

AÑO
2022

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN DE LA GUÍA	1
2. CONCEPTOS BÁSICOS	2
2.1. ABREVIATURAS.....	5
3. MARCO LEGAL.....	6
4. DESARROLLO DE CONTENIDO.....	9
5. PREGUNTAS FRECUENTES.....	77
6. BIBLIOGRAFIA.....	79
7. CONTROL DE CAMBIOS	82

Equipo Directivo

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda,
Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

Rosa María Rossi
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Andrés Álvarez Villegas
Director DUES

Doris Marcela Díaz Ramírez
Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Diana Constanza Rodríguez Pozo
Subdirectora CRUE

Equipo Técnico

Luis Enrique Gómez Arciniegas
**Profesional Especializado, Experto Técnico en Seguridad del Paciente,
Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud.**

Angélica Zambrano
**Profesional Especializado
Subdirección CRUE**

Agradecimientos

Equipo APH-Seguridad del Paciente Subred Sur:

Luz Mery Sánchez, Referente de Seguridad del Paciente.
Lorena Martínez Ariza, Profesional Especializado
Lorena Sandoval Arévalo, Profesional Enlace

Equipo APH-Seguridad del Paciente Subred Centro Oriente:

Elizabeth Gómez Bejarano, Referente Líder Programa de Seguridad del Paciente

Dairo Cárdenas Urrego, Líder APH
Deisy Cárdenas Moreno, Profesional Enlace

Equipo APH- Seguridad del Paciente Subred Sur Occidente:

Mónica Garay Garay, Profesional de Enlace
Leonardo Díaz Moreno, Líder APH

Equipo APH- Seguridad del Paciente Subred Norte:

Jonathan Trujillo, Gestor de Seguridad del Paciente en APH
Erika Torres Puche, Referente Seguridad del Paciente
Jorge Melo Vargas, Líder APH



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

1. PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

En Colombia, la seguridad del paciente en la Atención Prehospitalaria (APH) se maneja a través de los Paquetes Instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con los programas de seguridad del paciente de cada institución. No obstante, es de aclarar que estos programas (revisados previamente con los prestadores de servicios de salud) no incluyen capítulos específicos de Atención Prehospitalaria. Es por esto, que se hace necesario brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de la seguridad del paciente en la atención prehospitalaria.

La presente Guía tiene como propósito brindar orientaciones técnicas en Seguridad del Paciente para la Atención Prehospitalaria, así mismo, busca aportar material de referencia para las capacitaciones y apoyo en los análisis de casos con énfasis académico, contribuyendo a una Atención Prehospitalaria más segura en el Distrito Capital.



La construcción del documento se lideró por la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud y la Subdirección CRUE de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, mediante un trabajo en Metodología de Consenso¹, en conjunto con los expertos en APH de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito (Subred Norte, Subred Centro Oriente, Subred Sur y Subred Sur Occidente).

La metodología para la definición y construcción de la guía se llevó a cabo en tres fases. La primera orientada a un proceso de fortalecimiento de competencias a través de la realización de asistencias técnicas de Seguridad del Paciente en Atención Prehospitalaria (APH), dirigido a los equipos de Seguridad del Paciente y de Atención Prehospitalaria (APH) de cada Subred; en la segunda fase, se realizó un trabajo en consenso con las Subredes para unificar términos en Seguridad del Paciente en APH, definir la Ruta de Atención Prehospitalaria y cada una de las etapas y en la tercera fase, se llevó a cabo la construcción de la caja de herramientas, siguiendo la línea de los Paquetes instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social y el modelo organizacional de Protocolo de Londres, definiendo las acciones inseguras para cada etapa de la ruta de atención prehospitalaria. Cada una de las acciones inseguras incluye: Modelo organizacional, factores contributivos, fallas latentes y barreras protectoras.

Además, se suma a esta caja de herramientas la Lista de Chequeo de Indicios de Atención Insegura para APH y la Ronda de Seguridad para APH, construidas durante las sesiones de trabajo e instrumentos previos aportados por las Subredes.

Esta guía está dirigida a todos los prestadores de servicios de salud que llevan a cabo servicios de atención prehospitalaria, y son responsables de procesos relacionados con el traslado de pacientes, siguiendo los lineamientos de la normatividad de habilitación vigente y normas relacionadas, para la prestación de servicios de salud seguros y con calidad.

¹ www.tameside.gov.uk/consultation/methods.pdf

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **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. En la taxonomía es la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria².
- **Seguridad de Paciente desde el riesgo:** Es la ausencia para un paciente de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. Introducimos con esta definición un concepto importante: el daño potencial. La Seguridad de Pacientes se refiere no solo al daño que se produce, sino también al que se podría haber producido y no se produjo gracias a una serie de circunstancias que lo evitaron. Este daño potencial también nos enseña dónde están los fallos de nuestro sistema y qué tenemos que solucionar para que no ocurran daños innecesarios a los pacientes³.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. En la taxonomía es la probabilidad de que se produzca un incidente⁴.
- **Barreras de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. En taxonomía son acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente⁵.
- **Evento Adverso:** Es aquel producto de la atención en salud que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a un daño severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad.
- **Evitabilidad del Evento Adverso:** Quiere decir si el evento adverso pudo prevenirse con el seguimiento de las Guías, Protocolos, lineamientos institucionales, etc. A continuación, en 7 y 8 los tipos de evento adverso según evitabilidad.



Prevenible: Es aquel daño que pudo ser evitado con la adherencia a los protocolos (de aplicación estrictamente obligatoria), con el cumplimiento a las inducciones y reinducciones, formación académica estricta, práctica (experiencia) en la ejecución de labores que así lo requieren, etc.

² <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguridaddelPaciente1.aspx>

³ Joaquín Álvarez, Coordinador del Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias en el Manual del Proyecto Neumonía Zero, consultado en https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/textoformacionsp_nz.pdf

⁴ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguridaddelPaciente1.aspx>

⁵ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguridaddelPaciente1.aspx>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

No prevenible: Es aquel que se presenta a pesar de que se hace seguimiento estricto del “deber ser” asistencial, respeto por la literatura existente (probada), experticia requerida. Pero en el cual queda completamente claro el hecho que no es una complicación.

- **Evento adverso según impacto:** Esta definición se refiere al grado de severidad, efectos sobre el paciente, cambios de servicio o requerimientos de nuevas atenciones. A la gravedad en el estado de la paciente secundaria al daño causado (evento adverso materializado). A continuación, los tipos de evento adverso según impacto en los 3 numerales siguientes.

Leve: Evento adverso que causa daño, pero no compromete la funcionalidad, no requiere hospitalización o no prolonga la hospitalización en pacientes que están en internación

Moderado: Es aquel que genera hospitalización, o por el cual se aumenta, hay un daño evidente que compromete la funcionalidad en muchos casos de forma temporal, pasajera.

Severo: Aquí encontramos afectación de la funcionalidad, generalmente requiere cambios de servicio a un mayor nivel de complejidad. Puede haber discapacidad permanente y en muchos casos la muerte. Este evento adverso puede ser considerado como Evento adverso centinela o Evento adverso trazador por la magnitud del impacto en el paciente y en su entorno familiar.

- **Incidente:** Suceso que ocurre con motivo de la atención en salud y en la cual hay también un error, una falla pero que no causa daño al paciente porque una barrera protectora se interpone y logra un efecto de escudo.
- **Acción Insegura:** Es aquella que se ejecuta con error en la atención en salud, es una Falla Activa causa directa del daño que se le produce al paciente en el evento adverso. Esta se puede presentar también en el incidente, pero en este caso no le causa daño al paciente (porque una barrera física o incluso del paciente pudo protegerle). Son fallas directas y deben definirse claramente cuando ha sucedido un evento adverso.

En el caso de los incidentes, dado que no hay daño al paciente entonces se deben definir estos errores y proyectar la potencialidad de daño que presentan, esto permite establecer la línea de trabajo y el peso del plan de mejora.

- **Fallas Latentes:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo. Son administrativas. Pueden ser causa directa de un evento adverso o convertirse en un factor contributivo que lleva al error.
- **Indicio de Atención Insegura:** Son situaciones o información que nos alertan acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Señales de peligro



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)



Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

que nos llaman para que no se materialice. Aún no ha pasado nada, deben neutralizarse de inmediato

- **Factores Contributivos:** Son condiciones previas que llevan a que cometamos un error (acción insegura) en la atención en salud pueden ser del ambiente, del individuo, del equipo de trabajo, del paciente y de tarea y tecnología que incluye equipos, reactivos e insumos.
- **Gestión del evento adverso:** Se considera que un evento adverso ha sido gestionado cuando tiene un plan de mejora ajustado al suceso que se presentó y se le ha hecho un seguimiento por lo menos. No es sinónimo de cierre de caso.
- **Cierre de caso:** En seguridad del paciente se considera que el caso está cerrado cuando el seguimiento permite garantizar que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector.
- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Definimos desde el concepto del Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2017 la Cultura de Seguridad del Paciente como: "El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y los daños"⁶. Podría complementarse diciendo que el compromiso es evidente cuando se encuentra en funcionamiento el Documento de Gestión de Seguridad del Paciente.
- **Cultura positiva de Seguridad del Paciente:** se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que es importante y el apego a las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso en todos los niveles de la organización, partiendo del personal operativo hasta los directivos de alto rango. Repitiendo la importancia de reportar, clasificar y gestionar los eventos para aprender de ellos (Adaptado de Joint Commission 2017).
- **Cultura positiva de Seguridad del Paciente** aprende de las fallas en forma proactiva y hace un nuevo diseño de los procedimientos, como parte de las acciones de mejora, para que los errores no se repitan. Es decir, reemplaza la búsqueda de culpables por oportunidades de aprendizaje, prevención y mejora en la atención, logrando impacto en cada proceso intervenido. En Atención Prehospitalaria se requiere un aprendizaje al respecto y que las instituciones incluyan el equipo para que esta cultura involucre el traslado de pacientes.
- **Cultura positiva de Seguridad del Paciente:** se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que es importante y el apego a las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso

⁶ <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture#defining-patient-safety-culture%C2%A0>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

en todos los niveles de la organización, partiendo del personal operativo hasta los directivos de alto rango. Repitiendo la importancia de reportar, clasificar y gestionar los eventos para aprender de ellos (Adaptado de Joint Commission 2017).

- Servicio atención prehospitalaria:** Es el servicio de salud responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitalarias, encaminadas a prestar atención de urgencias a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta su traslado hacia un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Puede incluir acciones de apoyo al salvamento y rescate.
- Metodología de consenso cara a cara (face to face):** Es aquella metodología donde la principal herramienta es la entrevista, en la cual se requiere que sea una habilidad, y debe ser realizada por entrevistadores completamente capacitados. El estándar común para un entrevistador bien capacitado es el IQCS (Esquema de Control de Calidad del Entrevistador). Si sus entrevistadores saben lo que están haciendo, podrán asegurarse de que todos los encuestados entiendan lo que quiere decir con sus preguntas y respondan de la misma manera. Por lo tanto, habrá menos errores: obtendrá datos de mejor calidad por la inversión en tiempo de los especialistas convocados. Si hay un entrevistador presente, también es probable que obtenga una tasa de respuesta más alta: un buen entrevistador sabe cómo alentar a las personas a participar y cómo mantenerlas interesadas. Eso hace que los datos sean más representativos de toda la población (sus encuestados son menos de un grupo minoritario), por lo que son más sólidos⁷.

La desventaja es que un entrevistador mal entrenado puede estar influyendo en la forma en que las personas responden a las preguntas. Esto se neutraliza con un líder experto con conocimiento del tema. La principal desventaja de las encuestas cara a cara, sin embargo, es el costo. Cara a cara (face to face) es de mayor calidad, pero más caro que el auto diligenciamiento. Otra cosa que vale la pena señalar es que es posible que necesite que las personas estén ubicables para identificar a aquellos a quienes desea acercarse para aclarar algunas respuestas del interrogatorio o temas discutidos⁸.

2.1.ABREVIATURAS

APH: Atención Prehospitalaria
CRUE: Centro Regulador de Urgencias
SP: Seguridad del Paciente.
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.
PSS: Prestadores de Servicios de Salud.

⁷ Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tameside.gov.uk/consultation/methods.pdf

⁸ Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tameside.gov.uk/consultation/methods.pdf



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

GPC: guías de práctica clínica.

SUHA o SUH: Sistema Único de Habilitación.

SUA: Sistema Único de Acreditación

SAMU: Sistema de atención médica de Urgencias de la región metropolitana

SEM: Servicios de Emergencias Médicas

SSEM: Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas

CAE: Centro de Atención de Emergencias.

SVBT: Soporte vital básico en trauma

SVAT: Soporte vital avanzado en trauma.

3. MARCO LEGAL

- **Acuerdo 16 de 1991 del Concejo de Bogotá**, por el cual se organiza el sistema Distrital de atención de urgencias.
- **Decreto 451 de 2005, por el cual se implementa el NUSE**, estableciendo las agencias que lo integran, siendo una de ellas el CRU9.
- **Acuerdo 232 de 2006 por el cual se crea el NUSE** (Número Único de Seguridad y Emergencias), se debe resaltar que es la creación de la Línea Única de Emergencias para Bogotá, línea por medio de la cual se accede a la APH en el Distrito capital¹⁰.
- **Resolución 1220 de 2010**, reglamenta Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), hacen parte de la Red Nacional de Urgencias y son apoyo del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD) y dentro de sus funciones se encuentra el articular con el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), y organizar los servicios de atención prehospitalaria del territorio, ya lo habíamos mencionado información al respecto previamente en este documento.
- **Resolución 1563 de 2011** “Por el cual se adoptan medidas para la protección del derecho a la salud, que debe cumplir el servicio público especial de transporte de pacientes” Debe mencionarse que en el Capítulo II, consideraciones técnicas, artículo décimo habla de calidad y menciona la obligatoriedad de las condiciones y requisitos previstos en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGS) expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el servicio de transporte de pacientes medicalizado o básico dentro de las cuales se encuentra la seguridad del paciente¹¹.

⁹ Alcaldía Mayor de Bogotá, 2005. Decreto 451 de 2005 <https://www.leyex.info/leyes/Decretoamb451de2005.htm>

¹⁰ Concejo de Bogotá, Acuerdo 232 de 2006.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20561&dt=S>

¹¹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Resolución 1563 de 2011 chrome-

extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/http://www.saludcapital.gov.co/Normo/gsp/resolucion_1563_de_2011.pdf



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- **Ley 1438 de 2011**, Sistema de Emergencias Médicas, establecido mediante el artículo 67. busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad en especial cuyas condiciones sean derivadas de accidentes de tránsito, traumatismos o la condición aguda del paro cardiorrespiratorio que requieran atención médica de urgencias. Estos constituyen un grupo de pacientes que necesitan un manejo especial desde el principio y su pronóstico se condiciona con su atención prehospitalaria.
- **Ley 1523 de 2012** “por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”
- **Ley Estatutaria 1751 de 2015**, la cual se encarga de la regulación del derecho fundamental a la salud dispone en su artículo 14 el acceso a servicios y tecnologías de salud sin ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de “urgencias”. El artículo 10 de esta ley contempla el deber de los ciudadanos de actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas como extensión del deber constitucional de solidaridad contenido en el artículo 95, numeral 2¹².
- **Decreto 2434 de 2015**, mediante el cual se crea el Sistema Nacional de Telecomunicaciones de Emergencias define, en el artículo 2.2.14.1.3, al Centro de Atención de Emergencias (CAE), como el medio recepción de llamadas, a través del número único nacional de emergencias, de mensajes o de cualquier tipo de comunicación que utilizan los individuos para requerir ayuda en situaciones de emergencias y seguridad ciudadana y que se encarga de realizar el direccionamiento a la entidad responsable de atender la solicitud.
- **Resolución 5596 2015**, actualiza el Sistema de Triage, Para el Triage III, IV, V las Instituciones deben definir sus tiempos o rutas de atención y documentarlo en su Protocolo o Procedimiento de Triage, de acuerdo a lo establecido en la en el artículo 6 numeral 4.
- **Decreto 780 de 2016**, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, corresponde a las direcciones territoriales de salud regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia, así mismo señala, que el “Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE)”.

¹² Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015, consultada el 01-04.2022 en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- **Resolución 6408 de 2016**, incluye en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el traslado acuático, aéreo y terrestre en caso de movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de esta hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitario y de apoyo terapéutico en unidades móviles, así como el traslado entre IPS bajo las condiciones allí previstas.
- **Resolución 1441 de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social** establece los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud incluidas las redes de urgencias¹³.
- **Circular número 015 de 2016**, instruyó la gestión de la atención de accidentes de tránsito para cada uno de los integrantes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- **Resolución 256 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.
- **Resolución 926 de 2017**, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas¹⁴.
- **Resolución 5095 de 2018** el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 y normas relacionadas que ven la Seguridad del Paciente desde uno de los 7 ejes: El Eje de Gestión Clínica Excelente y Segura. Es un eje tan importante que se encuentra con los demás dando su aporte desde la protección de los pacientes de forma proactiva y prevención de los riesgos.
- **Resolución 3100 de 2019**, Por la cual se definen los requisitos para los prestadores de salud para ofrecer servicios de salud con minimización de los riesgos y hacen obligatoria la seguridad del paciente.
- **Resolución 3539 de 2019**, Por la cual se dictan disposiciones en relación los servicios y tecnologías en salud, ordenados por el médico tratante sean negados por los responsables del aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado.
- **Decreto 1430 de 2022**- Se aprueba el «Plan Nacional de seguridad Vial 2022- 2031.

