

# EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y MONITOREO DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

*http://www.*

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS  
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE  
LAS PÁGINAS

**ESC**

PULSE PARA SALIR DEL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+L**

PULSE PARA VOLVER AL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+W**

PULSE PARA CERRAR LA  
VENTANA ACTUAL



**MINSALUD**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**SAMUEL GARCÍA DE VARGAS**

Subdirector de Prestación de Servicios



**MINSALUD**

**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención  
Primaria

**ANA MILENA MONTES CRUZ**


Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención  
Primaria

## UNIÓN TEMPORAL



**DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ**  
Dirección General del Proyecto

**ASTOLFO LEÓN FRANCO HERRERA**  
**MARCELA DÍAZ RAMÍREZ**  
Equipo Técnico



**INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**  
**CLÍNICA NUEVA**  
**CLÍNICA FOSCAL**  
**JAVESALUD - IPS**  
**VIRREY SOLÍS - IPS**  
**CLÍNICA DEL COUNTRY**  
**HOSPITAL CIVIL DE IPIALES**  
**HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE**  
Agradecimiento por su participación

# ÍNDICE



MINSALUD

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS GENERAL.....</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5. ESCENARIO PROBLÉMICO.....</b>	<b>18</b>
<b>6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS).....</b>	<b>20</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
7.1 ANTECEDENTES.....	23
7.2 JUSTIFICACIÓN.....	28
7.3 ¿Cuáles son los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos?.....	29
7.4 ¿Cuáles son las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos? .....	33
7.5. ¿Cuáles son los indicadores que monitorean las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos? .....	37
7.6. ¿Cuáles son las herramientas que facilitan la monitorización?.....	42
7.7. ¿Cómo la comparación externa me ayuda a monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente?.....	49
7.8. ¿Cuáles son los métodos de análisis de eventos adversos e incidentes?.....	50
<b>8. APROPIACIÓN.....</b>	<b>76</b>
<b>9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS.....</b>	<b>82</b>
<b>10. EXPERIENCIAS EXITOSAS.....</b>	<b>85</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>88</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>90</b>

Este pdf es interactivo.  
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.



# 1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE





Nuestro sistema obligatorio de garantía de calidad define la seguridad como aquellos elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias<sup>1</sup>. La seguridad por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla a terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación).

En ocasiones, el error es interceptado antes de que se materialice en la atención. A estos indicios de atención insegura la literatura internacional les llama *call close*. Cuando el error se materializa pero no causa daño, al paciente se le denomina *near miss*. En Colombia se ha adoptado el concepto de incidente. Cuando causa daño, a este resultado se le denomina evento adverso<sup>2</sup>. Desafortunadamente, para nuestros pacientes, esto último ocurre con demasiada frecuencia, causando incluso, a veces, la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles.

---

1 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.  
2 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia



## 2. OBJETIVOS GENERALES

10



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Fortalecer las competencias del talento humano en salud para desarrollar programas de vigilancia epidemiológica de la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y complicaciones en la organización.
- Ayudar al lector a diseñar, implementar, evaluar y mejorar continuamente un sistema de monitorización y medición de la seguridad del paciente en su institución.



## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

12



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Comprender la teoría que rodea la definición de indicadores de gestión.
- Identificar las fallas latentes y humanas que favorecen la ocurrencia de eventos adversos en salud.
- Identificar aquellos indicadores de estructura de proceso y resultado que le pueden ayudar a lograr una gestión más eficiente y eficaz en su servicio.
- Fortalecer la implementación de prácticas seguras en las organizaciones.
- Fortalecer la calidad del análisis causal de los eventos e incidentes adversos.
- Facilitar la toma de decisiones basadas en el análisis de indicadores tendientes a mejorar la seguridad del paciente.
- Fortalecer la generación de tendencias organizacionales frente a los eventos adversos e incidentes.
- Promover la cultura institucional de seguridad del paciente.
- Contribuir al conocimiento de la situación actual de la seguridad del paciente en las instituciones de salud del país.
- Promover la investigación en seguridad.



# 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

14



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- **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.<sup>1</sup>
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>2</sup>
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>3</sup>
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.<sup>4</sup>
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).<sup>5</sup>

1 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

2 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

3 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

5 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)<sup>6</sup>
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).<sup>7</sup> Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
  - **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
  - **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
  - **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bac-

<sup>6</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

<sup>7</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).



teriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos\\_para\\_Implementaci%C3%B3n\\_de\\_Pol%C3%ADtica\\_de\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf) consultado el 4 de diciembre de 2014

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 1](#))



# 5. ESCENARIO PROBLÉMICO

18



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



---

## ¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

---

¿Por qué es importante trabajar en el monitoreo de los aspectos claves en la seguridad del paciente?

¿Qué tipos de indicadores existen para el monitoreo de seguridad del paciente?

¿Cuáles deben ser las características de un indicador?

¿Cuáles son los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos?

¿Cuáles son las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos?

¿Cuáles son los indicadores que monitorean las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos?

¿Cuáles son las herramientas que facilitan la monitorización?

¿Cómo la comparación externa me ayuda a monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente?

¿Cuáles son los métodos de análisis de eventos adversos e incidentes?

¿Cómo la medición del clima de la cultura de seguridad del paciente es un mecanismo de monitoreo de aspectos claves de seguridad?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP *(Ir Anexo 2)*



## 6. METAS DE APRENDIZAJE

20



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Implementa los mecanismos de monitoreo de los aspectos claves en la seguridad del paciente.
- Investiga y analiza, bajo la metodología de “Protocolo de Londres”, los incidentes y eventos adversos.
- Investiga y analiza, bajo otras metodologías sugeridas, los incidentes y eventos adversos.



# 7. MARCO TEÓRICO

22



IR AL ÍNDICE



---

## 7.1 ANTECEDENTES

---

**¿Por qué es importante trabajar en el monitoreo de los aspectos claves en la seguridad del paciente? [\(regresar al escenario problémico\)](#)**

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones<sup>3</sup>. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo<sup>4</sup>.

La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente<sup>6</sup>; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente. Podemos mencionar, entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como lo son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la

tecnología a utilizar, la efectividad en que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, etc. Sin control por parte de los profesionales de la salud están las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar, que favorece la aparición de errores y eventos adversos secundarios<sup>5</sup>. Por esta razón, no debe ser suficiente para un gerente de un hospital, independiente del nivel de complejidad, creer que su institución entrega una atención de buena calidad; debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores.

Donabedian definió que en todo proceso de atención médica intervienen factores estructurales y del proceso mismo que se traducen en un resultado<sup>6</sup> Los primeros se refieren a los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico) y los segundos a la elaboración de la historia clínica, el examen físico durante la consulta, la técnica quirúrgica en cirugía, etc. Ambos factores se conjugan para ofrecer un resultado que siempre se espera que sea el mejor, es decir, la cura de la enfermedad o al menos, el mejoramiento de las condiciones del estado funcional del enfermo. Por ello, en la búsqueda del mejoramiento, en todo proceso de atención, se pueden obtener indicadores de estructura, de proceso y de resultado.





