Claves Relacionados Con La Seguridad Del Paciente. Recuperado el 4 de Noviembre de 2019, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Salud, I. N. (10 de Agosto de 2018). Instituto Nacional de Salud. Recuperado el 26 de Julio de 2019, de

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/AreasEstrategicas/Informe%20anual%20Red%20Sangre%202017%20v2.pdf>

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Información (6ta ed.). México: Mc Graw Hill.

SCRIBD. (s.f.). Recuperado el 07 de 15 de 2019, de

<https://es.scribd.com/document/202552212/Resultados-Estudio-AMBEAS-Peru>



SHOT, S. H. (12 de Julio de 2018). SHOT, Serius Hazard of transfusion. Recuperado el 23 de Septiembre de 2019, de SHOT, SeriusHazard of transfusion: <https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-Report-2017-WEB-Final-v4-25-9-18.pdf>

Unesco. (28 de 08 de 2018). Obtenido de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>

Valle, H. D. (Noviembre de 2017). Psiquiatrico Cali. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de <https://www.psiquiatricocali.gov.co/images/PDF/programa-paciente-seguro.pdf>

Woolcott , O., Vivas, T., & Garzón , T. (2017). El problema de las transfusiones de sangre y la ransmisi´n del VIH. Bogotá D.C: Universidad Católica de Colombia.

OMS (2009) Guíade aplicación de la estrategia multimodal dela OMS para la mejorado la higiene de las manos. Recuperado el 15 de noviembre de 2019 de https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_desinfectmanos_poster_es.pdf?ua=1