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2010. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud, versión 001 de 2010.

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016, consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202016.pdf

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, Resolución 926 de 2017, consultado el 14.04.2022 en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.926%20de%202017.pdf



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2015. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. Segunda versión 2015. Paquetes instruccionales.

4. DESARROLLO DE CONTENIDO

4.1. MARCO TEÓRICO

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Triage en atención prehospitalaria

Debemos empezar mencionando, la relación entre el Triage en Atención Prehospitalaria y Seguridad del Paciente. La resolución 5596 de 2015 define el Triage Hospitalario para la República de Colombia y es el mismo Ministerio de salud y Protección social quien el 2012 promulgó las guías de Atención Prehospitalaria¹⁵, que plantea el siguiente Triage APH:

Prioridad tipo I o roja: Se aplica a los lesionados de cuidados inmediatos, quienes requieren una atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder su vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Prioridad tipo II o amarilla: Se aplica a los lesionados de cuidados intermedios o diferibles, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.

Prioridad tipo III o negra: Se aplica a los lesionados de cuidados mínimos, es decir, a aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.

Prioridad tipo IV o verde: Se reserva para aquellos lesionados de cuidados menores, es decir los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.

Prioridad tipo V o blanca: Este color se utiliza para las personas fallecidas. Todos estos criterios para la clasificación de los lesionados por colores, como ya lo hemos mencionado, implican una elección complementada por un diagnóstico.

Atención Prehospitalaria

La Atención Prehospitalaria es un componente estructural de los sistemas de servicios de emergencias médicas (SSEM) y puede ser definida “como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, Guías Básicas de atención médica prehospitalaria, 2012. Revisado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guia-medicas-atencion-prehospitalaria.pdf>



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate.”¹⁶ . Así la APH se constituye en uno de los elementos esenciales para la atención de patologías urgentes, especialmente el trauma. Además de lo anterior, es necesario resaltar que la APH en el contexto de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM), comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias^{17 18}.

Los servicios médicos de emergencia existen para cumplir con los principios básicos de primeros auxilios, que son para preservar la vida, prevenir más lesiones, y promover la recuperación. Este tema común en la medicina se demuestra por la «estrella de la vida». Donde cada uno de los «brazos» a la estrella representan uno de los seis puntos, que se utilizan para representar las seis etapas de la atención prehospitalaria de alta calidad¹⁹. que son:

1. La detección temprana: los miembros del público, u otra agencia, encontrar los hechos y comprender el problema.
2. Notificación temprana: las primeras personas en escena hacen un llamado a los servicios médicos de emergencia y proporcionar información para permitir una respuesta a montar.
3. La respuesta temprana: los primeros equipos de rescate profesionales llegan a la escena tan rápidamente como sea posible, lo que permite la atención para comenzar.
4. Una buena atención en la escena: el servicio médico de emergencia proporciona intervenciones adecuadas y oportunas para tratar al paciente en el lugar del incidente.
5. Cuidado en tránsito: el servicio médico de emergencia cargar al paciente en el transporte adecuado y seguir prestando atención médica adecuada durante todo el viaje.
6. Transferencia al cuidado definitivo: el paciente es transferido a un centro de cuidado apropiado, como el servicio de urgencias de un hospital, para el cuidado de los médicos.

Características de la medicina de emergencia prehospitalaria



¹⁶ Curso de Soporte Básico de Vida (CSBV) Programa USAID/OFDA/LAC de Capacitación y Asistencia Técnica" Primera Edición – Octubre 2007 Dr. Santiago W. Baltodano Ortiz pág. 6

¹⁷ Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J. 2010 Oct; 25(4):320–3: 320–323.

¹⁸ 5. Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y México. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en:

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

¹⁹ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Cuatro aspectos caracterizan a la práctica de la Medicina de Emergencia a nivel Prehospitalaria^{20,21,22}

El primero, se refiere a la diversidad de trastornos clínicos y de lesiones que pueden poner o no, en peligro la vida del lesionado o paciente: varían desde politraumatismo por accidente de tránsito, hasta heridas superficiales o incluso herido por proyectil de arma de fuego, hasta una cefalea tensional o una intoxicación con materiales peligrosos a nivel de instalaciones petroleras, químicas o industriales se puede presentar simultáneamente con un arrollado entre otros²³.

El segundo aspecto se refiere al número de pacientes que se pueden presentar en la escena los cuales son impredecibles: ejemplo momentos en el que se puede conseguir con un número elevado de pacientes en un accidente vehicular, pero en la misma forma puede ser que en el mismo accidente sean solamente uno o dos los lesionados, de tal manera que el volumen de pacientes es igualmente impredecible²⁴.

El tercer aspecto se refiere a la variedad de escenarios en los cuales hay que trabajar: Pueden variar desde una casa, apartamento hasta una vivienda improvisada o pueden ser instalaciones escolares, deportivas, industriales, en estructuras colapsadas o elevadas, en cuevas o en espacios confinados, en puertos o aeropuertos, en templos religiosos o en concentraciones en conciertos de música, entre otros²⁵.

El cuarto aspecto se refiere a las cambiantes condiciones ambientales bajo las cuales hay que trabajar bien sea en el día o en la noche, en lluvias o zonas inundadas, el calor del verano entre otros. Estos cuatro elementos de la práctica de la medicina de emergencia, la diversidad, lo impredecible, la variedad de escenario y las cambiantes condiciones ambientales, exigen que todo el que trabaja en esta área sea capaz de valorar a los pacientes en forma rápida para distinguir a la mayor brevedad posible la gravedad de cada uno de los casos y poder así asignar prioridades de tratamiento para la atención inmediata de los pacientes más graves o con lesiones múltiples, en otras palabras, deben ser expertos en la selección, categorización o clasificación, es decir conocer cómo realizar un "Triage", a nivel prehospitalario²⁶.

Componentes de la atención prehospitalaria

²⁰ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

²¹ López JI. Guías básicas de APH. Universidad de Antioquia, Ministerio de Salud y Protección Social. 2ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; ©2012. Capítulo, Clasificación de pacientes; p. 68-83.



²² Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J. 2010 Oct; 25(4):320-3: 320-323.

²³ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

²⁴ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

²⁵ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

²⁶ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				



En la APH se identifican cuatro componentes principales como lo son:

- a) Acceso y notificación. Una vez presentado un evento de urgencia, emergencia o desastre la comunidad o un espectador circunstancial informa el evento, por lo general mediante un teléfono fijo o móvil, digitando un número preestablecido de fácil recordación y rápida marcación, sin costo para el usuario, siendo los más conocidos el 911 EE. UU-Canadá, el 112 en Unión Europea, el 000 en Australia 27, el 171 en Venezuela y el 123 en Colombia.
- b) Centro de atención de emergencias (CAE). Corresponde a la central o lugar donde se reciben las solicitudes de auxilio notificados por la comunidad, allí se coordina y gestiona el tipo y cantidad de recursos que se enviarán al lugar de ocurrencia del evento, previa confirmación. En la mayoría de las centrales de los países desarrollados existe un teleoperador emergencia, que cumple el papel de receptor experto en temas de seguridad ciudadana, emergencias médicas y asuntos de bomberos quien captura la llamada e interactúa y realiza un interrogatorio breve al llamante para simultáneamente crear un incidente en un software, siendo derivado a una agencia especializada Centro Regulador de Urgencias (CRU), donde otros teleoperadores de emergencias (despachador) procesan la información y realizan el envío de recursos dependiendo del evento en coordinación con otras agencias (bomberos, ambulancias, unidades de rescate o policía) ²⁸.
- c) Primera respuesta. Está representada por aquella ayuda que ofrecen los espectadores circunstanciales quienes, entrenados o no, proveen un socorro primario a la víctima o lesionado antes del arribo del apoyo solicitado al CAE. Entre las personas más calificadas como proveedores de primeros auxilios se encuentran los bomberos, socorristas, brigadistas de empresas, policías y líderes voluntarios de comités comunitarios de gestión del riesgo de emergencias, quienes con recursos limitados realizan acciones de soporte vital básico ²⁹
- d) Apoyo externo enviado por el CAE, el cual comprende el arribo de la ambulancia (terrestre, aérea o fluvial) y servicios complementarios de apoyo como unidades policiales, máquinas de bomberos y de rescate, esta es tripulada por personal sanitario debidamente entrenado, equipada con recursos físicos y apoyada por tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) para proveer de soporte de la vida dependiendo de la complejidad de la emergencia o lesiones.

²⁷ 4. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J. 2010 Oct; 25(4):320-3: 320-323.

²⁸ López JI. Guías básicas de APH. Universidad de Antioquia, Ministerio de Salud y Protección Social. 2ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; ©2012. Capítulo, Clasificación de pacientes; p. 68-83.

²⁹ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)</p>			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
<p>Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez</p>				

La Atención Prehospitalaria en trauma se clasifica en dos grandes grupos: en soporte vital básico en trauma (SVBT) y soporte vital avanzado (SVAT) 30. Dependiendo del modelo implementado las acciones de soporte vital pueden ser realizadas por personal médico y de enfermería siendo el modelo franco – alemán o europeo el que se adapta a este perfil profesional, teniendo la posibilidad de permanecer más tiempo en el sitio, conocido en inglés como “stay and play” (estacionarse y jugar) dada la mayor capacidad clínica resolutive y la de ofrecer cuidados asistenciales avanzados.

Por su parte las acciones asistenciales cuyo personal está conformado por técnicos sanitarios de emergencia, en algunos países se les conoce como “paramédicos,” el modelo anglosajón o americano es el que corresponde a este nivel profesional, siendo la estrategia del cuidado prehospitalario de “scoop and run” (cargar y correr) con cuidados mínimos en el sitio.

Para ambos modelos las actividades de Atención Prehospitalaria específicas están referidas al acceso al paciente, valoración inicial, tratamiento en el sitio, procesamiento del lugar de remisión (a través del Centro de atención de emergencias CAE), inmovilización, movilización y transporte del paciente al hospital.

Por otra parte, se establece también el procedimiento de triage, que implica el proceso de categorización del paciente dependiendo de la urgencia y su posibilidad de supervivencia. El paciente es transportado para el tratamiento definitivo en un establecimiento de salud o centro de trauma donde se le brindarán los cuidados especializados dependiendo de la severidad de la enfermedad o lesión y la respectiva rehabilitación física o psicológica ³¹.

En la Atención Prehospitalaria existe lo que se denomina *Periodo Dorado* ³². Uno de los elementos para el establecimiento de indicadores de la APH es establecido por la hora de oro (Golden hour) propuesta por R.A. Cowley Cirujano cardiotorácico en la cual se entiende que un paciente crítico debe recibir atención en un centro asistencial dentro de los primeros 60 minutos, contados a partir del inicio del trauma ^{33 34}. Sin embargo, el término ha sido sustituido por el de “periodo de oro” porque este período crítico no corresponde necesariamente a una hora literal, corresponde a un tiempo simbólico, en el que algunos pacientes tienen menos de

³⁰ 5. Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y Mexico. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en:

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

³¹ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

³² Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y México. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en:



https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

³³ R A Cowley, the "Golden Hour," the "Momentary Pause," and the "Third Space" Am Surg

. 2017 Dec 1;83(12):1401-1406 disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29336762/>

³⁴ Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y Mexico. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en:

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

una hora para recibir asistencia, dándose una ventana de oportunidades durante el cual el personal prehospitalario e intrahospitalario pueden tener una incidencia sobre la morbilidad y mortalidad asociadas con las lesiones, mientras que en otros pacientes, este período puede ser más prolongado ²⁰.

Como se mencionó anteriormente, el período dorado parte desde el momento que ocurre el incidente, tiempo *cero* y depende de la existencia de un sistema de notificación y atención como el siguiente: el aviso de notificación a la línea de emergencias única, la forma de lograr acceso que depende del conocimiento comunitario de cómo acceder y cómo usarlo, la disponibilidad de recursos telefónicos o de aplicativos, la oportunidad en contestar en la central, la respectiva gestión del accidente en el Centro de atención de emergencias (CAE) por parte de los teleoperadores de emergencias, de la disponibilidad y proximidad del recurso prehospitalario al sitio del accidente, de las condiciones de las vías, las condiciones climáticas, aún de las condiciones de seguridad y orden público, del aseguramiento de la escena y el rescate, de la impresión diagnóstica y el tratamiento en campo y el tiempo de regulación, la disponibilidad de cama en el hospital, la distancia a la llegada al hospital, la camaradería y el enlace asertivo con el personal intrahospitalario.

Es de resaltar que el CAE de los países desarrollados incorpora como una de sus principales misiones, estrategias para el mejoramiento de la calidad, con el fin de ofrecer la oportunidad en el servicio a los llamantes, los cuales aplican las nuevas tendencias y tecnologías de gestión de centros de llamadas y de contacto para su óptimo desempeño.



Dentro de los estándares de calidad algunos Centro de atención de emergencias (CAE) de EE. UU. aplican políticas de “cero abandonos,” es decir que el usuario no desista de la llamada una vez marca el número de emergencias por demora en la contestación, de allí que estos centros tengan establecidos como tiempos máximos de contestación 6 segundos. En algunos Centros de atención de emergencias (CAE) de Europa, los tiempos de espera máximos tolerables son de 3,5 segundos antes de ser atendidos por un teleoperador de emergencias ^{35 36}.

Antecedentes de la Atención Prehospitalaria

Los países que tienen integrado en el sistema de salud la atención prehospitalaria, vieron que era necesario, debido al aumento en la accidentalidad en la calle, pues los pacientes que dejaban este tipo de siniestros eran llevados al hospital en unas condiciones no aptas (los transportaban en carros particulares y taxis, en posiciones que empeoraban el estado del paciente y dificultaba la posterior atención), y teniendo en cuenta que los primeros 10 minutos

³⁵ Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf

³⁶ Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y Mexico. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)</p>			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
<p>Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez</p>				

luego del evento son esenciales en la recuperación de estos pacientes ya que la atención inicial es la que ayuda a que el diagnóstico y atención arroje un mejor pronóstico.

En América: Estados Unidos de América, Costa Rica, México, Colombia, Venezuela, Chile, Argentina, Brasil Canadá, Perú. En Europa: España, Alemania, Rusia, Francia, Italia, Bélgica, Australia, Kenia, En África: Arabia Saudita, Egipto, Sudán, Etiopía En Asia: China, Japón, Filipinas, Pakistán, Irak, Irán, Afganistán. El objetivo de la Atención Prehospitalaria es dar una forma de atención previa al ingreso de un paciente al hospital.

La gran mayoría de los sistemas de Atención Prehospitalaria en el mundo tienen más de 30 años. El 25 de febrero de 1912 se inaugura en Perú la asistencia pública, ahora conocida como Atención Prehospitalaria; que surge a raíz de la necesidad de brindar una mejor atención (más rápida y oportuna) a las personas en la vía pública, para así disminuir la mortalidad. Al igual que la historia mundial la Atención Prehospitalaria chilena tiene remotos orígenes. El transporte de enfermos se conoce desde la época de la independencia donde transportaban a los heridos en camillas de madera.

En 1976 se crea en Santiago de Chile el servicio de Urgencias de Ambulancias (SUA), que contaba con un servicio de radio operadores y telefonistas que se encargaban de la recepción a los llamados de demandas de atención médica y además contaban con la ayuda de las postas de Urgencias de Santiago³⁷.

El 16 de diciembre de 1995 después de haber presentado 8 proyectos regionales de Atención Prehospitalaria y rescate, nace el sistema de atención médica de Urgencias de la región metropolitana (SAMU), y se logra la unificación del número único de emergencia 131, conquistando una relativa independencia de los servicios de salud y desarrollando una eficiente atención fuera del tradicional sistema hospitalario

En países como México, Estados Unidos y Francia, la Atención Prehospitalaria tiene un desarrollo muy importante, gracias a que sus gobiernos invierten una buena proporción del gasto público a la educación y tecnología en esta área; por ende se han implementado estrategias para una mejor atención, poseen unos protocolos y una distribución adecuada, de acuerdo a la patología que se presente, además de tener un estándar generalizado dependiendo de la patología y tipo de accidente presentado por el paciente para su adecuada atención y mejor pronóstico.

En Colombia desde 1990 se introdujo en Bogotá, el concepto de la Atención prehospitalaria, descrito en el acuerdo 16 de 1990 por el cual se organiza el sistema distrital de atención de urgencias de Santafé de Bogotá³⁸. Siendo así como se introduce una fase prehospitalaria, fase que incluye en secuencia los siguientes aspectos:

³⁷ Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y México. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en:

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y

³⁸ Acuerdo 16 de 1991 Concejo de Bogotá D.C.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=514>



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

1. Detección y ubicación del sitio del accidente
2. Central de radio y comunicación dirigida por personal médico, que se encargara de recibir y clasificar la información.
3. Respuesta a la llamada “primer triage”
4. Envío de la ambulancia y otro sistema de transporte. Las ambulancias estarán ubicadas en sitios estratégicos.
5. Llegada de los primeros auxilios.
6. Comunicación con el asesor de consola hospitalaria “segundo triage”
7. Estabilización del herido si lo requiere
8. Traslado del herido
9. Llegada al servicio de urgencias “tercer triage”

Evoluciona así el servicio, siendo la puerta de entrada el número 125, al plan piloto de atención prehospitalaria, iniciado por seis meses en un principio, el 6 de agosto de 1997.