## ¿Que tipos de indicadores existen para el monitoreo de seguridad del paciente? (regresar al escenario problémico)

- Indicadores de estructura: miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros.
- Indicadores de proceso: enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Son ejemplos de indicadores de proceso la evaluación de la historia clínica, el diligenciamiento del consentimiento, la técnica quirúrgica en cirugía, los errores en la atención, entre otros.
- Indicadores de resultado: son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y además, genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas por 1000 días estancia, la satisfacción de los pacientes, entre otros.<sup>7</sup>

## ¿Cuáles deben ser las características de un indicador? (regresar al escenario problémico)

Los indicadores son poderosas herramientas de gestión que permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas. Un indicador ideal seleccionado debe tener diferentes atributos, entre los cuales los más importantes son:

- **Que sea simple:** debe ser de fácil elaboración.
- **Que sea válido:** debe medir realmente lo que se quiere medir.
- **Que sea sensible:** debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones en las cuales hay un problema.
- **Que sea específico:** debe ser capaz de identificar solo los casos donde hay un problema de calidad.
- **Que sea confiable:** los mismos resultados pueden ser reproducidos por observadores diferentes. Sin confiabilidad no hay validez.
- **Que sea de utilidad:** debe servir para tomar decisiones que lleven a la mejora
- **Interpretable:** los resultados son fácilmente comprensibles por quienes los utilizan.

- **Que esté disponible:** los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- **Que sea controlable por los proveedores:** el proveedor debe tener la capacidad de influenciar el proceso o los resultados que se miden.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 3\)](#)

---

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

---

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados y con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por los errores de atención en salud, se presenta la estructura de un sistema de monitoreo del programa de seguridad del paciente.

### 7.3 ¿Cuáles son los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

- Tecnovigilancia

Reglamentada en nuestro país por la Resolución 4816 de 20088. Tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso. Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, EAUDM, e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia.

Existen, en teoría, dos tipos de vigilancia: pasiva y activa. La primera hace referencia a la recepción de reportes de eventos e incidentes adversos. La segunda, a la búsqueda de factores de riesgo, enfocada, principalmente, al seguimiento de los dispositivos médicos clase III en áreas donde existen altas posibilidades de riesgo para los pacientes.

a. Dispositivos médicos involucrados y causas de Evento Adverso asociados a su uso.

Los dispositivos médicos más asociados a eventos adversos son: las bombas de infusión (debido a sobredosis de medicamentos), los catéteres (debido a compli-

caciones infecciosas, hemorragia o ruptura en cuerpo del paciente), los desfibriladores (debido a que el equipo no entrega la carga programada), los dispositivos implantables e invasivos (debido a las complicaciones infecciosas), los equipos de monitoria (debido a problemas con las alarmas) y los monitores (cuando no registran los parámetros reales del paciente). Anualmente el ECRI9 publica los 10 riesgos más comunes con el uso de la tecnología biomédica; para este año fueron:

1. Alarmas.
2. Errores en la administración de medicamentos usando bombas de infusión.
3. Exposición innecesaria a quemaduras por radiación en procedimientos de diagnóstico radiológico.
4. Fuego en cirugía.
5. Peligros debidos a incompleta inspección de máquinas de anestesia.
6. Errores en la conexión de tubos de alimentación enteral.
7. Falla inter-operabilidad entre equipos médicos y la tecnología de información.
8. Pobre usabilidad de equipos médicos utilizados cuando el paciente es cuidado en su casa.
9. Daños por agujas y elementos corto-punzantes.

Como una estrategia de trabajo en conjunto que articula y compromete a los profesionales de la salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y entes terri-

toriales, nuestro país cuenta con la Red Nacional de Tecno Vigilancia del INVIMA que debemos reportar todos los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos conocidos.

- Farmacovigilancia

Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma.

El origen y desarrollo de la fármaco-vigilancia tuvo lugar en la década de los 60, cuando se asoció a la “epidemia” de malformaciones congénitas la administración de Talidomida durante el embarazo. Desde entonces, la fármaco-vigilancia es una responsabilidad que comparten la industria farmacéutica, las autoridades sanitarias, el personal clínico y los pacientes. Se encarga del seguimiento de la seguridad de los medicamentos desde su creación y desarrollo, su selección y adquisición, el almacenamiento, la formulación, la preparación y dispensación, la administración y el monitoreo de su efecto. Así, el éxito de la fármaco-vigilancia es el continuo reporte, seguimiento y monitoreo a las reacciones adversas (RAM)

y eventos adversos (EAM) que presenten nuestros pacientes con su tratamiento farmacológico.

- Hemovigilancia

Es el término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre. Ésta es la última etapa de la cadena transfusional que involucra consecutivamente la promoción de la donación, los criterios de selección del donante, el fraccionamiento de los hemocomponentes, el tamizaje de agentes infecciosos, las condiciones de almacenamiento y transporte, la realización de pruebas pre-transfusionales, la identificación correcta de la unidad y del paciente, la vigilancia del acto transfusional y el seguimiento post-transfusional.

Una reacción adversa transfusional, RAT, es una respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemo-componentes que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe. Las RAT se pueden asociar directamente con la calidad de los componentes sanguíneos, o bien, con factores idiosincrásicos de cada paciente. En el primer caso, la RAT está causada por una desviación en los procedimientos operativos estándar, usualmente por errores humanos o de los sistemas o dispositivos empleados en la cadena transfusional. El segundo caso lo constituye la respuesta inesperada que se presenta en el paciente, sin que hayan existido errores en el proceso. Estas RAT pue-



den ser agudas o crónicas e infecciosas o no infecciosas y deben ser informadas mediante un registro específico que para tal fin ha dispuesto el Instituto Nacional de Salud<sup>10</sup>.

#### 7.4 ¿Cuáles son las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

- Rondas de Seguridad.

Fueron diseñadas por Frankel y su equipo en el año 2003 con el objetivo de conocer la percepción de los colaboradores sobre la seguridad de la atención en el servicio y de paso contribuir a la creación de una cultura de seguridad<sup>11</sup>. Consiste en que el grupo central de ejecutivos del hospital, incluyendo al director general, el director médico, el director de calidad, el director del programa de seguridad, etc., asistan juntos a cada servicio en un periodo de tiempo determinado, usualmente una vez al mes, y en un día y hora acordados previamente con los jefes de los servicios asistenciales. Allí interactúan con los colaboradores y les hacen unas preguntas que han sido previamente preparadas y entre las cuales podemos mencionar:

- ¿Recuerda usted algún evento que haya sucedido recientemente y que usted considere que causó un daño a un paciente o estuvo a punto de causarlo?
- ¿Qué aspecto de su ambiente de trabajo considera usted que puede producirle daño a un paciente?

- ¿Considera usted que hay alguna actividad rutinaria que a futuro pueda ser desarrollada en su servicio, área o unidad, para mejorar la seguridad del paciente?
- ¿Ha estado usted involucrado en la seguridad del paciente en esta área?
- ¿Cuándo usted comete un error, así sea leve, o estuvo a punto de cometerlo, lo reporta?
- ¿Si usted intercepta o previene un error de otra persona en su servicio, lo reporta?
- ¿Si usted comete un error o lo reporta, se preocupa por las consecuencias que para las personas involucradas pueda tener?
- ¿Sabe usted qué pasa con la información que reporta?
- ¿Usted es consiente de que para la organización es más importante el reporte de los errores que encontrar de quién fue la culpa?
- ¿Ha conversado usted sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente, con sus pacientes y/o sus familias?
- ¿Qué intervención específica de liderazgo sugiere usted que se pueda desarrollar y que les ofrezca mayor seguridad a los pacientes?
- ¿Cuándo usted detecta un error, ayuda a evitar el daño a un paciente y aprende qué pasó para no volver a repetirlo; les comenta usted a sus colegas la lección aprendida?
- ¿Qué sugeriría usted a estas rondas ejecutivas de seguridad para que fueran más efectivas?