Programa implementado así desde entonces hasta la actualidad, prestándose ahora, con móviles pertenecientes a las 4 SISS, tipología TAB y TAM. Pertenecientes servicios de emergencias de Bogotá, activados por el 123, NUSE (número único de seguridad y emergencias)³⁹

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Después de la publicación del informe «To Err is Human: Building a Safer Health System» (“Errar es humano: construyendo un sistema de salud más saludable”), por parte del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de EE. UU. en 1999, se estimó que los errores médicos causaban entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de Estados Unidos de América, lo que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en ese país.

Traspassando las fronteras políticas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente con dos retos mundiales: En 2005, «Un cuidado limpio es un cuidado más seguro», con el que se han comprometido 48 países de todo el mundo y en 2007 «La cirugía segura salva vidas». Sin embargo, el diseño de estas estrategias depende en gran medida del análisis cualitativo de los factores que pueden influir en la aparición de los EA (Evento Adverso) basado en un abordaje individual para su estudio en detalle. Poco se ha apuntado, desde una perspectiva epidemiológica, respecto a su génesis o sobre los factores de riesgo asociados (Aranaz y otros, 2008).

³⁹ Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 2001. Zambrano A. & Rubiano A. Evaluacion expost del plan piloto para un sistema de Atención medica prehospitalaria, Facultad de Economía, Especialización en Evaluación y Desarrollo de Proyectos Proyecto Final de Grado.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

En Colombia, la Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, cuyos objetivos son direccionar las políticas institucionales con el fin de disminuir el riesgo en la atención en salud, prevenir la ocurrencia de EA en los procesos de atención a través del despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que permitan mejorar las barreras de seguridad e instaurar entornos seguros en la atención en salud.

La política de seguridad está encaminada a que las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales tengan la capacidad de identificar los errores más frecuentes que se puedan presentar durante el proceso de atención, de igual manera aprendan a gestionarlos y prevenirlos con el fin de fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

En la ciudad de Bogotá en los últimos años se ha presentado un importante desarrollo del proceso de seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias y ambulatorias, lo cual, desde diciembre de 2011, se ha materializado en el Programa de Seguridad del Paciente del Distrito Capital y en los programas de seguridad en desarrollo en una gran mayoría de las instituciones de la capital y en la totalidad de las instituciones hospitalarias participantes en un estudio que concluyó en el 2013-2014 llamado EAS de este hablaremos más adelante. Debemos mencionar la Acreditación en salud la cual ha validado la Gestión Clínica Excelente y Segura con sus estándares 5, 6, 7 y el 8 (publicado en la versión 3.1 de la Resolución 5095 de 2018). Y más recientemente la Resolución 1328 de 2019 por medio de la cual se adoptan los “En la institución para todos sus servicios habilitados en las diferentes modalidades. se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas, eficientes y efectivas para prevenirlos”⁴⁰.



Un estudio que se debe mencionar cuando hablamos de seguridad del paciente es el IBEAS,⁴¹ desarrollado en 2007 en 58 hospitales de cinco países (Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina) con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud con el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los EA que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Este estudio permitió conocer la magnitud y las características del problema, primer paso para proponer soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios (Aranaz Andrés, y otros, 2010).

Los resultados del estudio IBEAS presentan una prevalencia de EA para el conjunto de países participantes de 10,5%, de los cuales alrededor del 60% de los EA se consideraron evitables. En los resultados para Colombia, el mismo estudio muestra una prevalencia de un 13,1% de pacientes con al menos un evento adverso, y el 58,6% de los EA se consideraron evitables.

En Bogotá 2013, se previó determinar la prevalencia de EA en los prestadores de servicios de salud hospitalarios públicos y privados, conocer la magnitud y las características del problema como primer paso para proponer soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debido a los riesgos no gestionados en la prestación de servicios de salud. Así mismo, con el

⁴⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 2021, Resolución 1328 de 2021, disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%201328%20de%202021.pdf

⁴¹ Estudio IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, 2009.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

fin de avanzar hacia mayores niveles en la atención en salud de los pacientes, y por la mejora de los sistemas de salud en el Distrito Capital.

El modelo teórico para dicho protocolo tomó como referencia el desarrollado por el Estudio IBEAS que permite valorar la evolución temporal de la prevalencia de EA en los hospitales del Distrito Capital que participaron en el anterior estudio, obtener una línea de base para el desarrollo del programa de seguridad del paciente en los hospitales de Bogotá, conocer la epidemiología de estos eventos a nivel local en cada uno de ellos. Así mismo, al cruzar los hallazgos del estudio con lo reportado por los sistemas de vigilancia de EA del hospital, generar elementos para la evaluación y mejora del programa, facilitando el desarrollo de estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos, o minimizarlos. De manera específica se pretendió determinar la prevalencia de EA y caracterizar los EA distinguiendo los evitables y los no evitables.

El EAS-BOGOTÁ buscó mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud e impacto de los EA, el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables; buscó, además, identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para desarrollar procesos de prevención que minimicen su aparición y mitiguen sus consecuencias, incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente y finalmente, incorporar los diferentes niveles organizativos y asistenciales a desarrollar actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Resultados relevantes del EAS, enfocado en prevalencia de los eventos adversos en el distrito capital, Bogotá, 2013-2014: Para el estudio se convocaron IPS hospitalarias públicas y privadas, con más de 80 camas, complejidad media-alta, no se incluyeron IPS con un solo tipo de atención en salud es decir dedicadas a la provisión específica de un servicio. Treinta y dos (32), cumplieron con la prueba concordancia, a partir de esta se excluyeron dos Instituciones, quedando un universo de 30 IPS con 5.743 camas disponibles, se encontró una ocupación del 89% (n=5099) de atenciones activas (hospitalizados el 12 de junio de 2012), se realizó tamizaje a dichos pacientes y se encontraron 1.677 positivos, es decir que podrían cumplir con criterios de eventos adversos en el tamizaje previo, de éstos 489 cumplieron criterios de eventos adversos.

El resultado de prevalencia del Evento Adverso del Distrito Capital fue de 10,8%. Eventos Adversos que fueron evaluados en el estudio inicial y depurados en la segunda fase con apoyo técnico de Entes Nacionales y Distritales.

La Seguridad del Paciente es uno de los pilares de la calidad de la atención en salud, con una estructura a través del cual se miran las condiciones de habilitación de los servicios de salud en la República de Colombia (estas iniciaron con la Resolución 2003 de 2014⁴² y actualmente con la Resolución 3100 de 2019⁴³) siendo una de las columnas del sistema único de acreditación. El hecho de hacerse obligatoria en Colombia y convertirse en un eje con gran

⁴² Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2003 de 2014. Sistema Único de Habilitación. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

⁴³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3100 de 2019. Sistema Único de Habilitación. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

peso en la acreditación en salud nos ha permitido ver crecer el concepto “la importancia de una atención segura” desde el año 2008 cuando se publicó la Política Nacional de Seguridad del Paciente en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Recordemos el uso de sistemas de reporte no punitivos y justos para identificar las anomalías y las vulnerabilidades del Sistema de Salud tanto a nivel de las instituciones prestadoras como de los programas integrados de seguridad clínica, como Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Hospitales y Clínicas Libres de Trombosis, Clínica de Piel Sana, Caídas Cero, No Neumonías Asociadas a Ventilador, Cirugía Segura Salvavidas, Seguridad Ambulatoria, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Biovigilancia, Sangre Segura y Reactivo vigilancia (Ranking de Instituciones en Seguridad del Paciente, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2015).

Además, las relacionadas con la prevención de las Infecciones asociadas a dispositivos como Neumonía Zero y Bacteriemia Zero^{44 45} patrocinados por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) con la colaboración de la Sociedad Española de Enfermería de Intensivos y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el año 2011 y que merecen ser mencionadas y seguidas.

Lograr una óptima Cultura de Seguridad del Paciente toma tiempo y la organización debe estar consciente de las etapas por las que debe atravesar para completar el cambio. El análisis realizado sobre el desarrollo de la cultura de seguridad en las organizaciones muestra que estas progresan desde un ambiente de baja motivación hasta uno generador donde se busca activamente la información (Joint Commission, 2017; OMS 2015).



La Cultura de Seguridad del Paciente se define como: “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y los daños”. (Joint Commission, 2017; OMS 2015). Podría complementarse diciendo que el compromiso es evidente cuando se encuentra en funcionamiento el Programa de Seguridad del Paciente (Capacitaciones del Pacto de las 100 Instituciones por la Seguridad del Paciente, SDS Bogotá, 2014).

Pero esto no es posible sin un verdadero sistema de registro formal, los reportes aislados y los esfuerzos desordenados no concluyen en una verdadera cultura, ni en un aprendizaje real.

Una Cultura positiva de Seguridad del Paciente (OMS, 2011 & JCI 2017) se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que es importante y el apego a las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso en todos los niveles de la organización, partiendo del personal operativo hasta

⁴⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), España, Neumonía Zero Proyecto, consultado en [https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/#:~:text=El%20proyecto%20Neumon%C3%ADa%20Zero%20\(NZ,complicaci%C3%B3n%20infecciosa%20a%20nivel%20nacional.](https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/#:~:text=El%20proyecto%20Neumon%C3%ADa%20Zero%20(NZ,complicaci%C3%B3n%20infecciosa%20a%20nivel%20nacional.)

⁴⁵ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), España. Bacteriemia Zero Proyecto, consultado en <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/proyecto-bacteriemia-zero/>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

los directivos de alto rango. Repitiendo la importancia de reportar, clasificar y gestionar los eventos para aprender de ellos.

La Cultura positiva de Seguridad del Paciente aprende de las fallas en forma proactiva y hace un nuevo diseño de los procedimientos, como parte de las acciones de mejora, para que los errores no se repitan. Es decir, reemplaza la búsqueda de culpables por oportunidades de aprendizaje, prevención y mejora en la atención, logrando impacto en cada proceso intervenido.

La punitividad es una grave enfermedad que puede presentarse y logra eliminar los reportes a un punto crítico pues esto ocasiona que se oculte la información y no se pueda aprender de los errores.

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente en el Reino Unido hizo un aporte valioso con el documento titulado “Siete pasos para la seguridad del paciente”. Uno de los puntos más importantes es el primero que habla de la reducción potencial en la recurrencia y gravedad de incidentes con los pacientes mediante el aumento en la notificación y el aprendizaje y resalta cómo en torno al reporte puede impactar el perfil de seguridad de una institución. (Siete pasos para la seguridad del paciente, ANSEP UK 2006)⁴⁶.

Otras experiencias internacionales exitosas como el Programa para Reporte de Eventos Centinela en Estados Unidos de la *Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations* fue pionero en este tipo de sistemas, voluntario y confidencial, y funciona para las instituciones por ellos acreditadas. Este programa les aportó eventos adversos muy valiosos que han impulsado la creación de Barreras Protectoras.

La *Joint Commission* en conjunto con el NQF (*National Quality Forum*) trabajaron en el Consenso para Estándares en la Prevención de la Trombosis Venosa Profunda y plantearon mediciones en las Unidad de Cuidados Intensivos (VTE-2) y en el medio hospitalario, dando un paso adelante que llevó a evitar eventos adversos que pueden presentarse en los pacientes si no existen Barreras Protectoras tales como una profilaxis antitrombótica adecuada (National Quality Forum, 2012, 2013).

Otros ejemplos serían el AIMS (*Australian Incident Monitoring System*) un software específico australiano con análisis de datos y casos y el *National Reporting and Learning System* de Gran Bretaña.

En Latinoamérica en el año 2009, en México, CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) y OPS/OMS México crearon un Sistema de Registro Electrónico de Incidentes en Salud basado en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, elaborada por la OMS en el mismo año.

En Colombia en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentran, con fecha del 11 de junio de 2008, los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente. El punto VI habla de las acciones institucionales que buscan

⁴⁶ https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

establecerla y es clara la afirmación de que debe contarse con un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

Así mismo, la normatividad del sistema único de habilitación, ha generado la obligatoriedad de la seguridad del paciente y las prácticas seguras en Colombia y están enfocadas en la seguridad del paciente a lo largo de todos y cada uno de los estándares para garantizar prevenir riesgos. El estándar de procesos prioritarios hace énfasis en las prácticas seguras obligatorias y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.



Documento que muestre la Gestión de Seguridad del Paciente (Resolución 3100 de 2019). Aunque el nombre de este compendio de información de seguridad del paciente debe ser definido por cada institución y no debe ser de obligatorio cumplimiento la expedición de una resolución para la oficialización de la política, esto queda a libre elección de la Institución. En todo caso sí debe existir la evidencia que respalde el trabajo que se hace en seguridad del paciente para minimizar los riesgos en la atención.

Política: Esta debe ser definida por cada prestador y es el compromiso que asume frente a la seguridad en la atención brindada a los pacientes. La política debe incluir los principios orientadores de la política Nacional de Seguridad del Paciente, que direccionan las acciones a implementar, esto es que las atenciones se encuentren centrada en el usuario, cultura de seguridad, integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, metodologías de análisis con evidencia científica y la alianza paciente, familia y profesionales de la salud.

Adicionalmente debe contar con un referente de Seguridad del Paciente y un comité de seguridad Paciente y de infecciones con lavado de manos y uso prudente de antibióticos. Sugerimos una mirada desde la política a la Atención prehospitalaria por considerarla una línea importante a tener en cuenta, al igual que la atención domiciliaria y ambulatoria.

Cultura de seguridad: Incluye: Programa de capacitación y entrenamiento en SP, y en los principales riesgos en la atención. El programa de capacitación debe estar estructurado. Los puntos por tratar son definidos por el Prestador de Servicios de Salud; sin embargo, es indispensable y obligatorio que se incluya el tema de los riesgos en la atención y su gestión. Riesgos Asistenciales: Metodología definida por la institución, capacitar al personal institucional (cliente interno) y sensibilizar pacientes y familiares (cliente externo). En este programa sin duda alguna debe quedar establecida la importancia de la capacitación en APH, atención domiciliaria y ambulatoria. No dirigirse sólo a los temas hospitalarios. Esto añade un componente significativo a incluir en los comités y a las funciones del equipo de seguridad del paciente.

Trabajar en gestión del riesgo, es la manera de abordar proactivamente los eventos adversos, de tal manera que si se identifica que un paciente ha sido sometido a un riesgo, independientemente de que no genere un daño, se considera una falencia de cumplimiento a las normas, ya que este establece que se deben realizar acciones encaminadas a gestionar la seguridad del paciente y esto no es posible si no se realiza gestión de los riesgos; así mismo que exista un programa de capacitación y entrenamiento en los principales riesgos y esto requiere una definición de los mismos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Un punto muy importante es ilustrar al paciente en el autocuidado. Cuando nos referimos a la APH adquiere un significado muy importante el establecer la alianza con los familiares y el paciente, de forma asertiva y humana. Este es un punto que conecta con la gestión del riesgo pues si no se crea un puente de comunicación asertiva se genera un peligro en la atención previa al ingreso a la institución de salud.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (SOGCS)

El Decreto 780 de 2016, define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Características del SOGCS: Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:



1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta se plantea en términos de no encontrar obstáculos para la atención en salud; las “urgencias vitales” deben ser atendidas en todas las Instituciones del distrito sin que se encuentre la negación por no contrato con la EPS o por no afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

En APH la accesibilidad se refiere a la disponibilidad de la móvil sin ningún tipo de interferencia por ser un servicio vital, igualmente a contar con el personal requerido de acuerdo con la complejidad.

Es importante considerar:

- No condicionar el Triage de APH, ni el traslado a la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social.
- Direccionamiento adecuado de la atención del paciente según complejidad necesaria de la móvil y de la institución a la cual se traslada.
- Atención inmediata al ser solicitado el servicio y a tener en cuenta las características propias de maternas, neonatos, pacientes con problemas de salud mental y en general población con vulnerabilidades. Las demoras en APH para la población vulnerable se convierten en exposición al riesgo que se consideran fallas en la calidad y deben ser

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

abordadas como eventos adversos prevenibles, particularmente en el caso del binomio madre-hijo⁴⁷.

No olvidar en APH el enfoque diferencial, bajo ningún concepto. No discriminación de preferencias sexuales, religiosas, culturales, de raza o de orígenes, políticas, etc.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Este atributo se plantea en términos de tiempo de atención y no sólo se refiere a la atención inicial; sino a los diferentes momentos. Con los atributos (accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad) debemos recordar los conceptos vigentes de Triage en Colombia⁴⁸.

A. Tiempo de realización del Triage (normado) tanto del Triage para APH (mencionado previamente) como el establecido al llegar a la institución, que vamos a mencionar a continuación:

Definición de Triage: Sistema de Clasificación de urgencias, el cual establece mediante una escala de 1 a 5 la prioridad en la atención de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y su tiempo límite de atención, así:

TRIAGE 1: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.