Posterior a la realización de la ronda, usualmente dentro de la semana siguiente a su terminación, el grupo de ejecutivos se reúne para analizar las oportunidades

de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar el día y hora de visita al servicio siguiente y así sucesivamente, hasta terminar el ejercicio con la totalidad de servicios del hospital.

- Paciente trazador.

El método trazador es una forma efectiva de rastrear la calidad de atención de un paciente, utilizando la historia clínica como guía. Consiste en evaluar el cumplimiento de la atención al paciente con los estándares y el cumplimiento de la política de la organización.

Existen dos tipos de método trazador:

1. Paciente trazador, en el cual se sigue la trayectoria de tratamiento de un paciente desde que ingresó a la institución hasta el momento en que se está evaluando.
2. Sistema trazador, en el cual se sigue un proceso desde el principio hasta el final. Ejemplo: sistema de manejo de medicamentos, sistema de administración de control de infecciones, sistema de manejo de datos, entre otros.

Como resultado del método trazador se hace una revisión integrada e interdisciplinaria de las áreas más críticas para la calidad y la seguridad del paciente y se analiza el grado de cumplimiento del estándar y la información resultante con el fin de ser utilizada para diseñar e implementar acciones de mejoramiento.

Para trazar pacientes es recomendable seleccionar un paciente que tenga un diagnóstico médico muy frecuente o que haya sido sometido a un procedimiento

muy frecuente en la organización. En el servicio se revisará la historia clínica y se entrevistará a los colaboradores que cuidan al paciente e incluso al paciente mismo y a sus familiares.

El trazado de pacientes hecho en la revisión de la historia y en la entrevista de colaboradores, debe buscar identificar el cumplimiento de las políticas y estándares de los atributos de calidad definidos por la organización. Después de terminar el trazado, es trascendental evidenciar los hallazgos importantes a los líderes de los servicios. Algunos ejemplos de los que se puede trazar incluyen:

### **Servicio de urgencias**

- Proceso de triage.
- Evaluación del paciente.

### **Radiología**

- Proceso para la identificación del paciente.
- Proceso de la comunicación para compartir resultados críticos.

### **Angiografía**

- Evaluación del paciente pre-procedimiento.
- El uso y la seguridad de la sedación y la anestesia.

### **Unidad de cuidados intensivos**

- Comunicación en las situaciones de emergencia.

- Control de la infección.

### **Farmacia**

- Proceso de identificación para los medicamentos de alto riesgo.
- Datos sobre uso de los medicamentos de alto riesgo.

### **Terapia física y rehabilitación**

- Proceso de referencia y evaluación.
- Planeamiento de alta y evaluación de las necesidades domiciliarias.

## **7.5. ¿Cuáles son los indicadores que monitorean las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos?**

[\(regresar al escenario problémico\)](#)

El paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura enumera una serie de actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, por lo tanto, los indicadores de proceso son aquellos que buscan evidenciar que tales actividades sí se hicieron bien hechas. Podemos mencionar como indicadores de proceso los siguientes:

- Prácticas seguras para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos:

a. Para prevenir el riesgo de infecciones asociadas a la atención:

Indicadores:

- Adherencia total a las acciones sugeridas en el bundle (bacteriemia, neumonía e infección urinaria).

- Adherencia a la profilaxis antibiótica recomendada.
- Adherencia a la higiene de manos.

b. Para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos de alta alerta.

Indicadores:

- Proporción de medicamentos de alta alerta identificados.
- Proporción de fallas en el etiquetado de medicamentos de alta alerta.
- Proporción de pacientes con adecuada conciliación medicamentosa.
- Proporción de pacientes sobreanticoagulados.

c. Para prevenir caídas.

Indicadores:

- Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.

d. Para prevenir úlceras de presión.

Indicadores:

- Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de úlceras de presión.

e. Para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

Indicadores:

- Adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura.

- Proporción de pacientes con marcaje del sitio operatorio.

f. Para prevenir eventos adversos asociados a la inadecuada identificación de pacientes.

Indicadores:

- Proporción de pacientes identificados correctamente.

- Proporción de fallas en la identificación de pacientes.

- Proporción de fallas en la identificación de muestras de laboratorio.

- Proporción de fallas en la identificación de placas de imágenes.

g. Para reducir el riesgo en la atención de pacientes con infarto de miocardio.

Indicadores:

- Proporción de pacientes con tiempo puerta balón menor de 90 minutos.

- Proporción de pacientes remitidos a rehabilitación cardíaca.

- Prescripción de beta bloqueador al egreso.

- Uso de beta-bloqueadores para prevenir eventos cardíacos peri-operatorios.

h. Para prevenir eventos adversos asociados al uso de sangre y hemo-componentes.

Indicadores:

- Proporción de pacientes trasfundidos con grupo y Rh correctos.

- Proporción de fallas en la identificación de sangre y hemo-componentes.

- i. Para reducir el riesgo en la atención de pacientes críticos.

Indicadores:

- Proporción de pacientes con prescripción de medicamentos para prevenir trombo-  
bosis venosa y pulmonar.

- Proporción de paciente con prescripción de medicamentos para prevenir ulce-  
ras de estrés.

- Proporción de pacientes con valoración nutricional.

- j Para mejorar la seguridad en procedimientos radiológicos.

Indicadores:

- Proporción de pacientes con solicitud de creatinina previa a la realización de  
estudios con medio de contraste.

- Proporción de estudios de imágenes radiológicas con doble lectura por pares.

- Reporte de discordancias entre informe radiológico y hallazgos quirúrgicos

- k. Para mejorar la comunicación entre el personal que atiende al paciente.

Indicadores:

- Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.

- Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informa-  
dos verbalmente al servicio.

- l. Para garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado.



Indicadores:

- Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados.
- Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.

m. Para promover el autocuidado.

Indicador:

- Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les entregó información sobre autocuidado.

n. Para evitar problemas de nutrición en pacientes hospitalizados.

Indicador:

- Proporción de pacientes hospitalizados con valoración nutricional al primer día.

ñ. Para evitar daños en atención de urgencias pediátricas.

Indicador:

- Proporción de cumplimiento de la oportunidad en la valoración por pediatra.

o. Para evitar daños en pacientes con enfermedad mental.

Indicador:

- Proporción de pacientes hospitalizados en la unidad mental con valoración diaria del riesgo de autodaño o agresión.

p. Prevenir el cansancio del personal.

Indicador:

- Proporción de colaboradores con más de 12 horas de trabajo continuo.

q. Identificación del paciente y muestras de laboratorio.

Indicadores:

- Proporción de pacientes adecuadamente identificados.

- Proporción de muestras de laboratorio adecuadamente identificadas.

## 7.6. ¿Cuáles son las herramientas que facilitan la monitorización?

[\(regresar al escenario problémico\)](#)

- 7.6.1. El uso de listas de chequeo.

El origen de las listas de chequeo como un elemento para mejorar la calidad y evitar eventos adversos nos lleva hacia atrás, a 1935. En ese año, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos organizó una competencia para evaluar la próxima generación de bombarderos militares, entre los cuales se encontraba el modelo 299 de la Boeing Corporation, que superaba ampliamente a sus competidores: Lockheed Martin y McDonnell Douglas, no solo porque cargaba cinco veces más bombas, sino porque además lo hacía al doble de velocidad. Esto llevó a muchos a pensar que con esas diferencias tan grandes la competencia no sería tal y que el modelo 299 ganaría muy fácilmente. Sin embargo, solo unos minutos después de alzar vuelo, el magnífico 299 explotó en el aire. Los hallazgos de las investigaciones posteriores evidenciaron que el piloto olvidó realizar un paso crucial, que llevó a la catástrofe. La solución inmediata de Boeing fue concluyente: hacer siempre una lista de chequeo que incluyera, paso a paso, las acciones a seguir y cuyo uso

fuera obligatorio. Desde entonces, la lista de chequeo se convirtió en un estándar de la aviación internacional y de allí su uso se expandió a otras industrias.

En la actualidad el uso de listas de chequeo es ampliamente recomendado en la literatura médica como una herramienta valiosa para gestionar el riesgo y prevenir eventos adversos o resultados no esperados. Ellas ayudan a reducir la ambigüedad sobre qué es lo que se debe hacer, qué es lo prioritario a hacer y a clarificar los comportamientos que son más útiles.

En la literatura hay claros reportes de cómo, utilizando una lista de chequeo, se lograron disminuir las complicaciones en las cirugías en un 36% y el número de muertes en el 47%. Por otro lado, en el Hospital John Hopkins el uso de la lista de chequeo ayudó a reducir sustancialmente las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central, de tal manera que ésta práctica está hoy ampliamente diseminada en todos los hospitales de los Estados Unidos<sup>12</sup>. El alcance del uso de estas listas ha tocado a una amplia variedad de procesos y procedimientos que buscan evitar errores en muchos otros procesos. Ejemplo: en la identificación de pacientes, para evitar caídas, para evitar trombo embolismo venoso, errores en la comunicación, entre otros.

Un aspecto importante del uso de listas de chequeo es que son de simple implementación y sí los datos son tabulados y analizados, de ella se obtiene información valiosa para el mejoramiento continuo.



## Indicadores de resultado

¿Cómo se caracteriza un indicador?

Los indicadores de gestión deben estar claramente definidos y cumplir con las características de definición establecidas por la organización. Estas características dan claridad al personal para interpretar y documentar los indicadores a evaluar.

A continuación se ilustra un ejemplo de un indicador para que sea aplicado a los demás.

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	CUMPLIMIENTO A CIRUGÍA DE URGENCIA EN MENOS DE SEIS HORAS
JUSTIFICACIÓN	Es un indicador de calidad definido por la organización
DOMINIO	Oportunidad
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de pacientes con cirugía de urgencias realizada en menos de seis horas.
DENOMINADOR	Número total de cirugías de urgencias
UNIDAD DE MEDICIÓN	Porcentaje
FACTOR	
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLE		
	NUMERADOR	DENOMINADOR
FUENTA PRIMARIA	Listado definitivo de cirugías realizadas.	Listado definitivo de cirugías realizadas.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).	Mensual	
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	El tiempo de medición inicia cuando se solicita formalmente el turno y termina con la hora de inicio de la anestesia.	

Después del análisis realizado por el panel de expertos, se seleccionaron la siguiente lista de indicadores:

- a. Eventos adversos asociados a la infección.
  - Infecciones asociadas a la atención en salud.
  - Bacteriemia asociada al uso de catéter central.
  - Neumonía asociada al uso de ventilador mecánico.
  - Infección urinaria asociada al uso de sonda vesical.
  - Infección nosocomial.
  - Infección de herida limpia.
- b. Eventos adversos asociados a los cuidados.

- Úlcera por presión.
  - Daño al paciente por caídas.
  - Flebitis química.
  - Lesión de tejidos blandos por extravasación de medio de contraste.
  - Daño por auto-retiro de sondas/tubos/catéteres.
  - Daño al paciente por pérdida del espécimen de patología.
- c. Eventos adversos asociados a la cirugía.
- Lesión abandonada en órgano no objeto de la cirugía previa.
  - Daño durante una cirugía.
  - Evisceración post-quirúrgica.
  - Embolismo aéreo intravascular en el intraoperatorio.
  - Quemadura del paciente.
  - Re intervención no planeada por hemorragia/hematoma.
- d. Eventos adversos asociados al manejo.
- Daño por error diagnóstico.
  - Reingreso al servicio en tiempo menor del indicado por la misma causa.
  - Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar post-operatorio.
  - Neumotórax iatrogénico.
  - Falla renal aguda post-operatoria que requiere diálisis.

- Depresión respiratoria por sobredosis de medicamentos.
- e. Eventos adversos asociados en la atención de la gestante y recién nacido.
  - Desgarro perineal grado 3-4.
  - Trauma del neonato en el nacimiento.
  - Atención instrumentada del parto.
- f. Otros eventos adversos.
  - Daño del paciente por el uso incorrecto de medicamentos.
  - Daño del paciente por falla del equipo biomédico.
  - Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio.
- g. Eventos centinela.

Se llaman centinela porque debido a su gravedad, deben ser vigilados e investigados cuando se presentan. La organización Leapfrog, que aglutina a las empresas aseguradoras en los Estados Unidos, considera como eventos centinela a los siguientes:<sup>13</sup>

- Discapacidad o muerte por reacción transfusional.
- Transfusión de elemento sanguíneo con grupo/Rh equivocado.
- Lesión por cirugía en paciente/lado/órgano incorrecto.
- o Lesión por realización de procedimiento incorrecto.
- Lesión por colocación de implante incorrecto.

- Lesión por cuerpo extraño dejado abandonado dentro del paciente.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso de drogas, equipos o biológicos contaminados provistos por la institución.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con embolismo aéreo intra vascular que ocurre durante la atención.
- Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de medicamentos, en cualquiera de sus correctos.
- Muerte materna o daño serio asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
- Muerte intra-operatoria o inmediata post cirugía o post procedimiento de un paciente con riesgo anestésico (ASA) 2.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con su fuga o desaparición.
- Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
- Homicidio intra-institucional.
- Asalto físico o violación intra-institucional.
- Robo, rapto o secuestro de un paciente de cualquier edad.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff como resultado de un asalto físico o agresión.
- Inseminación artificial con esperma de donante equivocado o el huevo equivocado.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con una caída.



- Úlceras de presión en cualquier estadio que aparecen después de la admisión del paciente.
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable de tejido biológico.
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la falla al hacer seguimiento o en la comunicación de un examen de laboratorio, patología o radiología.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con un shock eléctrico durante el proceso de atención.
- Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas a un paciente, no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas está contaminado por sustancias tóxicas.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.
- Muerte o daño serio del paciente asociado a la limitación de los movimientos del paciente o amarres.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con la introducción de un objeto metálico.

### 7.7. ¿Cómo la comparación externa me ayuda a monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Para una institución que trabaja en pro del mejoramiento continuo, es recomendable referenciar sus resultados con los de otros, de preferencia los mejores, no solo a nivel nacional, sino también internacional. Es muy importante anotar que tal referenciación no significa, en consecuencia, que mi institución sea mejor o



peor en el ítem referenciado, que aquella con la cual me referencio. Algunos referentes son requerimientos de ley y es nuestra obligación cumplirlos; ejemplo: oportunidad de la cita médica general a 3 días. Otros no son de ley pero tienen valores promedio nacional e internacional; ejemplo: bacteriemia asociada a catéter central, estancia promedio en UCI, entre otros. Aunque ésta referenciación no es una comparación, sí me permite saber en dónde estoy con respecto al ítem en referencia y por ello mismo es muy importante hacerlo.

## 7.8. ¿Cuáles son los métodos de análisis de eventos adversos e incidentes? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

En la actualidad existen diferentes métodos para el análisis de eventos adversos e incidentes. A continuación presentamos los más usados y recomendadas.