TRIAGE 2: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

TRIAGE 3: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

TRIAGE 4: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe

⁴⁷ [www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar la atención segura al binomio madre hijo.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20atenci%C3%B3n%20segura%20al%20binomio%20madre%20hijo.pdf)

⁴⁸ Ministerio de salud y protección social de la República de Colombia, Nueva clasificación de Triage. Resolución número 5596 de 2015. 24 de diciembre de 2015.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)</p>			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
<p>Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez</p>				

la atención correspondiente. Se deriva a consulta prioritaria, para lo cual se le informará a la EPS o se atenderá en consulta externa previa autorización.

TRIAGE 5: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. Se orientará para que acuda al servicio de consulta externa.

Para el **Triage III, IV, V** las Instituciones deben definir sus tiempos o rutas de atención y documentarlo en su Protocolo o Procedimiento de Triage, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5596 2015 en el artículo 6 numeral 4.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Sobre este punto: Se ha desarrollado previamente de manera amplia.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Es importante recordar que la atención de los pacientes debe ceñirse a la información científicamente probada. Los casos en los cuales se evidencia presunta falla relacionadas con la pertinencia se remiten a los Tribunales de Ética correspondientes, los hallazgos relacionados se enuncian en el análisis sin precisar que corresponden a una falla de pertinencia.



Escenario problema relacionado con la pertinencia:

Ejemplos positivos de pertinencia:

Positivo: Verificar en la atención de un paciente con Neumonía adquirida en la comunidad un buen examen físico con la presencia de roncus y crépitos, cuadro hemático la toma de Radiografía de tórax, el inicio de antibiótico de primera elección en el Protocolo (por ej. Ampicilina Sulbactam), terapias respiratorias (atención pertinente). Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Positivo en APH: Paciente quien requiere traslado a Institución Hospitalaria por dificultad respiratoria, al llegar al traslado el paciente hace parada cardiopulmonar que requiere reanimación por el médico de la móvil y auxiliar de enfermería acompañante, sale exitosamente a ritmo sinusal normal y allí es trasladado y entregado para atención según su patología de base. Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren⁴⁹.

⁴⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2022. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx#:~:text=Pertinencia%3A%20Garant%C3%ADa%20que%20los%20usuarios,cient%C3%ADfico%20y%20sin%20interrupciones%20innecesarias.>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Ejemplos negativos de no pertinencia:

Negativo: Diagnosticar Neumonía adquirida en la comunidad en paciente sin examen físico adecuado, sin toma de radiografía de tórax e iniciar antibiótico fuera de protocolo definido y al día siguiente dar salida por cuadro viral simple.

Negativo en APH: Llegar a la escena de atención en la casa de un paciente quien requiere traslado y considerar no prestar el servicio por las comorbilidades extremas del paciente (concepto del médico asignado a la móvil).

Negativo: No realizar una Tomografía Axial Computarizada Craneoencefálica (CE) a paciente con trauma Craneoencefálico y pérdida de la conciencia.

Negativo en APH: Tratar de forma dura o poco amable a un paciente con problemas de salud mental durante un traslado, haciendo sentir la jerarquía del personal de salud, no una comunicación asertiva.

Negativo. Indicar a paciente medicamento que ocasiona fuerte somnolencia y este tiene dificultades para la marcha.

Negativo en APH: No escuchar las recomendaciones del familiar en cuanto al paciente para su traslado, patologías de base, alergias, etc.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.



Un ejemplo claro de la continuidad es la ruta de APH (sólo mencionamos las principales) la cual debe prestarse sin interrupción : Se activa con la llamada, continua con el trabajo en equipo para determinar el tipo de móvil, garantizar la disponibilidad de esta y del equipo de salud que se necesita según el tipo de paciente y su condición, verificar la móvil, dirigirse hacia la escena previendo riesgos, llegada a la escena asegurando condiciones, verificando paciente estable para traslado y prevención de riesgos, llegada a la institución hospitalaria con custodia permanente del paciente, entrega del paciente.

Los atributos de calidad se caracterizan por una interrelación fuerte entre ellos, cuando se incumplen afectan la seguridad del paciente.

4.2. RUTA DE ATENCION PREHOSPITALARIA.

Fases:

1. Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad);
2. Desplazamiento hacia la escena;
3. Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).
4. Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

5. Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora.

4.3. CAJA DE HERRAMIENTAS, MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS EN CADA ETAPA DE LA RUTA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

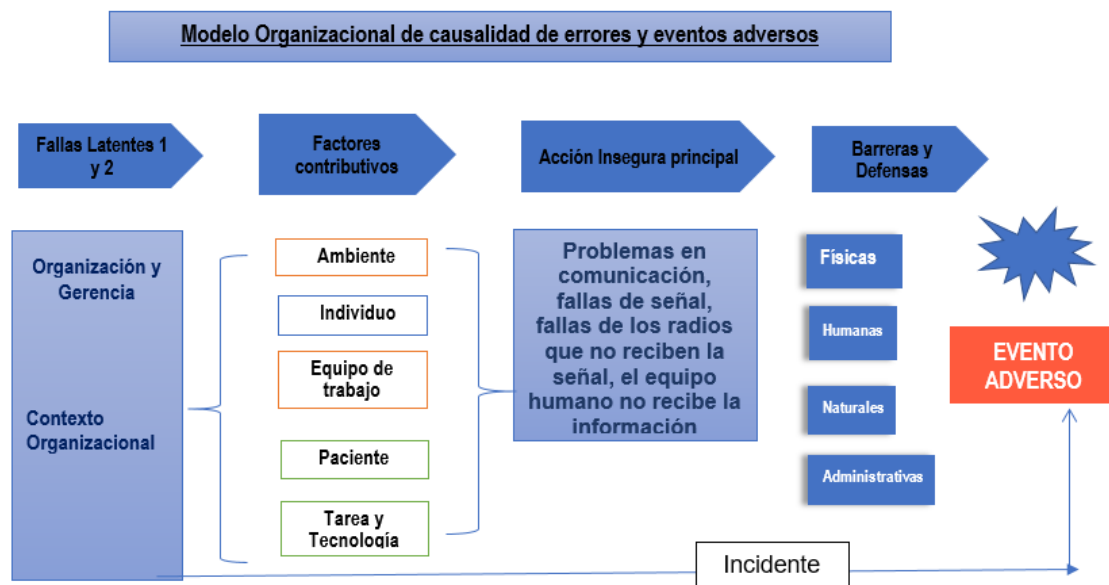
Fase 1: Despacho de la ambulancia (disponibilidad de móvil, de equipo humano, de insumos).

Acciones inseguras:

- I. Problemas en comunicación, fallas de señal, fallas de los radios que no reciben la señal, el equipo humano no recibe la información.
- II. Asignación no adecuada de la complejidad de la móvil que lleva a una atención inadecuada.
- III. Tiempo prolongado del despacho de la móvil, una persona solicita la ambulancia para un paciente psiquiátrico y se despacha o llega la ambulancia 3 o 4 horas después.
- IV. Tripulantes cansados que no responden porque su turno está acabando.
- V. Móvil con riesgos para traslado de pacientes por no revisión antes de la salida o cuando no se aplica lista de chequeo.

MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS

1.1 Problemas en comunicación, fallas de señal, fallas de los radios que no reciben la señal, el equipo humano no recibe la información: Inoportunidad de llegada a recoger al paciente.





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Problemas en comunicación de quien recibe la información y no la trasmite al equipo, o no le dá la característica de importancia que tiene, cuando corrige ya hay retraso de la oportunidad en la llegada a la atención del paciente.

Problemas en la respuesta por fallas de señal o por fallas de los radios (deteriorados) que no reciben la señal y causa falta de oportunidad al recoger el paciente, al llegar la movil encuentra paciente en muy malas condiciones.

Problemas en la respuesta por fallas de los radios que no han tenido mantenimiento, causa falta de oportunidad al recoger el paciente, al llegar la movil encuentra paciente en muy malas condiciones.

Eventos Adversos Posibles:

- Daño Físico temporal o permanente
- Muerte del paciente
- Paciente en estado convulsivo, etc.

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral: relaciones negativas entre area ade despachos y tripulantes
- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales
- Infraestructura no adecuada

INDIVIDUO

- Larga jornada laboral
- Poca experiencia
- Instrucción insuficiente en la georreferenciación
- Poca apropiación de lineamientos dados por despachos para el traslado de la movil
- Instrucción insuficiente. Actitud y motivación insuficiente.

EQUIPO DE TRABAJO



- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de liderazgo en el equipo

PACIENTE

- Fallas en la comunicación entre despachos y el paciente de los datos del incidente

TAREA Y TECNOLOGIA

- Fallas en los radios de comunicación por deterioro
- Falta de mantenimiento preventivo /correctivo de la movil

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Fallas latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No política de renovación de tecnología, tiempos de vida útil, etc.
- No contratos para mantenimientos.

Barreras protectoras:

FISICAS

- Programa de recambio de equipos según vida útil y deterioro de tecnología
- Cronograma de Mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos

HUMANAS

- Contar con el personal (conductor/medico/tecnólogo) idóneo
- Personal de SDS entrenado para el direccionamiento de los incidentes
- Monitorización continua del tiempo de desplazo a la escena

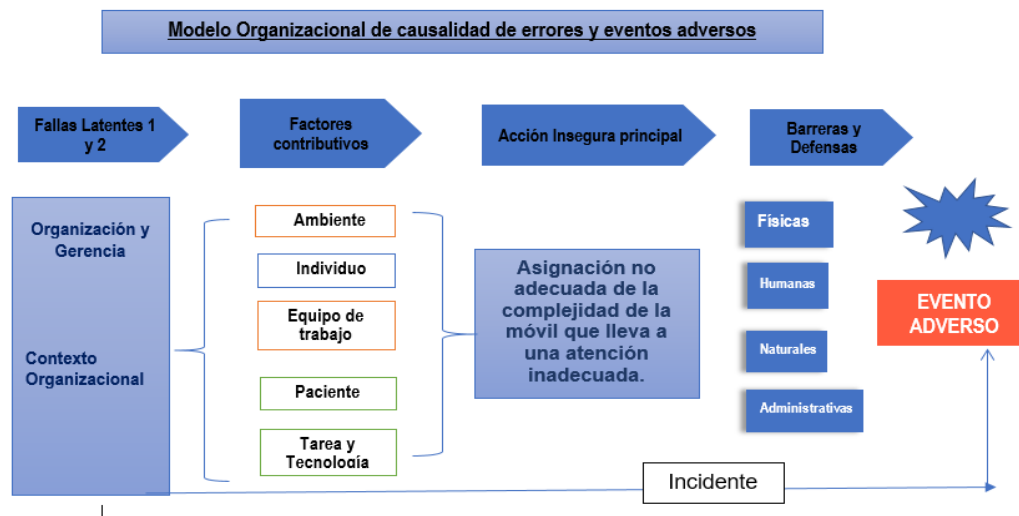
TECNOLOGICAS

- Medios de comunicación con el CRUE
- Vehículos de emergencia disponibles para atender las emergencias

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para el despacho.

1. II Asignación no adecuada de la complejidad de la móvil que lleva a una atención inadecuada.





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Asignación no adecuada de la complejidad de la móvil que lleva a una atención no pertinente: Esto ocasiona que no se cuente con el recurso médico y con los medicamentos e insumos que se requieren

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del paciente
- Administración inadecuada de medicamentos
- Reanimación sin recurso médico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral: relaciones negativas entre despachos y tripulantes
- Clima laboral 3: ambiente tenso "Poca comunicación"
- Ruido que dificulta adecuada comunicación

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Asignación inadecuada de la móvil por poca experiencia
- Instrucción insuficiente
- Poca apropiación a Protocolos
- Actitud y motivación insuficiente

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de conocimiento en la asignación adecuada según la emergencia

PACIENTE

- No se identifica



TAREA Y TECNOLOGIA

- Claridad de la estructura: Priorización inadecuada de los pacientes
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: procedimientos APH

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Contrataciones sin adecuado procedimiento de selección de personal.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

- Poca disponibilidad de móviles medicalizadas por inadecuada distribución de recursos.

Barreras protectoras:

FISICAS

- Aplicativo de mesa de ayuda (reporte de incidentes)
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente.

HUMANAS

- Aplicación del protocolo para la asignación del vehículo de emergencia
- Contar con personal idóneo para la referenciación
- Aplicación de herramientas de comunicación
- Capacitación de los actores que intervienen en el proceso

TECNOLOGICAS

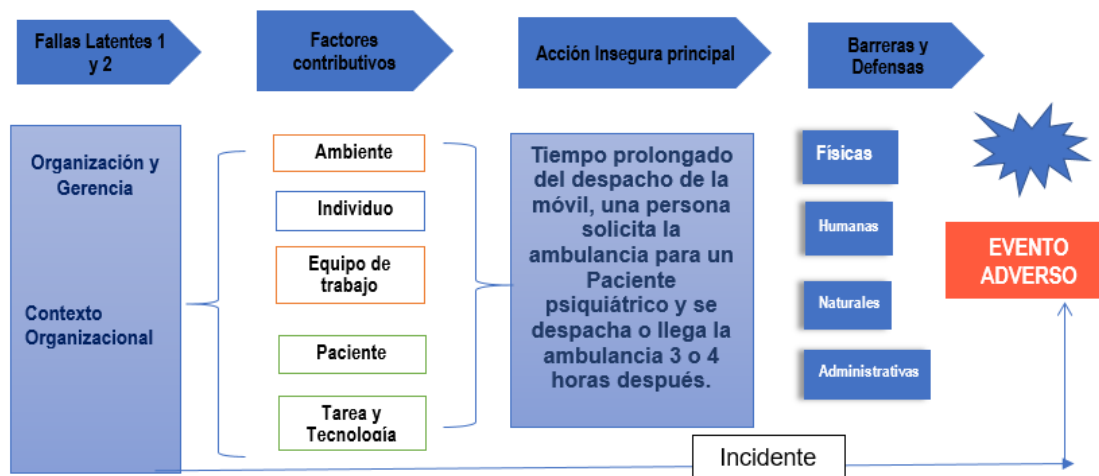
- Disponer de Tecnología para la creación de alarmas

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades.

1. III Tiempo prolongado del despacho de la móvil, una persona solicita la ambulancia para un Paciente psiquiátrico y se despacha o llega la ambulancia 3 o 4 horas después.

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Tiempo prolongado del despacho de la móvil, una persona solicita la ambulancia para un Paciente psiquiátrico y se despacha o llega la ambulancia 3 o 4 horas después.

Eventos Adversos Posibles:

- Paciente en crisis severa de patología psiquiátrica, hace daño a familiares y se hace daño a sí mismo.
- Crisis agravada.
- Muerte del paciente.

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral: relaciones negativas entre los miembros del equipo de trabajo
- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales
- Tráfico vehicular que no permite concluir los traslados de las móviles
- Ruido que dificulta la concentración

INDIVIDUO

- Cansancio - Fatiga - Estrés
- Larga jornada laboral
- Poca experiencia
- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Instrucción insuficiente.

PACIENTE Paciente Alta carga de morbilidad

- Falta de comunicación de las condiciones de llegada al lugar del incidente

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de liderazgo en el equipo

TAREA Y TECNOLOGIA

- Claridad de la estructura
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales.

Fallas Latentes

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Decisiones inadecuadas de coordinadores
- Prioridades organizacionales no alineadas con seguridad del paciente

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Referencia inadecuada de otras IPS

Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente
- Manejo de aplicaciones que permitan llegar oportunamente por flujo vehicular

HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo en el traslado
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo
- Conocimiento de normas de tránsito
- Educar al paciente para que informe



TECNOLOGICAS

- Software adquirido para ingreso de información, semaforización de pacientes y creación de alertas.

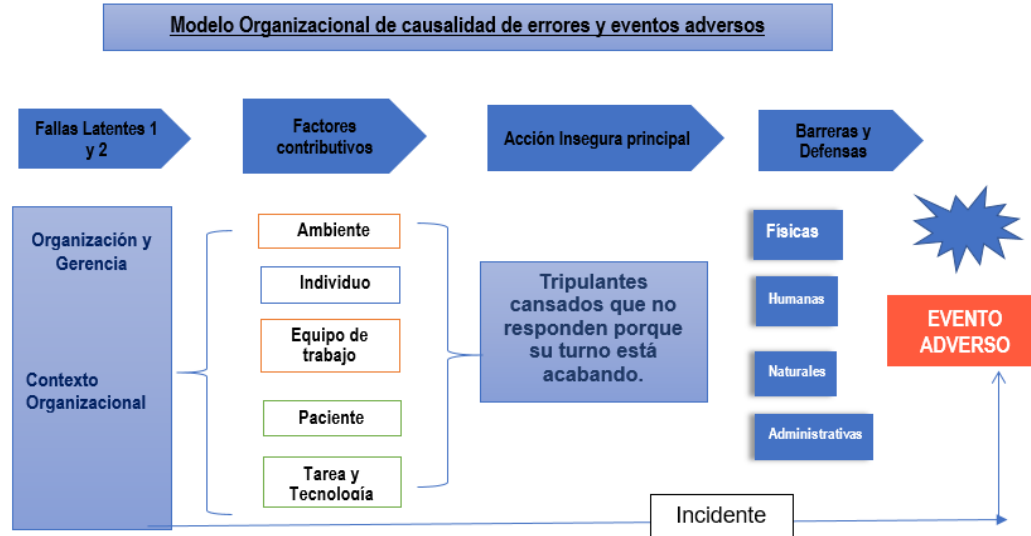
OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades

1. IV. Tripulantes cansados que no responden porque su turno está acabando.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Tripulantes cansados, los cuales no responden frecuencia por culminación del turno: Ocasionando error en el proceso de atención y pertinencia médica, tripulación funcionando al mínimo porque está acabando su turno.