La elección de la organización del método a utilizar para el análisis de eventos adversos, debe estar basada en:

- Facilidad de uso por el equipo de trabajo.
- Integración a las metodologías de gestión ya implementadas en la organización.
- Utilidad en la eliminación del problema de origen que evite la ocurrencia, nuevamente, de evento.

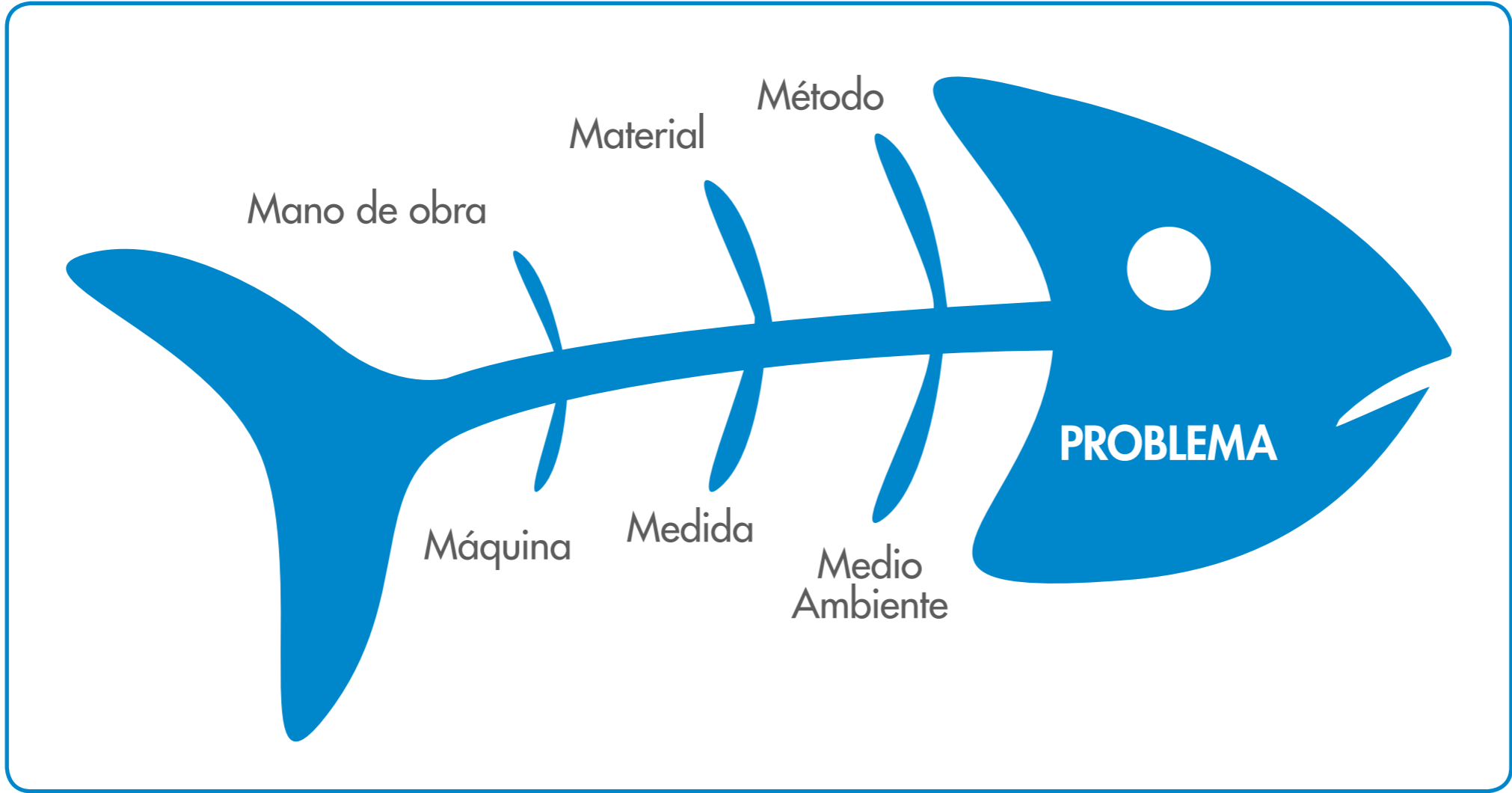
### ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ.

Es una metodología de análisis basada en los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error. Parte del principio de que todo evento adverso se origina en una causa raíz que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis<sup>14</sup>.

Su práctica se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas raíz, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato y por lo tanto, al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimizará. Por esto, aunque es un método reactivo, pues el evento ya pasó, al ganar experiencia en este tipo de análisis se convierte, con el tiempo, en un método pro-activo pues la implementación de las acciones de mejora crea una reducción de la variabilidad y disminución de los riesgos. Sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible.

La metodología recomendada para su implementación es partir del resultado final y preguntarse sucesivamente ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?. El diagrama de Ishikawa o de causa - efecto considera 6 factores que contribuyen a la ocurrencia del error: mano de obra, materia prima, método, máquina, medio ambiente y medida. En cada factor se debe establecer la misma metodología. Es consideración general que aproximadamente no más allá del quinto porqué, se llega a la causa raíz. Para ser eficaz, este tipo de análisis debe realizarse de forma sistemática, con conclusiones y causas respaldadas por pruebas documentadas.