Eventos Adversos Posibles:

- Caída del paciente
- Error en administración de Medicamento
- Hematoma por venopunción

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Movil con espacios insuficientes para realizar el trabajo
- Clima laboral: relaciones negativas entre jefe y colaborador
- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales
- Sobrecarga de trabajo durante el turno
- Calor excesivo

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Poca experiencia
- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Actitud y motivación insuficiente

EQUIPO DE TRABAJO



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

TAREA Y TECNOLOGIA

- Claridad de la estructura
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales.
- Falta de mantenimiento preventivo/correctivo oportuno
- Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo
- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos

PACIENTE

- No aplica

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Decisiones inadecuadas de coordinadores
- Prioridades organizacionales no alineadas con seguridad del paciente

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- No aplica

Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS



- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo

TECNOLOGICAS

- Signos de alerta

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos.
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción.
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

1. V Móvil con riesgos para traslado de pacientes por no revisión antes de la salida o cuando no se aplica lista de chequeo.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Móvil con riesgos para traslado de pacientes por no revisión antes de la salida o cuando no se aplica lista de chequeo.

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente
- Hipoxia cerebral
- Crisis severa patología psiquiátrica (u otra patología que progresa a grave).

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales (lista de chequeo de insumos, dispositivos y equipos de vehículos de emergencia de traslado asistencial)
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso (No pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio – fatiga
- Larga jornada laboral
- Stress
- Poca experiencia



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Desconocimiento de actualización en los documentos de atención prehospitalaria
- No dar importancia a la aplicación de las listas de chequeo (check-lists), Preoperacional o alistamiento de la ambulancia
- Falta de compromiso del personal de APH con omisión del reporte ante la coordinación de APH por falta de insumos y fallas de equipos

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión en las exigencias de prevención de riesgos
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Patología psiquiátrica con exacerbación de síntomas depresivos y psicóticos
- Paciente armado con arma de fuego dentro del domicilio

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No contratación del recurso humano para realizar y/o hacer seguimiento a los documentos actualizados: guías, protocolos, procedimientos, manuales.

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:



FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional.
- Conocimiento de la adherencia del personal a la aplicación de las listas de chequeo para neutralización de riesgos en APH (móviles, suficiencia de personal y competencias del personal)
- Personal con buena actitud

TECNOLÓGICAS

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial

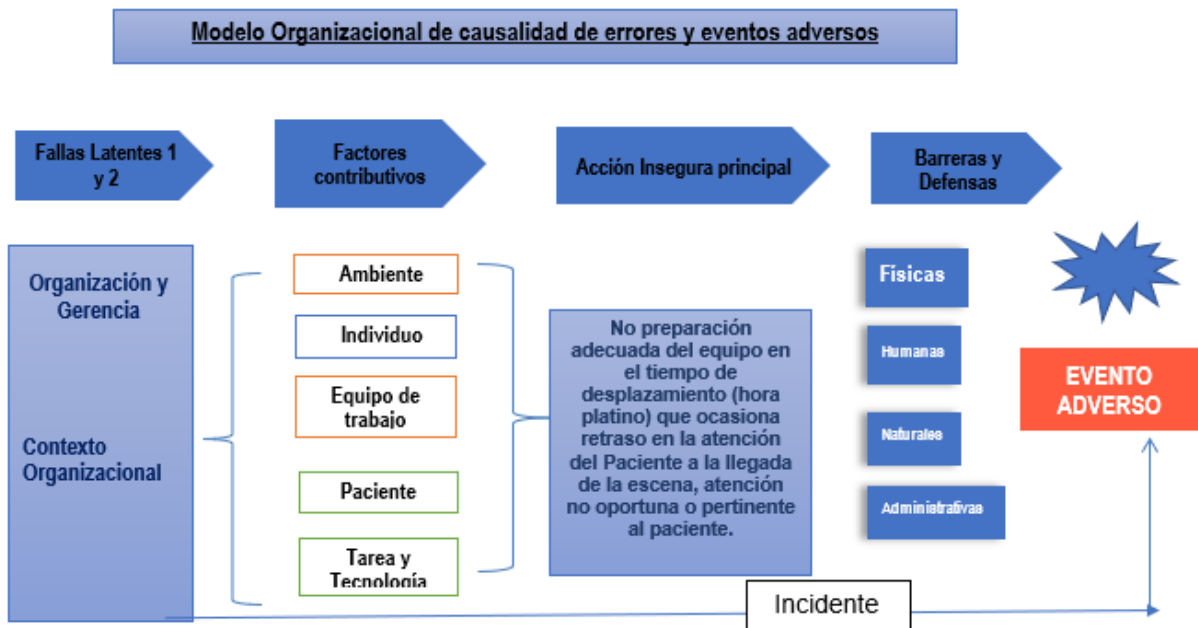
Fase 2: Desplazamiento hacia la escena.

Acciones inseguras:

- I. No preparación adecuada del equipo en el tiempo de desplazamiento (hora platino) que ocasiona retraso en la atención del Paciente a la llegada de la escena, atención no oportuna o pertinente al paciente.
- II. No llegada oportuna a la atención.
- III. Incumplimiento por parte de los conductores de las normas de tránsito.
- IV. Manejo temerario del conductor que ocasiona accidente de tránsito (choque) que imposibilita la llegada oportuna a la atención, lesiones al personal de la móvil/ Decisiones temerarias del conductor/equipo de la móvil que lleva a choques, inoportunidad en la atención por incluir extraños a la atención en salud (parejas, familiares de la tripulación, etc.) en la cabina de la móvil.

MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS

2. I Tripulantes cansados que no responden porque su turno está acabando.





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Escenarios de la Acción Insegura Principal:

No preparación adecuada del equipo en el tiempo de desplazamiento (hora platino) que ocasiona retraso en la atención del paciente a la llegada de la escena o incrementa el riesgo en la atención, atención no oportuna o pertinente al paciente que lleva a progresión de la patología. (Por ejemplo, solicitud adicional de bomberos o policía nacional: Intento de suicidio).

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente
- Daño físico temporal o permanente
- Daño Neurológico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre jefe y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia de tripulantes
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria
- No realización de alistamiento y preoperacional de la ambulancia.

EQUIPO DE TRABAJO



- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Alta carga de morbilidad
- Paciente de difícil manejo por desconocimiento exacto de antecedentes

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos, equipos con poco mantenimiento.
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No contrato para personal que se encargue de la disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales
- No contratación para el seguimiento a la auditoria de moviles

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional
- Adherencia a protocolos de atención prehospitalaria ante paciente politraumatizado
- Adherencia a los protocolos preoperatoriales acorde a cada perfil laboral

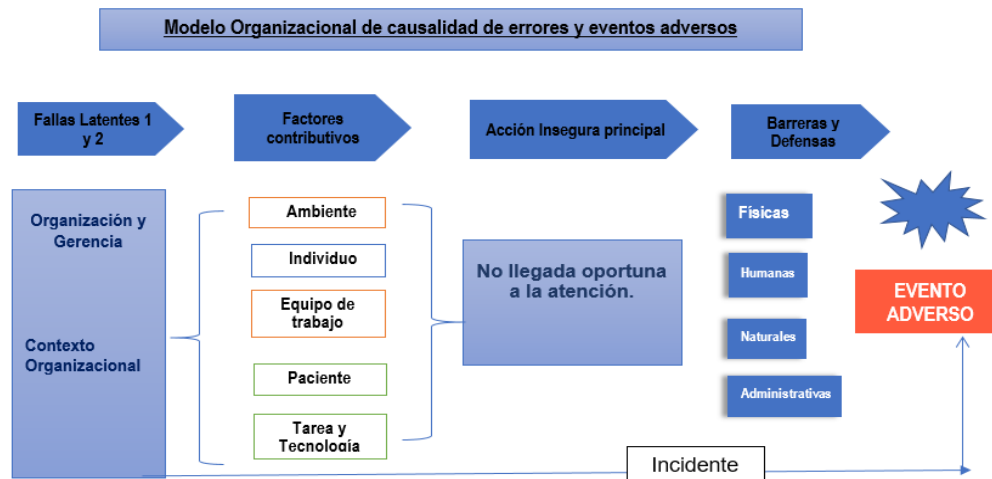
TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia

2. II. No llegada oportuna a la atención.





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Escenarios de la Acción Insegura Principal: g

No llegada oportuna a la atención

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente
- Daño físico temporal o permanente por patología agravada
- Daño Neurológico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Espacios insuficientes
- Relaciones negativas entre crue y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)
- Sobrecarga de trabajo, alto volumen de pacientes

INDIVIDUO

- Cansancio – fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- No apego a las normas y protocolos de cambios de turno y guias de atención prehospitalaria.
- Desconocimiento de uso de equipos

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Paciente preescolar con patología grave
- Paciente con patología aguda que requiere apoyo inmediato

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guias, protocolos, procedimientos, manuales
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos medicos



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Deficiente estructura de procesos de apoyo
- Decisiones inadecuadas de coordinadores

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional
- Conocimiento del uso de equipos biomédicos
- Adherencia a los protocolos y normas laborales acorde a cada perfil



TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

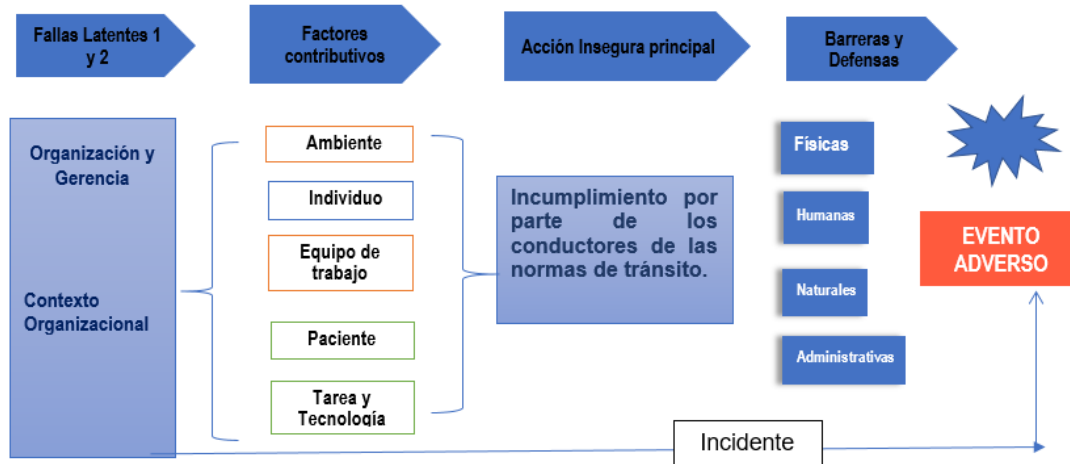
- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica.
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia

2. III Incumplimiento por parte de los conductores de las normas de tránsito.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Incumplimiento por parte de los conductores de las normas de tránsito que se traduce en inoportunidad en la llegada a la atención del Paciente u otros.

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente
- Daño Físico temporal o permanente
- Daño Neurológico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio – fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria
- Desconocimiento a las leyes o normas de tránsito de la República de Colombia

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Paciente politraumatizado
- Paciente con alta demanda de múltiples protocolos por traumas

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No disponibilidad de contratación para personal que actualice documentos a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional
- Normas de tránsito

Barreras protectoras:

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional
- Adherencia a las normas de tránsito



TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia
- Mantenimiento de equipos por ingeniería biomédica

2. IV Manejo temerario del conductor que ocasiona accidente de tránsito (choque) que imposibilita la llegada oportuna a la atención, lesiones al personal de la móvil/ Decisiones temerarias del conductor/equipo de la móvil que lleva a choques,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

inoportunidad en la atención por incluir extraños a la atención en salud (parejas, familiares de la tripulación, etc.) en la cabina de la móvil.

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Conductas temerarias del conductor que ocasiona accidente de tránsito (choque) y no llegada oportuna a la atención/Incluir extraños en la cabina/hablar por celular, etc.

Eventos Adversos Posibles:

- Síndrome Convulsivo
- Traslado Inadecuado con trauma cervical
- Sufrimiento fetal agudo

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria
- Desconocimiento a las leyes o normas de tránsito de la República de Colombia

EQUIPO DE TRABAJO



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Paciente politraumatizado
- Paciente con alta demanda de múltiples protocolos por traumas quien requiere atención inmediata y no ser expuesto a riesgos.

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No contratación del personal con Competencias

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional
- Adherencia a las normas de tránsito

TECNOLOGICAS



- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia
- Mantenimiento de equipos por ingeniería biomédica

Fase 3: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).

Acciones inseguras:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

- I. Falla en la identificación de los riesgos al llegar a la escena, identificación de zona insegura.
- II. Fallas en conocimiento de la zona de parqueo en una escena donde hay riesgos, respetar el comando de incidentes.
- III. No posibilidad de abordar-atender adecuadamente el Paciente por familiares. Altamente agresivos o conflictivos o amigos ansiosos que obstruyen al personal.

MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS

3. I Falla en la identificación de los riesgos al llegar a la escena, identificación de zona insegura.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Falla en la identificación de los riesgos al llegar a la escena, identificación de zona insegura

Eventos Adversos Posibles:

- Fuga del paciente
- Muerte del paciente
- Caída de la camilla del paciente

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales
- Disponibilidad y mantenimiento de equipos



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Ruido

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Poca experiencia
- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Instrucción insuficiente

TAREA Y TECNOLOGIA

- Claridad de la estructura
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de liderazgo en el equipo

PACIENTE

- Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Decisiones inadecuadas de coordinadores
- Prioridades organizacionales no alineadas con seguridad del paciente

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Estructura organizacional no adecuada
- Normatividad intrainstitucional
- Infraestructura en vías no adecuada



Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Rutas vehiculares adecuadas

HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Comunicar al personal asistencial que interviene en la atención
- Educar al paciente para que informe

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades

TECNOLOGICAS

- Signos de alerta

3. II. Fallas en conocimiento de la zona de parqueo en una escena donde hay riesgos, respetar el comando de incidentes.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en conocimiento de la zona de parqueo en una escena donde hay riesgos, respetar el comando de incidentes.

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del paciente
- Lesión temporal o permanente de tripulantes

Factores contributivos:

AMBIENTE



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Desconocimiento a protocolos de Comando de incidente
- Desconocimiento de aseguramiento de la escena
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Fallas en otras instituciones u organizaciones pertenecientes al sistema de comando de incidente

PACIENTE

- Paciente atrapado
- Múltiples pacientes politraumatizados

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No disponibilidad de contratos para personal que se encargue de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales y la evaluación de adherencia

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL



- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional

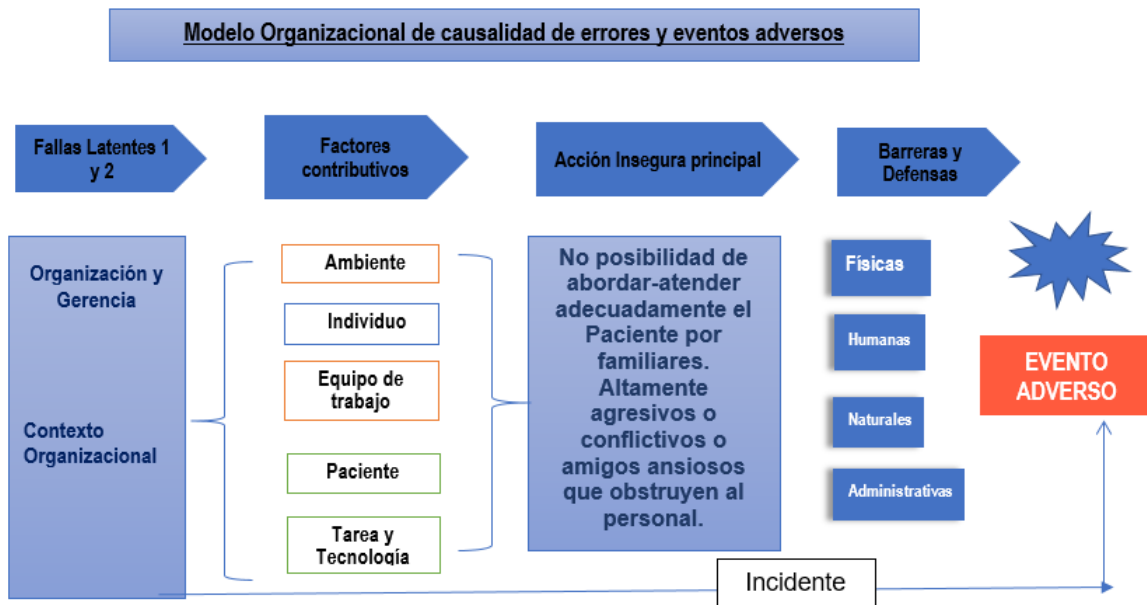
TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia
- Entrenamiento de comando de incidente

3. III. No posibilidad de abordar-atender adecuadamente el Paciente por familiares. Altamente agresivos o conflictivos o amigos ansiosos que obstruyen al personal.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

No posibilidad de abordar-atender adecuadamente el Paciente por familiares altamente agresivos o conflictivos o amigos ansiosos que obstruyen al personal.

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del paciente
- Obstrucción en vía aérea
- Caída del Paciente /Trauma craneo encefálico



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Factores contributivos:

INDIVIDUO

- Fatiga -cansancio
- Estres
- Instrucción insuficiente
- No claridad en el concepto de la Tripulación, conductor permanece sentado en la móvil (el conductor es personal capacitado en vehículos de emergencia y debe apoyar al resto de los integrantes, no puede limitarse a función de conductor, al llegar al sitio de traslado debe asumir papel activo).

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente y deficiente
- Falta de liderazgo en el equipo

PACIENTE

- Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante
- Mal soporte familiar
- No valoración adecuada de los familiares o acompañantes de la necesidad de traslado del paciente por desconocimiento de la patología

*En este caso podemos encontrar que un factor contributivo es personal cansado o con una gran carga de estrés que no puede manejar adecuadamente los familiares para neutralizar riesgos. La otra es que no ha sido entrenado de forma adecuada para este tipo de situaciones.

Fallas Latentes:

No se identifican

Barreras protectoras:

FISICAS



- Contar con los medios de identificación de zonas de riesgo y carencia de seguridad.

HUMANAS

- Personal entrenado y capacitado para el abordaje del paciente
- Conceptos claros del papel de la tripulación, el conductor es personal capacitado en vehículos de emergencia y debe apoyar al resto de los integrantes, no puede limitarse a función de conductor, al llegar al sitio de traslado debe asumir papel activo.
- Realizar entrenamiento sobre procesos de atención y coaching/liderazgo transformacional

TECNOLOGICAS

- Garantizar los recursos adecuados para el proceso de atención

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Auditoría e inspecciones del cumplimiento de requerimientos mínimos

Fase 4: Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente.

Acciones inseguras:

- I. No Custodia adecuada del Paciente, no acompañamiento permanente presencial al Paciente para evidenciar riesgos.
- II. No seguimiento a órdenes del médico regulador.
- III. Fallas en manejo del equipo por desconocimiento de los tripulantes.
- IV. Fallas del equipo, no funciona en el momento del traslado por no revisión previa (no detección de riesgos).

MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS

5. I. No Custodia adecuada del Paciente, no acompañamiento permanente presencial al Paciente para evidenciar riesgos.

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

No custodia adecuada del Paciente, no acompañamiento permanente presencial al Paciente para evidenciar riesgos.

Eventos Adversos Posibles:

- Crisis hipertensiva agravada



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Estatus convulsivo (no reacción a signos de alarma)
- Caída del paciente desde camilla con fractura de tabla craneana
- Fuga de paciente con enfermedad mental.

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral: relaciones negativas entre paciente y colaborador que disminuye autocuidado.
- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales, personal se ausenta de la fila para entrega del paciente (espera) hacia zonas externas de la IPS.
- Infraestructura no adecuada (zonas estrechas que no permiten permanecer con el paciente, por ejemplo pasillos de ingreso, etc.)

INDIVIDUO

- Larga jornada laboral
- Poca experiencia
- Instrucción insuficiente, desconocimiento del uso adecuado de la camilla
- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Instrucción insuficiente. actitud y motivación insuficiente.

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de liderazgo en el equipo

PACIENTE

- Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante
- No soporte de familiar, pacientes abandonados.

TAREA Y TECNOLOGIA

- Equipo biomédico insuficiente por ejemplo sin monitor junto al paciente en la espera
- Camilla sin medidas de seguridad, no funcionan permanentemente las barandas arriba por pérdida de resistencia.

Fallas Latentes:



Contratación de personal no capacitado (falencias en competencias)

Contratación de personal sin experiencia

Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Monitorización continua y registro de la evolución del paciente.

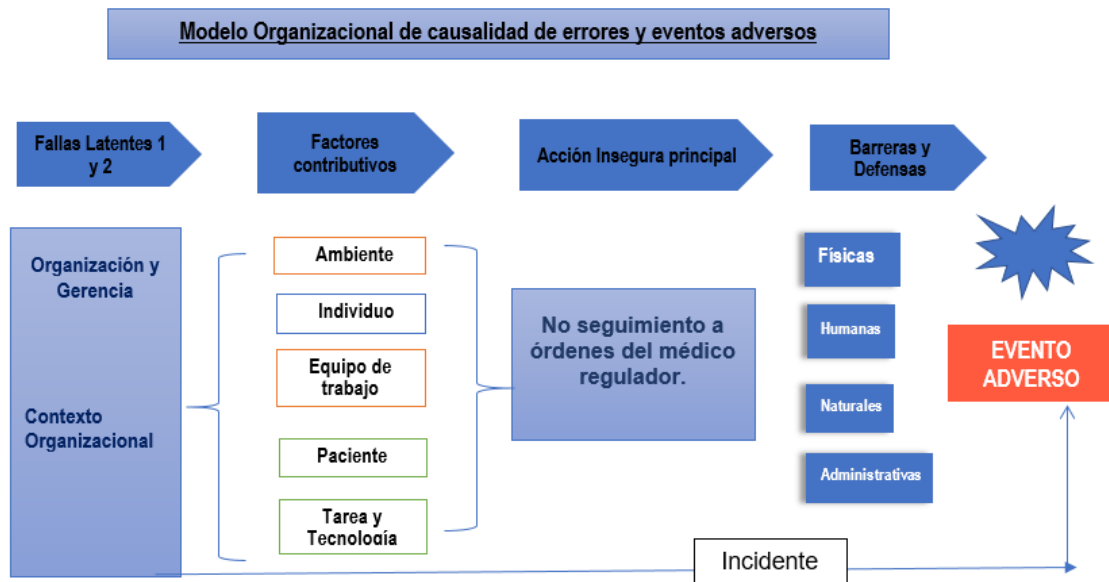
TECNOLOGICAS

- Medios de comunicación con el CRUE
- Historia clínica digital, implementada con la escala de riesgo de caída

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades

4. II No seguimiento a órdenes del médico regulador.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

No seguimiento a órdenes del médico regulador: Por ejemplo Auxiliar de enfermería administra dextrosa a paciente diabético con glucometría en Hi

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente
- Cetoacidosis diabética
- Daño Neurológico



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria
- Exceso de confianza del personal de APH

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Alta carga de morbilidad
- Paciente con enfermedades cardiorespiratorias sin diagnóstico diferencial adecuado

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA



- No disponibilidad de contratos para personal que se encargue de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales y la evaluación de adherencia

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad intrainstitucional

Barreras protectoras:

FISICAS

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional

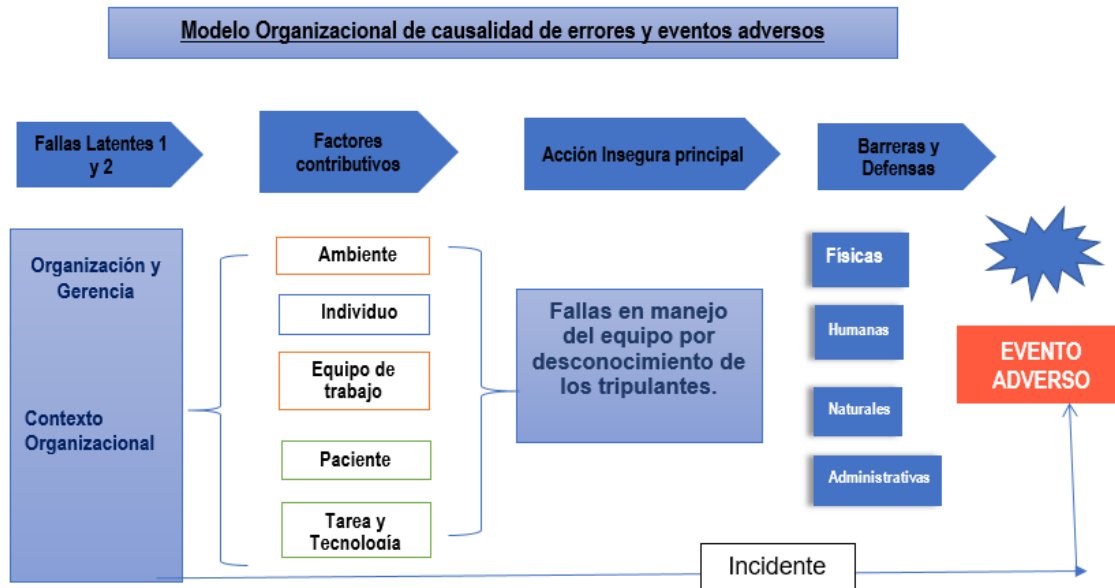
TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia

4. III. Fallas en manejo del equipo por desconocimiento de los tripulantes.





Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en manejo del equipo por desconocimiento de los tripulantes

Eventos Adversos Posibles:

- Muerte del Paciente por daño del defibrilador (desconocimiento del su manejo provoca corto irreparable)
- Daño físico temporal o permanente
- Daño Neurológico (Intubación fallida)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Espacios insuficientes
- Relaciones negativas entre CRUE y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)
- Sobrecarga de trabajo, alto volumen de pacientes

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria
- Actitud y motivación insuficiente

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Alta carga de morbilidad
- Paciente con enfermedades cardiorespiratorias sin diagnóstico diferencial adecuado
- Familia conflictiva, agresiva con desconocimientos de protocolos del crue

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales
- Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo

Fallas Latentes:



FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Deficiente estructura de procesos de apoyo decisiones inadecuadas de coordinadores

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad Intrainstitucional

Barreras protectoras:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional
- Conocimiento del uso de equipos biomédicos

TECNOLOGICAS

- Desarrollo De Sistemas De Control De Insumos Y Equipos Médicos

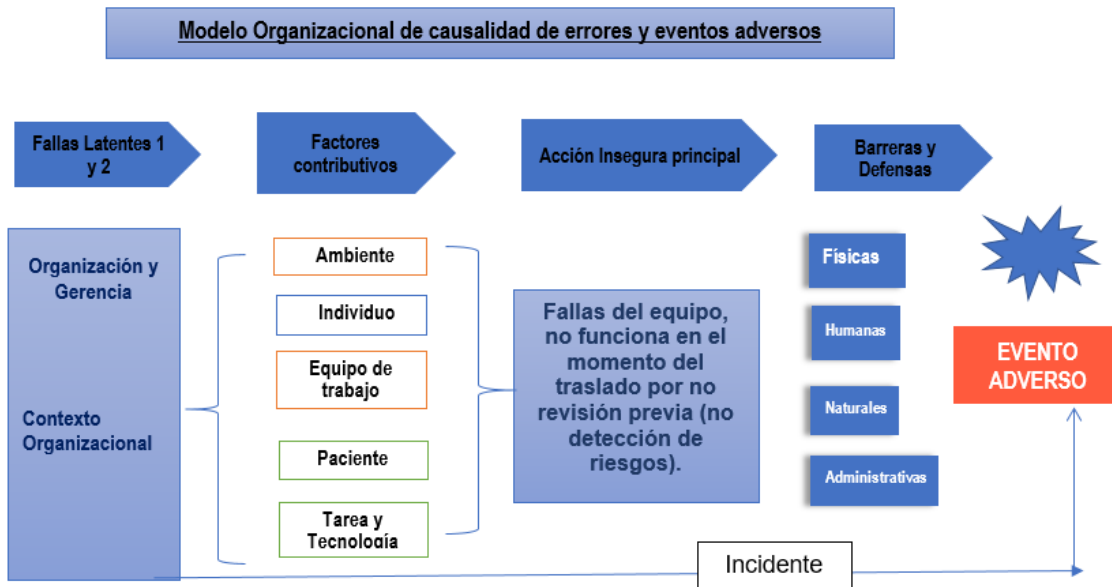
OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia

NATURALES

- Asegurar Móvil Para Al Abordaje Y Control Del Paciente Durante El Traslado

4. IV Fallas del equipo, no funciona en el momento del traslado por no revisión previa (no detección de riesgos).



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas del equipo, no funciona en el momento del traslado por no revisión previa (no detección de riesgos).

Eventos Adversos Posibles:



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Muerte del Paciente
- Daño pulmonar temporal o permanente
- Daño Neurológico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- No apego a las normas laborales
- Relaciones negativas entre jefe y colaborador
- Ambiente tenso (no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Estrés
- Poca experiencia
- Desconocimiento de actualización en las guías de atención médica prehospitalaria

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones

PACIENTE

- Alta carga de morbilidad
- Paciente con alta demanda de múltiples protocolos por trámites

TAREA Y TECNOLOGIA

- Carencia de equipos - carencia de insumos - carencia de medicamentos
- Falta de entrenamiento al uso adecuado de equipos médicos.
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad Intrainstitucional

Barreras protectoras:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:

SDS-CSS-GUI-006

Versión:

1



Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

FISICAS

- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
- Aplicar lista de chequeo preoperacional

TECNOLOGICAS

- Desarrollo de sistemas de control de insumos y equipos médicos

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Concordancia en el abordaje médico del paciente con su patología, registrada en historia clínica
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencia
- Mantenimiento de equipos por ingeniería biomédica



Fase 5: Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora.

Acciones inseguras:

- I. Fallas en la custodia y acompañamiento permanente al paciente en la espera, personal que traslada al paciente.
- II. Fallas en la actitud y claridad del personal que traslada al paciente en el momento de la entrega del paciente.
- III. Fallas en la actitud del personal de la entidad receptora en la entrega del paciente.
- IV. Fallas en la identificación del paciente al momento de la entrega por personal que traslada el paciente.
- V. Fallas en el registro de cambios en el estado del paciente en la espera a ser recibido, información escrita y verbal a quienes reciben el paciente.

MODELOS ORGANIZACIONALES POR ACCIONES INSEGURAS

5. I Fallas en la custodia y acompañamiento permanente al paciente en la espera, personal que traslada al paciente.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en la custodia y acompañamiento permanente al paciente en la espera, personal que traslada al paciente

Eventos Adversos Posibles:

- Caída de paciente desde la camilla
- Convulsión no advertida
- Bradicardia severa
- Fuga de un paciente de salud mental en estado de crisis.

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Infraestructura pequeña, pasillos estrechos.
- Clima laboral: relaciones negativas entre paciente y colaborador
- Clima laboral 2: no apego a las normas laborales
- Disponibilidad y mantenimiento de equipos
- Ruido

INDIVIDUO

- Cansancio - fatiga
- Larga jornada laboral
- Poca experiencia en la entrega de pacientes
- Poca experiencia en la detección de signos y síntomas que impliquen cambios hacia las complicaciones como parte del curso natural de la enfermedad (patología que ocasiona traslado o comorbidiades).



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Instrucción insuficiente de los signos de alarma
- Instrucción insuficiente de la importancia de la custodia permanente del paciente.

TAREA Y TECNOLOGIA

- Claridad de la estructura
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir: guías, protocolos, procedimientos, manuales

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de supervisión continua.
- Falta de trabajo en equipo para toma de decisiones
- Falta de liderazgo en el equipo

PACIENTE

- Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante
- Morbilidad que impida la comunicación
- Desconocimiento de su patología de base (como diabetes, hipertensión, hemofilia, etc.)

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- Decisiones inadecuadas de coordinadores
- Prioridades organizacionales no alineadas con seguridad del paciente
- No dar prioridad a evaluación de riesgos asistenciales incluyendo APH.

Barreras protectoras:

FISICAS



- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente

HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo
- Comunicar al personal asistencial que interviene en la atención
- Educar al paciente para que informe

TECNOLOGICAS

- Signos de alerta en los Monitores

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades

5. II Fallas en la actitud y claridad del personal que traslada al paciente en el momento de la entrega del paciente.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en la actitud y claridad del personal que traslada al paciente en el momento de la entrega del paciente. No informar adecuadamente por ejemplo complicaciones del paciente en el traslado (convulsión, crisis hipertensiva, signos de confusión mental, etc.).

Eventos Adversos Posibles:

- Status convulsivo
- Crisis hipertensiva con compromiso órgano blanco (por ejemplo cerebro), enfermedad cerebrovascular.
- Crisis psicótica aguda

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Clima laboral 1: relaciones negativas entre jefe y colaborador.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:

SDS-CSS-GUI-006

Versión:

1



Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

INDIVIDUO

- Actitud y motivación insuficiente
- Estrés
- Comunicación no asertiva

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente y deficiente

TAREA Y TECNOLOGIA

- Ausencia de protocolos para entrega del paciente
- Deficiente definición de riesgos en la entrega inadecuada del paciente

PACIENTE

- Comunicación deficiente del paciente hacia la tripulación.
- Desconocimiento de patología de base

Fallas Latentes:

- Ausencia de programas de entrenamiento institucionales sobre la importancia de la comunicación asertiva en la entrega del paciente
- Contratación de personal sin experiencia por alta rotación

Barreras protectoras:

FISICAS



- Contar con los medios de identificación para riesgos del paciente.
- Utilizar las rampas y otras facilidades para que el traslado de paciente sea menos riesgoso.

HUMANAS

- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información
- Realizar un adecuado interrogatorio a familiares.
- Realizar identificación cruzada al momento del traslado del paciente
- Entrenamiento adecuado en identificación de signos de alarma en el paciente.