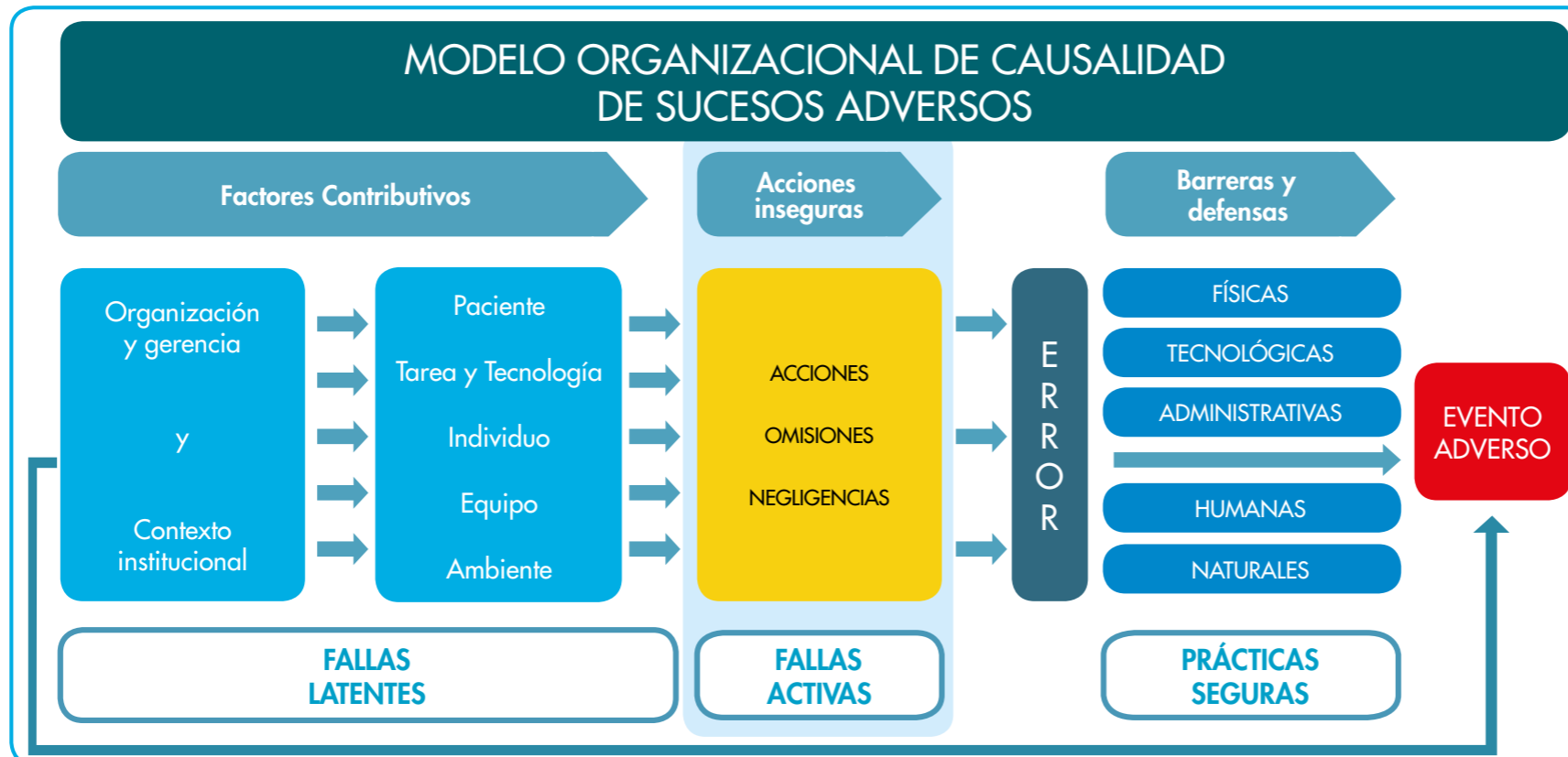


## EL PROTOCOLO DE LONDRES

- Definición.

Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

A continuación se muestra el modelo:



Su implementación en el campo de la atención en salud se soporta en la experiencia que se tiene utilizándolo en otros sectores como la aviación, las petroleras, y el de la producción de energía nuclear, donde un resultado no esperado (accidente) usualmente es catastrófico. Por ello, la investigación exhaustiva para saber qué pasó, es mandatorio. Para su implementación exitosa se recomienda que, en lo posible, se aleje de la evaluación del desempeño individual y no genere procesos disciplinarios y retaliaciones, lo cual ocurre muy frecuente en nuestro sistema de salud.

- **Investigación de eventos adversos e incidentes**

Una vez se reporta un evento adverso, la persona o el equipo líder o referente para la seguridad del paciente debe seguir los siguientes pasos para la investigación:

a. Revisión de la historia clínica: la primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Quien investiga (usualmente el Director del Programa de Seguridad del Paciente o referente de seguridad de la institución) debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en el comité de seguridad.

b. Entrevistas: es muy importante, también, para quien investiga hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia ayudará también a tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción. Se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio en búsqueda de factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura o falla activa.

c. Indagación documental: se debe verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si éstos se conocen y están disponibles para consulta. Para esto se entrevista al personal responsable de la gestión documental y a las personas que deberían conocer estos documentos. Adicionalmente se revisa la estructura y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.

d. Verificación de los recursos tecnológicos: se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, cuando se considere necesario.

e. Disponibilidad del personal completo: Se verificar si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario.

Este modelo multi-causal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en los del paciente y su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita. En el transcurso del tiempo la Dirección del programa de seguridad del paciente debe hacer vigilancia a que efectivamente se implementen las acciones de mejora recomendadas. A continuación se describen los factores contribuyentes más comunes.

#### - **Análisis de eventos adversos e incidentes.**

Una vez finalizada la etapa de investigación, se realiza el análisis en el comité de seguridad; para esto se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Invitación al comité: se debe invitar a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento.
- b. Lectura del resumen de la investigación: la persona o el equipo referente para



la seguridad del paciente realiza la lectura de los resultados de la investigación.

c. Se realiza el análisis: para esto, el referente inicia indagando a los participantes del comité: “¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?”, uno por uno.

FACTORES CONTRIBUTIVOS <sup>8</sup>		
		EJEMPLO
DEL PACIENTE	Edad.	Paciente de edad avanzada, o neonato, recién nacido o niño.
	Antecedentes.	Paciente con antecedentes clínicos de importancia.
	La complejidad de su enfermedad.	Paciente con varias enfermedades de base.
	La severidad de su condición clínica.	Paciente inconsciente.
	Sus factores sociales y culturales.	Paciente con creencias sociales o culturales que limitan la atención: omisión de información o no adherencia al tratamiento.
	Su personalidad.	Paciente ansioso.
	Su forma de comunicación.	Paciente que omite información.

8. Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

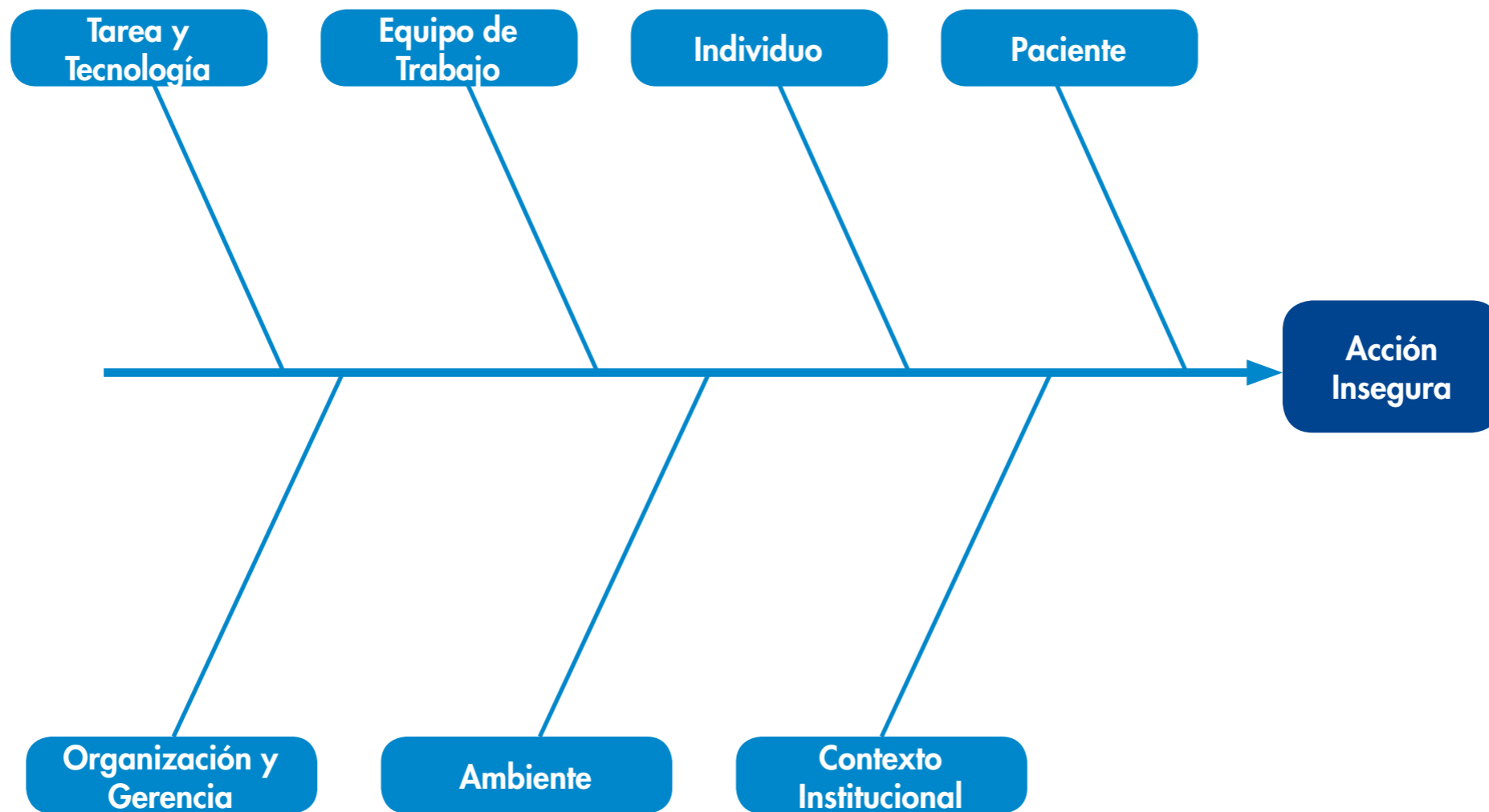
FACTORES CONTRIBUTIVOS <sup>8</sup>		
		EJEMPLO
DE LA TAREA Y TECNOLOGÍA	El diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma.	Procesos o procedimientos poco claros o incompletos o inexistentes o desactualizados o no socializados.
	La presencia de calidad de la información, socialización, disponibilidad y facilidad de consulta de guías, protocolos, y procedimientos misionales	No contar con protocolos de atención, guías clínicas, manuales asistenciales, o con dicha información desactualizada o no socializada.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos, y capacitación sobre los equipos.	Equipos en mal estado sin mantenimiento, personal que opera los equipos sin capacitación en el manejo de éstos.
DEL INDIVIDUO	Cansancio.	Personal asistencia, medico, enfermería, entre otros, con turnos de más de 16 horas.
	Somnolencia.	Personal asistencial somnoliento por carga laboral alta en múltiples organizaciones.
	Sus competencias técnicas y no técnicas	Personal asistencial sin actualización o con poca experiencia.
	Su estado de salud física y mental.	Personal asistencial estresado.
	Su actitud y motivación.	Personal asistencial desmotivado y poco comprometido.
	La apropiación de lineamientos institucionales.	Adherencia a guías, manuales, protocolos, procedimientos, etc.