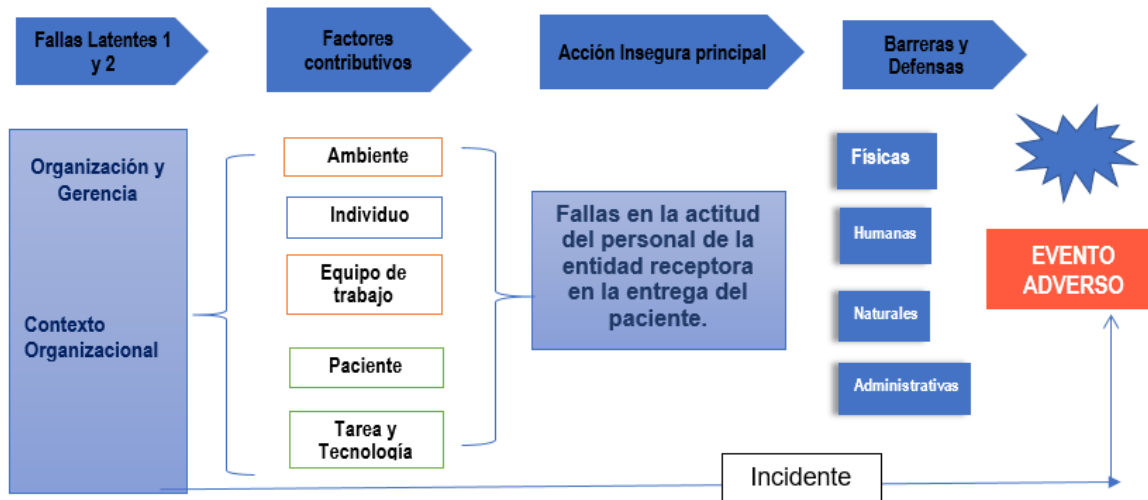
OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Contar con personal entrenado en entrega de pacientes y valoración de riesgos propios a cada uno en cuanto a la patología y tipos de personalidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

5. III Fallas en la actitud del personal de la entidad receptora en la entrega del paciente.

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en la actitud del personal de la entidad receptora en la entrega del paciente, no permitiendo una adecuada entrega, limitando tiempo de entrega, no revisión inmediata del paciente, etc.

Eventos Adversos Posibles:

- Paciente con infarto agudo sin tratamiento oportuno.
- Paciente con Enfermedad Cerebro Vascolar en progreso, sin tratamiento oportuno.
- Psicosis aguda no identificada con autolesión del paciente.

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Sobrecarga de trabajo del personal de la entidad receptora

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente

INDIVIDUO

- Actitud y motivación insuficiente
- Estrés

TAREA Y TECNOLOGIA



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- No existencia de Protocolos para la recepción del paciente e identificación inmediata de riesgos

PACIENTE

- Comorbilidades sin signos y síntomas característicos.

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 1: ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

- No aplica

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad institucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Contar con los medios de identificación de riesgos del paciente, semaforización, etc.

HUMANAS

- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información
- Examen físico exhaustivo al momento del ingreso del paciente, aprovechando la información concurrente de la tripulación que hace la entrega.
- Realizar identificación cruzada al momento del traslado del paciente



TECNOLOGICAS

- Falta de procesos de identificación de pacientes; ausencia de manillas y/o brazaletes en la institución.

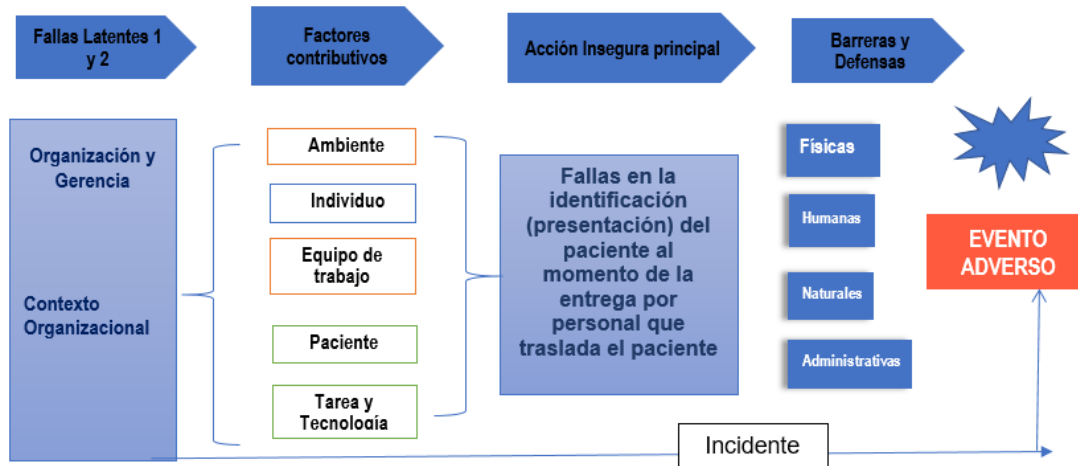
OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

5. IV Fallas en la identificación del paciente al momento de la entrega por personal que traslada el paciente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Omitir parada cardiorrespiratoria presentada por el paciente durante el traslado (no identificación de riesgo a la entrega del paciente). Se pasa el paciente a Observación donde hace un nuevo paro cardiorrespiratorio y fallece.

Omitir convulsión presentada por el paciente durante el traslado (no identificación de riesgo a la entrega del paciente). Paciente es llevado a hospitalización de inmediato donde hace un Estatus convulsivo y requiere UCI

No identificación de riesgo sobre alergia del paciente a la penicilina, paciente hace Shock anafiláctico por la administración de penicilina.

Eventos Adversos Posibles:

- Paro cardiorrespiratorio
- Estatus convulsivo
- Shock Anafiláctico

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Alto volumen de pacientes en la IPS receptora
- Personal coordinador con actitud punitiva
- Alto volumen de traslados que obliga al equipo a acelerar la entrega

INDIVIDUO

- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Poca experiencia

PACIENTE

- No soporte de familiar acompañante
- Desconocimiento de antecedentes

TAREA Y TECNOLOGIA

- Falta de ayuda para toma de decisiones
- Carencia de protocolos sobre la importancia de la identificación de datos del paciente que incluya identificación de riesgos de este

PACIENTE

- No soporte de familiar acompañante
- Desconocimiento de antecedentes/

FALLAS LATENTES:

- Brechas en la exigencia de las competencias del personal contratado.
- Evaluación insuficiente del talento humano.

Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Garantizar identificación de pacientes con código de colores o sistema que la institución indique.

HUMANAS

- Personal adherente a las normas y seguimiento de paciente durante el estado de la retención.
- Aplicación de herramientas establecidas en el paquete instruccional y las metas de seguridad de seguridad del paciente.
- Instaurar comunicación preventiva, persona a persona.

NATURALES



- Circularidad de la comunicación, trabajo conjunto y en redes

TECNOLOGICAS

- Disponibilidad de protocolos y procedimientos como guías para APH

ADMINISTRATIVAS

- Personal suficiente y entrenado
- Establecer mecanismos que garanticen la efectiva comunicación durante la transferencia efectiva del paciente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos (procedimiento de APH)
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la vigilar y gestionar riesgos

5. V. Fallas en el registro de cambios en el estado del paciente en la espera a ser recibido, información escrita y verbal a quienes reciben el paciente.



Escenarios de la Acción Insegura Principal:

Fallas en el registro de cambios en el estado del paciente en la espera a ser recibido, información escrita y verbal a quienes reciben el paciente

Eventos Adversos Posibles:

- Deterioro y muerte del paciente

Factores contributivos:

AMBIENTE

- Alto volumen de pacientes en la institución receptora.

INDIVIDUO

- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- Poca experiencia
- Falta de seguimiento al estado de retención de camilla

PACIENTE

- No soporte de familiar acompañante
- Desconocimiento de antecedentes
- Alto riesgo de complicación de la condición clínica

TAREA Y TECNOLOGIA

- Ayudas para toma de decisiones
- No registro de valoración realizada en la historia clínica

EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- Falta de liderazgo en el equipo
- Falta de soporte de especialidades en el momento requerido

Fallas Latentes:

FALLAS LATENTES 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Normatividad Institucional

Barreras protectoras:

FISICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente.

HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo comunicar al personal asistencial que interviene en la atención

TECNOLOGICAS

- Establecer medios masivos y seguros de comunicación: telefónica, internet y promover su utilización por parte del personal de la Unidad de Servicios de Salud (USS) y de APH.

NATURALES

- Generar espacios adecuados para ubicar los pacientes mientras permanecen retenidos por camilla, de manera que el personal los tenga visibles.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

OTRAS IMPLEMENTADAS EN TU INSTITUCION CON RESPECTO A APH

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividad.

4.4 ANÁLISIS PROBLEMÁTICO

A continuación, se presentan una serie de casos relacionados con la prestación de servicios prehospitalarios basados en situaciones reales, con el fin sean revisados de acuerdo al modelo organizacional, mediante la identificación de la acción insegura, factores contributivos, fallas latentes y barreras protectoras.

CASO 1

Acción Insegura: Móvil con riesgos para traslado de pacientes por no revisión antes de la salida o cuando no se aplica lista de chequeo

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Hipoxia cerebral
3. Crisis severa patología psiquiátrica u otra patología que progresa a grave

Describe brevemente la relación entre la acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Tenemos como ejemplo, paciente con antecedente de Trastorno depresivo severo con síntomas psicóticos, el cual posterior a ser despedido de su empleo comienza a presentar ideas suicidas, al llegar a su casa se encuentra solo y comienza a consumir alcohol etílico. Familiares discuten por vía telefónica con el paciente y deciden llamar a una ambulancia por medio de la línea 123 posterior de escuchar un disparo, de manera inmediata el CRUE recibe el llamado y despachan a móvil medicalizada tratándose de un paciente con intento de suicidio. El equipo de Atención Prehospitalaria llega al lugar de la escena encuentran a un paciente masculino de aproximadamente 50 años de edad con una herida por proyectil de arma de fuego a nivel de la región temporoparietal derecho con fines suicidas, al ser evaluado por medico prehospitalario evidencia a un paciente con signos vitales los cuales reportan frecuencia cardíaca 126 lpm, frecuencia respiratoria en 10 rpm, presión arterial en 150/110 mmHg, saturación de oxígeno en 60%, Glasgow de 7/15 puntos, posterior al examen físico decide realizar secuencia rápida de intubación (SRI)* , con conexión a ventilación mecánica, sin embargo al iniciar el procedimiento evidencian que no tienen relajante neuromuscular en la ambulancia como Vecuronio (1), decide aplicar sedación profunda con midazolam y fentanilo, al tener al paciente sedado se percatan que no cuentan con tubos orotraqueales mayores a 6.5 Fr (2), al no tener tubos orotraqueales decide colocar una máscara laríngea Numero 5, pero solo cuentan con mascara numero 3 la cual no logra acoplarse de manera



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

correcta (3), a pesar de ello lo mantienen con la máscara laríngea y proceden a conectar al ventilador portátil, cuando ya ha sido conectado el ventilador comienza a dar lecturas erróneas por falta de mantenimiento y no contar con carga de batería (4) por lo que deciden ventilarlo a través de Bolsa-Válvula-Máscara (BVM) al conectarlo se evidencia que dicho dispositivo tiene 1 mes de vencimiento (5) sin embargo logran ventilar el paciente.

Esta es una cadena de factores contributivos y acciones inseguras (1V) que pudieron ser prevenidos con la aplicación de la lista de chequeo. En este caso no fallece, pero esta acción insegura tiene una carga de Severidad alta que puede llevar a la muerte el paciente. Es un buen ejemplo para mostrar la cadena de errores que puede ser prevenida con la detección de los riesgos y neutralización de ellos al aplicar una lista de chequeo.

*SRI: Administración de fármacos endovenosos (sedante, inductor rápido y relajante neuromuscular) junto a la realización de determinadas maniobras (preoxigenación, presión cricoides) para crear condiciones de intubación óptimas con riesgo mínimo de hipoxia y broncoaspiración, permitiendo el control rápido de la vía aérea.

CASO 2

Acción Insegura: No preparación adecuada del equipo en el tiempo de desplazamiento (hora platino) que ocasiona retraso en la atención del Paciente a la llegada de la escena: atención no oportuna, no pertinente, que ha llevado a progresión de la patología.

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Daño físico temporal o permanente
3. Daño Neurológico

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Tenemos como ejemplo, paciente con antecedente de esquizofrenia paranoide con reagudización de síntomas psicóticos e ideas suicidas, paciente decide lanzarse de un 5to piso, por lo que la comunidad solicita ambulancia a través de la línea 123 refiriendo que el paciente aun se encuentra consciente.

Despachan una ambulancia medicalizada de manera inmediata. Los tripulantes tardan 10 minutos en salir a la escena, durante el desplazamiento el conductor evidencia que la móvil tiene falta de líquido hidráulico y bajo aire en llantas delanteras. Al presentar fallas mecánicas, el conductor decide detener la ambulancia para el llenado de aceite hidráulico y verificar las llantas, posteriormente deciden reiniciar el desplazamiento llegando al lugar de la escena 25 minutos después del despacho. Paciente al ser valorado por el médico evidencia que presenta fractura de pelvis con signos de Shock Hemorrágico, sin signos de trauma craneoencefálico.

CASO 3



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Acción Insegura: No llegada oportuna a la atención.

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Daño físico temporal o permanente por patología agravada
3. Daño Neurológico

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Tenemos como ejemplo, paciente escolar de aproximadamente 4 años de edad, quien se encuentra ahogado por deglución de un cuerpo extraño, solicitan ambulancia de urgencia.

Proponen una ambulancia medicalizada sin embargo no hay móviles disponibles ya que 5 ambulancias medicalizadas se encuentran fuera de servicio por talento humano el cual no ha llegado al turno.

Posterior a los 20 minutos una móvil medicalizada se reporta disponible para el caso, 23 min después del llamado la ambulancia inicia desplazamiento. Llegan a la escena 33 min después del llamado evidenciando paciente sin signos vitales.

Medico inicia RCP avanzado acorde al algoritmo del ACLS sin embargo posterior a 40 min no se logra restauración de circulación espontanea, declaran paciente fallecido.

CASO 4

Acción Insegura: Incumplimiento por parte de los conductores de las normas de tránsito que se traduce en inoportunidad en la llegada a la atención del Paciente u otros.

Eventos Adversos Posibles

1. Muerte del Paciente
2. Daño Físico temporal o permanente
3. Daño Neurológico

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Describa brevemente esta relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar.

Tenemos como ejemplo, paciente quien sufre accidente de tránsito, comunidad solicita ambulancia por lo que el centro regulador de urgencias y emergencias ordena el desplazamiento de una ambulancia medicalizada. Conductor de la móvil decide tomar ruta alterna y prohibida, por lo que policía de tránsito detiene la móvil y deciden levantar comparendo, es notificada la novedad al centro regulador de urgencia y emergencia por lo que se decide dejar la ambulancia fuera de servicio. El caso queda a la espera de



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:

SDS-CSS-GUI-006

Versión:

1

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

disponibilidad de otra ambulancia cerca del lugar. Ocasionando retraso en la atención del paciente

CASO 5

Acción Insegura: Conductas temerarias del conductor que ocasiona accidente de tránsito (choque) y no llegada oportuna a la atención/Incluir extraños en la cabina/hablar por celular, etc.

Eventos Adversos Posibles

1. Síndrome Convulsivo
2. Traslado Inadecuado con trauma cervical
3. Sufrimiento fetal agudo

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Situación 1: Paciente con preeclampsia quien requiere el traslado urgente, la ambulancia viene en camino y el conductor por ahorrar tiempo hace maniobra peligrosa que lleva a choque múltiple y no logra llegar oportunamente, la paciente inicia convulsión y debe ser trasladada por la familia.

Situación 1: Conductor quien invita a una vecina a hacer un traslado de una paciente, esta causa distracción del conductor quien se estrella contra un poste y la auxiliar quien va en el habitáculo sufre trauma craneoencefálico, acá debe extrapolarse a la misma situación ya con paciente y la severidad del riesgo que podría traducirse en daño al paciente.

CASO 6

Acción Insegura Principal: Fallas en conocimiento de la zona de parqueo en una escena donde hay riesgos, respetar el comando de incidentes.

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del paciente
2. Lesión temporal o permanente de paciente y tripulantes

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Comunidad informa a través de la línea de emergencia un accidente de tránsito entre un autobús y Transmilenio, reportan muchos heridos e incendio de la parte anterior del autobús, informan conductor de este atrapado. Centro regulador de urgencias y emergencias despachan a ambulancia Medicalizada hacia la escena. Ambulancia al recibir la orden se desplazan llegando al lugar en 5 min, se evidencia la ausencia de otros equipos de comando de incidente incluyendo bomberos. La tripulación de la ambulancia realiza parqueo de esta a 6 metros de distancia del autobús incendiado, no realizan evaluación inicial de la escena ni



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

reportan al centro. Sin uso de equipos apropiados tripulación intenta acceder al autobús para rescatar al conductor atrapado, sin embargo, el vehículo presenta una explosión causando lesiones a la tripulación y daño a la ambulancia la cual también se incendia. Posterior a 10 min llega bomberos a iniciar el comando de incidentes donde se suma una ambulancia y tripulantes afectados. Bomberos reportan la situación en la escena donde solicitan más ambulancias, logran apagar el incendio de los dos vehículos, aseguran la escena y autorizan a otras ambulancias que se encuentran en zona segura realizar valoración de pacientes, encontrando a conductor del autobús fallecido, médico de ambulancia fallecido, auxiliar de enfermería con quemaduras de un 75% de superficie corporal quemada, y conductor de ambulancia con quemaduras de segundo grado en cara y miembros superiores.

CASO 7

Acción Insegura: No seguimiento a órdenes del médico regulador

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Daño físico temporal o permanente
3. Daño Neurológico

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar.

Tenemos como ejemplo, paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con sintomatología de neumonía por probable etiología viral (SARS-CoV-2), presentando niveles de O₂ por oximetría de pulso por debajo de 60% a Fio₂ de 21%. Al ser evaluado por equipo de atención prehospitalaria y posteriormente presentado el caso ante su centro regulador de urgencias y emergencias, medico líder ordena administración de oxígeno de bajo flujo revalorar y revalorar si requiere dispositivos de alto flujo, sin embargo, equipo de APH no cumple la orden y paciente cae en parada cardiorrespiratoria evidenciando niveles de O₂ a 20%. Ocasionando posterior la no restauración de circulación espontanea, o daño neurológico temporal o permanente por isquemia cerebral.

CASO 8

Acción Insegura: Fallas en manejo del equipo por desconocimiento de los tripulantes

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Daño físico temporal o permanente
3. Daño neurológico

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

Tenemos como ejemplo, llamado por paciente con probable infarto al miocardio, solicitan ambulancia para su valoración y traslado. Equipo de atención prehospitalaria al llegar al lugar de la escena se encuentra con un paciente consiente quien manifiesta presentar dolor torácico opresivo de 1 hora de evolución irradiado al cuello y miembro superior izquierdo, con diaforesis el cual no cede con el reposo. Personal de APH al proceder a evaluar al paciente y tomar signos vitales evidencian que el paciente cae en parada cardiorrespiratoria. Los mismos no cumplen el algoritmo del BLS o ACLS, no utilizan el Desfibrilador externo automático (DEA), bien por desconocimiento de su uso o bien por daño en el equipo. Causando que no se pueda evidenciar el tipo de ritmo de paro, no logran realizar restauración de circulación espontánea teniendo en cuenta que la parada cardiorrespiratoria es presencial por lo tanto la probabilidad de éxito al RCP es mayor. Paciente es trasladado a urgencia en parada cardiaca de más de 15 min de evolución.

CASO 9

Acción Insegura: Fallas del equipo, no funciona en el momento del traslado por no revisión previa (no detección de riesgos)

Eventos Adversos Posibles:

1. Muerte del Paciente
2. Daño pulmonar temporal o permanente
3. Daño neurológico

Describe brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar



Tenemos como ejemplo, paciente quien sufre accidente de tránsito, comunidad solicita ambulancia por lo que el centro regulador de urgencias y emergencias ordena el desplazamiento de una ambulancia medicalizada. Al llegar a la escena medico líder evidencia que el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico severo con una escala de coma de Glasgow de 7 puntos, con saturometría⁵⁰ de 50% a fio2 21%. Por lo que amerita intubación oro traqueal y ventilación mecánica para su traslado. Posterior a una intubación de secuencia rápida, al momento de conectarlo al ventilador portátil este presenta fallas de configuración, baterías, y no logran acoplar al paciente aumentando presión y volumen causando Barotrauma.

CASO 10

Acción Insegura: Fallas en el registro de cambios en el estado del paciente en la espera a ser recibido, información escrita y verbal a quienes reciben el paciente.

Eventos Adversos Posibles:

Deterioro y muerte del paciente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Describa brevemente la relación entre acción insegura y cada evento adverso en situaciones que se pueden presentar

Deterioro clínico no mencionado: Paciente que en una hora ha presentado disminución de las cifras tensionales en más de un 30% con respecto a la hora de llegada a la fila de espera para que sea recibido, esto no es informado ni registrado en la historia clínica del paciente. Ingresa a una cama de observación y hace paro cardiorrespiratorio dos minutos después.



4.5 ANEXOS

- **Anexo 1.** Formato de lista de chequeo de indicios de atención insegura
- **Anexo 2.** Factores contributivos en atención prehospitalaria
- **Anexo 3.** Fallas latentes en atención prehospitalaria
- **Anexo 4.** Formato ronda de seguridad en atención prehospitalaria
- **Anexo 5.** Formato de lista de chequeo de insumos, dispositivos y equipos de vehículos de emergencia de traslado asistencial mediana complejidad.
- **Anexo 6.** Formato de lista de chequeo de insumos, dispositivos y equipos de vehículos de emergencia de transporte asistencial baja complejidad
- **Anexo 7.** Guía de actividades adelantadas por el personal tripulante móviles TAM, TAB, VRR y Salud Mental del programa de atención Prehospitalaria (APH) de la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

5. PREGUNTAS FRECUENTES

¿Por qué es importante contar con una guía de Seguridad del Paciente en cuanto a Atención Prehospitalaria?

Es muy importante entender la particularidad del servicio de APH, sobre todo en nuestro contexto, donde somos una agencia del sistema de respuesta a urgencias y emergencias en la capital. Son ellos la disponibilidad 24x 24 x 365, el tiempo de respuesta, y el reentrenamiento continuo en habilidades básicas tales como las necesarias para para reanimación cardiopulmonar, manejo de la vía aérea (intubación, uso de dispositivos como mascara laríngea, etc.) inmovilización, canalización, manejo de paciente en crisis mental (depresión o agitación), como un mínimo dentro de habilidades clínicas y manejo de la escena, humanización, trabajo en equipo, resolución de conflictos, y manejo del estrés; dentro de las habilidades de individuo, como componentes básicos de un equipo que trabaja en ambiente extra hospitalario en la calle. De ahí que se deben conocer los riesgos para neutralizarlos, sumando los factores contributivos que se van aprendiendo con la gestión de los eventos adversos e incidentes, permitiendo fortalecer cada día más con ese aprendizaje la atención segura en APH.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

¿Que son acciones inseguras en APH?

Son errores en la atención, asistencial, por acción u omisión que tienen el potencial de causar daño (evento adverso) al paciente, tienen características especiales de acuerdo con la fase de la ruta de atención prehospitalaria en la cual se presentan.

¿Que son fallas latentes?

Son aquellas que están relacionadas con decisiones administrativas, son errores, pueden ser por decisiones inadecuadas de directores, subdirectores, coordinadores de proceso. Igualmente, cuando se quedan larvadas deficiencias en la estructura de los procesos (contratación, etc.) y se materializan causando daño a un paciente o convirtiéndose en factores contributivos que llevan al personal de salud a cometer errores. Es importante que se incluyan en los análisis de casos para una adecuada gestión de estos.

¿Cuáles son las recomendaciones técnicas para la gestión de casos?

Estos no deben pasar de 30 días para su cierre, exceptuando aquellos que requieren plan de mejora con Cronograma (Por ejemplo, cuando hay infraestructura que requiere cambios o nuevos diseños para protección de los pacientes) en este caso el Cronograma de actividades avalado por la Alta Dirección y su primer seguimiento funcionará como Gestión del evento adverso. Esta recomendación se fundamenta en la importancia de la concurrencia, es enriquecedor el hecho de lograr el aprendizaje inmediato de ocurrido el suceso de seguridad del paciente.



¿Qué es un documento de gestión de seguridad del paciente?

Es aquel que nos permite conocer el grado de trabajo de cada institución en seguridad del paciente y debe contener Introducción, Antecedentes y normatividad, Política de Seguridad del Paciente, Metodología de gestión de casos (eventos adversos e incidentes), capítulo sobre cultura de seguridad del paciente con plan de capacitaciones sobre seguridad del paciente y riesgos al personal institucional y sensibilizaciones a pacientes, familiares y/o grupo cercano que acude con el paciente, comité y el contenido a presentar, mesas de análisis de los casos y prácticas seguras.⁵¹ Este debe contener prácticas seguras, lineamientos de las vigilancias, ambulatorios, Atención Prehospitalaria y Atención domiciliaria.

¿Cuál es la mirada que debe darse a los riesgos llamados “externos” en seguridad del paciente y APH?

Considerar el contexto especial de la APH, los pacientes se encuentran fuera de la institución hospitalaria cuando se trata de un traslado primario, es por esto por lo que la población vulnerable no puede ser sometida a riesgos innecesarios como no traslado a pacientes con enfermedad mental, binomio madre e hijo entre otros.

⁵¹ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguridaddelPaciente1.aspx>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)			
	Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	
Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez				

Cuando los pacientes están intrahospitalarios cuentan con el equipo de atención alrededor de ellos, esto disminuye los riesgos, a pesar de que existen; en los diferentes puntos de la ruta de APH los riesgos son multifactoriales y en muchas ocasiones no pueden ser controlados o intervenidos por el equipo de salud o los apoyos solicitados a entes externos.

¿Cuál es la mirada que debe darse a los riesgos en seguridad del paciente desde el compromiso del conductor en los vehículos de salud mental?

Nuevamente nos detenemos en un contexto especial puesto que la neutralización de riesgos depende de una cohesión entre los integrantes del equipo de salud, todos con un papel importante. El conductor del vehículo de salud mental y su actuación pueden apoyar a una atención segura o por el contrario a generar Acciones inseguras (fallas activas, errores). No hay duda, es alguien capacitado en el manejo de vehículos de emergencia y su apoyo no puede limitarse a una conducción. Sin poner en duda que esta última debe ser ajustada al respeto a las normas y protección de la unidad, paciente y equipo de salud, donde él está incluido.

¿Por qué es importante tener esta información especial y actualización en Seguridad del Paciente en cuanto a Atención Prehospitalaria?

Lo primero es que por muchos años se ha manejado Seguridad del Paciente de la Atención Prehospitalaria fuera del trabajo de las líneas de vigilancias (farmacovigilancia, tecnovigilancia, etc.) y de la seguridad clínica (prevención de caídas, úlceras por presión, etc.), esto reflejado por la no articulación en los comités intrahospitalarios y era necesario la unificación como línea de trabajo en seguridad del paciente puesto que presenta acciones inseguras (errores) muy específicos que deben estar planteados con sus factores contributivos y fallas latentes, así como con las barreras que deben proteger y ser específicas; además ser presentados su trabajo y resultados en el Comité de Seguridad del Paciente para recibir el apoyo al cumplimiento de planes de mejora como parte de los insumos para crecimiento de la prevención de riesgos y aprendizaje (mejora continua).

6. BIBLIOGRAFIA

1. Aeimchanbanjong, K. et al. Validation of different pediatric triage systems in the emergency department. *World J Emerg Med*, Vol. 8, No 3, 2017.
2. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*. 2010 Oct; 25(4):320-3: 320-323.
3. Aranaz JM, Aibar C. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America Towards safer hospital care. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
4. Ashish KJ. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-815
5. C:\Users\16670594\Documents\lit.SM\FAVORITOS\Patient safety in the OR.mht,
6. Caino S, Domínguez P, Aguerre V, Castellano V. Instrument to assess research projects that apply for a fellowship by the Argentine Society of Pediatrics: Validation using the Delphi method. *Arch Argent Pediatr*. 2019 Aug;117(4): e333-9.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

7. Characterization of adverse events detected in a large health care delivery system using an enhanced global trigger tool over a five-year interval. Kennerly DA, Kobayakov R, da Graca B, Saldaña M, Compton J, Nicewander D, Gilder R. Health Serv Res. 2014 oct;49(5):1407-25.
8. Clancy C. Patient Safety: One Decade after To Err Is Human. PSQH, junio 2009.
9. Classen DC, Resar R, Griffi n F, et al. 'Global Trigger Tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff (Millwood) 2011;30: 581–589.
10. Congreso de Colombia, Ley 1523 de 2012, consultado el 14.04.2022 en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>
11. Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015, consultada el 01-04.2022 en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
12. Curso de Soporte Básico de Vida (CSBV)" Programa USAID/OFDA/LAC de Capacitación y Asistencia Técnica" Primera Edición – octubre 2007 Dr. Santiago W. Baltodano Ortiz pág. 6
13. Decreto 780 2016 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección social.
14. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. España. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.
15. Estudio Comparativo de los Modelos de Atención Prehospitalaria entre Colombia y México. Garnica González Tania Milena, Mena González Laura Manuela, Moreno Ríos Juan José. Medellín 2015 [consultado 10.04.2022] disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/594/Aph_Colombia_Mexico.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare, Research and Quality, Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, July 5, 2004, <http://psqh.com/september-october-2009-ahrq>.
17. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud y Protección Social Republica de Colombia, noviembre de 2008.
18. López JI. Guías básicas de APH. Universidad de Antioquia, Ministerio de Salud y Protección Social. 2ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; ©2012. Capítulo, Clasificación de pacientes; p. 68–83.
19. Luke Slawomirski et cols. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level. Informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico (OCDE). 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Theeconomics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
20. Manual de Medicina de Emergencias Prehospitalaria Dr. Víctor Rodríguez 2009 [consultado 10.04.2022] disponible: [file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/docto/Downloads/Manual_atencio_n_prehospitalaria%20(1).pdf)
21. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. 2016 jun;38(3):655–62.
22. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare, 2015.
23. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, Resolución 926 de 2017, consultado el 14.04.2022 en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.926%20de%202017.pdf
24. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Versión 2.0 de la Guía Técnica, Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, 2015.
25. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2022. Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

- en la atención en salud” Versión 2, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia 2019, Resolución 3100, noviembre 2019.
 27. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2012. Resolución 0112 del 2012. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” Observatorio de Calidad (sitio web). www.minproteccionsocial.gov.co/observatoriocalidad
 28. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, Guías Básicas de atención médica prehospitalaria, 2012. Revisado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guia-medicas-atencion-prehospitalaria.pdf>
 29. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Resolución 2003, agosto 2014.
 30. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 256/2016. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf
 31. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores Básicos de Salud Chile 2013. Disponible en: www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf
 32. Mira et al. Calidad de la información que proporciona el paciente quirúrgico sobre eventos adversos Rev Calid Asist. 2012, 27 (3) 175-180
 33. Mira JJ et cols. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 33(1). 2013.
 34. Montserrat-Capella Dolors et cols. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. International Journal for Quality in Health Care. 27(1).2015.
 35. Norma UNE 179003, ISO 179003 2013
 36. Nueva clasificación de Triage. Resolución número 5596 de 2015. Ministerio de salud y protección social. 24 de diciembre de 2015.
 37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009. 2009. Disponible en: www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 38. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, Geneva, octubre 2004
 39. Presidencia de la República de Colombia. Decreto número 2434 de 2015 <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=67630>
 40. Protocol for the Investigation and Analysis of Clinical Incidents, first published in 1999 (Vincent et al, BMJ 1998; Vincent et al, BMJ 2000; Vincent, NEJM 2003).
 41. R A Cowley, the "Golden Hour," the "Momentary Pause," and the "Third Space" Am Surg.,2017 Dec 1;83(12):1401-1406 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29336762/>
 42. Reason, J. (2000). Human error: models and management. British Medical Journal. 320: 768-70 Vincent, C. and Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? Quality and Safety in Healthcare. 11: 76-80
 43. Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. Report of the reporting and learning subgroup of the European Commission. Patient Safety and Quality of Care working group. 2014. Disponible: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelinereporting_learning_systems.pdf.
 44. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de diciembre de 2005



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA (APH)

Código:	SDS-CSS-GUI-006	Versión:	1
---------	-----------------	----------	---

Elaborado por: Luis Enrique Gómez A., Andrea Blanco Mejía / Revisado por: Angélica Zambrano / Aprobado por: Marcela Díaz Ramírez

45. Resolución 3539/2019, Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5861
46. Resolución 5085 Versión 3.1, 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia y normas complementarias.
47. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Advancing the science of patient safety. Ann Intern Med 2011; 154:693–696.
48. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, et al. Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria. Contract Final Report. AHRQ Publication No. 11-0006-EF, December 2010. Prepared under Contract No. HHS-290-2009-10001C. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. www.ahrq.gov/qual/context-sensitive/
49. Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de la República de Colombia, consultado el 30.03.2022 en <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-de-emergencias-medicas-SEM.aspx>
50. Soporte vital avanzado pediátrico, American Heart association /American Academy of pediatrics. Libro del proveedor, 2010.
51. Tecnovigilancia en Colombia, un ejemplo para la región, Consultado el 15 de abril de 2015. <https://www.elhospital.com/es/blog/tecnovigilancia-en-colombia-un-ejemplo-para-la-region>
52. Tsang, Carmen et cols. "Adverse Events Recorded in English Primary Care: Observational Study Using the General Practice Research Database." The British Journal of General Practice 63.613.2013.
53. Varndell W, Fry M, Lutze M, Elliott D. Use of the Delphi method to generate guidance in emergency nursing practice: A systematic review. Int Emerg Nurs. 2021 May; 56:100867
54. Weingard S et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from Patient-Report Incidents. J Gen Intern Med 2005; 20(9), 830-6
55. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. A complexity science first level. In Edge Ware, Insights from science for healthcare leaders. VHA, 2001, Pages 3-20

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	9-12-2022	Se crea con el propósito de brindar orientaciones técnicas en Seguridad del Paciente para la Atención Prehospitalaria, aportar material de referencia para las capacitaciones y apoyo en los análisis de casos con énfasis académico, contribuyendo a una Atención Prehospitalaria más segura en el Distrito Capital.