FACTORES CONTRIBUTIVOS <sup>8</sup>		EJEMPLO
DEL EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.	Entrega de turno sin comunicación de los eventos importantes o relevantes. No comentar entre los miembros del equipo que atiende las pautas terapéuticas y colaborativas requeridas.
	Falta de supervisión.	El supervisor del personal en entrenamiento no está disponible o la supervisión es deficiente.
	La falta de liderazgo del equipo.	No hay un líder en el equipo que atiende o coordine o su coordinación es deficiente.
	Disponibilidad de soporte.	No hay disponibilidad de profesionales para una interconsulta o solicitud de concepto terapéutico.
DEL AMBIENTE	Deficiencias en la infraestructura.	Camillas sin barandas, rampas sin antideslizantes, baños sin antideslizantes etc.
	La sobrecarga de trabajo.	Alto volumen de pacientes en el servicio de urgencias u oleadas de pacientes en ciertos momentos del día.
	Mezcla de habilidades.	Ambiente en el que se cuenta con personal con poca experiencia o en entrenamiento y pocos especialistas.
	El ambiente físico.	Falta de iluminación, ventilación, espacio reducido, sitio ruidoso.
	Patrón de turnos.	Turnos mal diseñados que afectan el ambiente de trabajo.

FACTORES CONTRIBUTIVOS <sup>8</sup>		
		EJEMPLO
DEL AMBIENTE	Clima laboral.	Ambiente laboral punitivo, con restricciones para la comunicación, deficientes relaciones con superiores. Nota: Si la restricción para la comunicación es con el equipo directo con el que se atiende un paciente es de tipo equipo de trabajo.
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Deficiente estructura de los procesos de apoyo	No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros o desactualizados o no socializados,
	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.	organización cuya política es la compra de lo más económico afectando la calidad. Cultura de la rapidez, improvisación e inmediatez. Decisiones no tomadas o poco claras, inexistencia o deficiencia en los procesos de auditoría o seguimiento al cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales.
	Recursos y limitaciones financieras.	Crisis financiera, falta de pago a proveedores por falta de disponibilidad de flujo de caja.
	Estructura organizacional.	Estructura deficiente, poco personal, personal con múltiples tareas.
	Metas organizacionales.	Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
	Prioridades organizacionales.	Prioridades organizacionales no alineadas con la seguridad del paciente.
Debilidades en la administración y gerencia.	Gerencias sin continuidad con cambios frecuentes, deficiencia en administración y gerencia.	

FACTORES CONTRIBUTIVOS <sup>8</sup>		EJEMPLO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Factores externos a la organización como:	
	Economía del país.	Crisis económica del país.
	Regulación y normatividad que afecte la institución.	Normatividad que restringe el uso de ciertos medicamentos y la disponibilidad en el mercado de los mismos.
	Actuaciones de entes externos como EPS o otras IPS.	No autorizaciones de las EPS, deficiente comunicación en remisión de pacientes entre la Red de la EPS.

d. Registro de los factores en la espina de pescado: el referente toma nota ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que los participantes identifiquen, no solo que contribuyeron a la presencia de la falla activa del caso o casos objetos del análisis, si no que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño.



Es importante aclarar:

No en todas los análisis existen factores de cada tipo, por lo tanto puede suceder que en un análisis se tengan factores en blanco. También es frecuente que se traslapen factores contributivos, por ejemplo entre tarea, tecnología y decisiones organizacionales, sin que esto influya en el resultado, ya que en uno u otro factor contributivo, lo importante es que la causa se registre como posible contribuyente a la aparición de una acción insegura o falla activa.

En cada tipo de factor pueden registrarse varias situaciones (Ver tabla grafico a continuación)

e. Priorización de los factores: se deben priorizar los factores a trabajar. Los criterios de priorización pueden ser definidos por la institución; se sugiere el uso de los criterios de probabilidad e impacto Para esto, el referente de seguridad lee cada factor escrito en la espina de pescado o en el procesos de análisis de cada factor contributivo y pregunta:

Posteriormente pregunta:

**¿Qué tanto impacto tiene el factor en el paciente y la institución?**

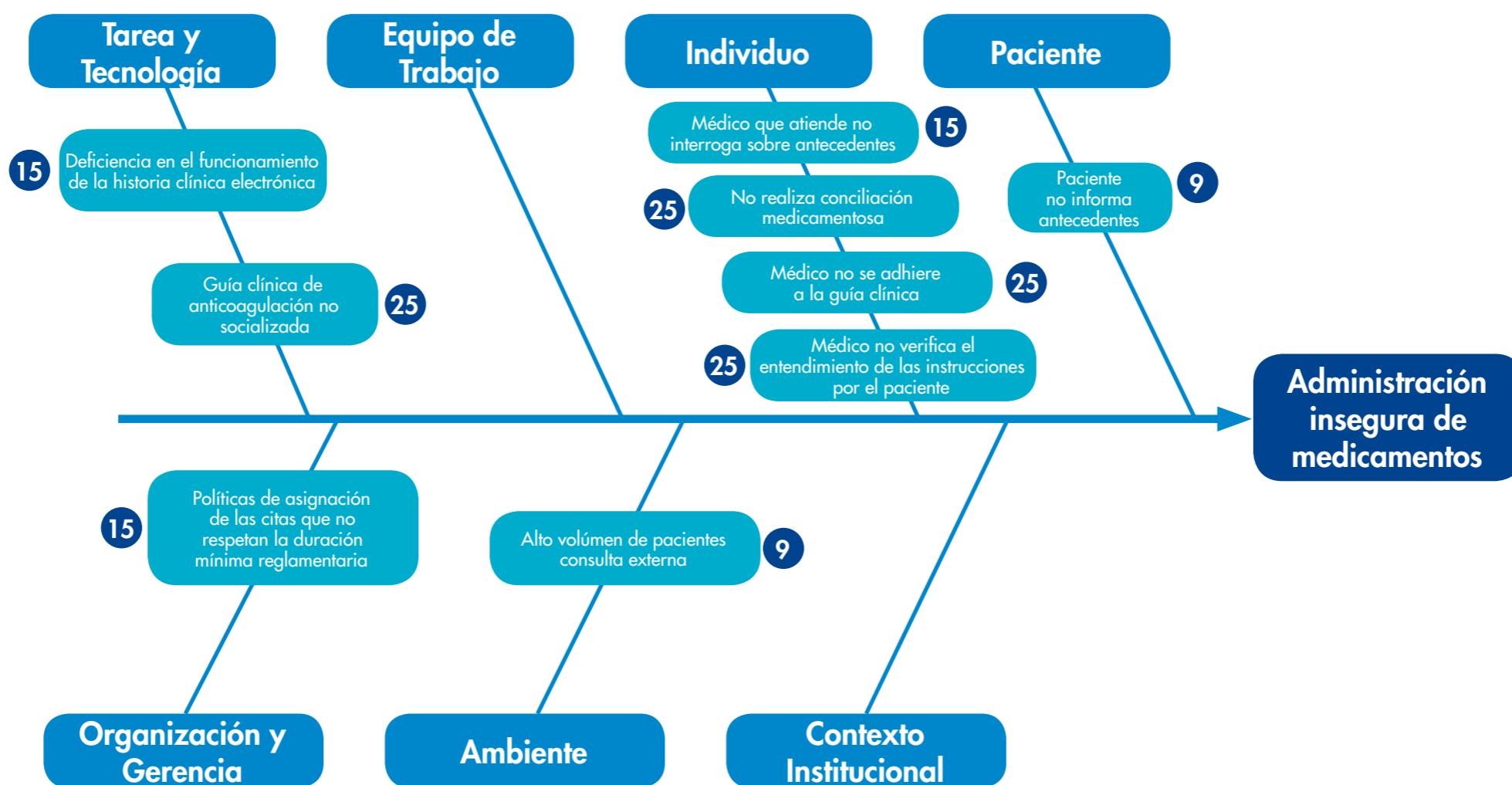
Y realiza la calificación según la tabla anexa sugerida a continuación.

Probabilidad	Nivel	Impacto	Nivel
1	Baja: es muy poco factible que el hecho se presente.	1	Bajo: si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en la entidad.
2-3	Media: es factible que el hecho se presente.	2-3	Medio: si el hecho llegara a presentarse tendría impacto medio o efecto en la entidad.
4-5	Alta: es muy factible que el hecho se presente.	4-5	Alto: si el hecho llegara a presentarse tendría alto impacto o efecto sobre la entidad.

Nota: Esta tabla de priorización es una sugerencia de priorización; la organización puede definir la priorización basado en criterios propios, teniendo en cuenta que lo priorizado sea lo de alto impacto.



A continuación se multiplica los resultados de la probabilidad e impacto:



f. Definición de plan de mejoramiento: la organización define en el comité de seguridad los factores contributivos a priorizar. Se recomienda priorizar los que tengan calificación de 25 y los demás que la institución consideren se encuentran en la capacidad de trabajar según recursos físicos, humanos, financieros de la organización, etc.

### ¿Qué se debe tener en cuenta en el momento de redactar un plan de mejoramiento?

Los planes de mejoramiento se deben redactar siguiendo el ciclo PHVA, con el fin de garantizar el cierre del plan de mejoramiento. A continuación se muestra una tabla sugerida de redacción de plan de mejoramiento.

ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P:			
H:			
V:			
A:			

**P:** Planear    **H:** Hacer    **V:** Verificar    **A:** Actuar

Es importante tener en cuenta que las organizaciones que ya cuentan con un sistema de calidad implementado, puede usar la herramienta de registro del plan de mejoramiento ya definidas por la organización, con el ánimo de generar sistemas integrados de gestión o modificar, a la luz de las recomendaciones aquí sugeridas, siempre respetando la integralidad del sistema de gestión.

Dentro de las fallas más comunes en la redacción de planes de mejoramiento se encuentran:

- No visualizarlos como una acción que debe eliminar el factor contributivo, si no como una acción para solucionar la falla activa o acción insegura en el individuo que incurrió en esta.

Ejemplo: un Plan de mejoramiento ante un factor contributivo priorizado como no adherencia a protocolo debería ser:

## REDACCION NO RECOMENDADA



Capacitar al doctor que incurrió en la falla activa en el manejo del protocolo.

## ¿Por qué no se recomienda?

- Capacitar solo al profesional no garantiza que no vuelva a ocurrir en otra situación.
- Capacitar sin verificar la adherencia no garantiza que no vuelva a ocurrir.

## REDACCIÓN RECOMENDADA



P: Definir un cronograma de capacitación en protocolos, con una metodología práctica que elimine las barreras de inasistencia a las capacitaciones a todo el personal del servicio de urgencias.

H: Ejecutar las capacitaciones según lo definido en el cronograma.

V: Verificar la adherencia a las capacitaciones con seguimiento en campo a la aplicación de los conceptos y con auditoria de historias clínicas.

A: Se define una vez los resultados de la verificación.

## ¿Por qué se recomienda?

- Aumenta la cobertura del personal lo que disminuye la probabilidad de ocurrencia.
- Garantiza que el plan de acción tenga un impacto y resultados positivos porque se verifica su impacto y si no se da se ajusta para cumplir con el objetivo.

- Pensar que los planes de mejoramiento tienen que ser ejecutados en corto tiempo.
- Pensar que un plan de mejoramiento no se puede convertir en un proyecto.
- Definir responsables que no tienen el tiempo ni la competencia para ejecutarlos.
- Definir tiempos sin verificar y agendar cada una de las actividades que ameritan la ejecución del plan de mejoramiento.
- No verificar si ya existe un plan de mejoramiento similar o igual en otro servicio o área para integrarlo en uno solo.
- No verificar si este mismo plan de mejoramiento ya fue implementado y verificar su eficacia.

NOTA: si desea ampliar esta información y conocer su aplicación de forma práctica, lo invitamos a consultar el [video explicativo](#) de la aplicación de la metodología de Protocolo de Londres.

### • Método Ancla

Recibe su nombre porque analiza y clasifica (ANCLA) los eventos adversos que pueden tener origen en cualquier nivel de la organización. En su implementación, considera dos fases; una de aproximación inicial, en la cual se clasifica el evento y se obtiene información y una segunda, en la cual se investiga el evento (aplicación del método), se documenta y se hace un reporte final.

En la fase de obtener información, una vez se identifica el evento adverso, se procede a hacer una reunión inicial de los integrantes del equipo investigador. En

esta reunión, después de un briefing inicial, se reparten las funciones (entrevista a las personas participantes en el evento, revisión de nuevos datos, de guías o protocolos pertinentes, entrevistas con expertos, entre otros). Posteriormente se reúnen todos los involucrados para hacer el comité.

En la fase de investigación se aplica el método que considera que los actos inseguros pueden originarse a diferentes niveles y en cada uno de ellos existe una multiplicidad de fallas de las personas o factores latentes. Estos niveles y factores son:

### NIVEL I :ACTOS INSEGUROS

1. Errores de percepción: no se percibió adecuadamente el estado real del paciente.
2. Errores de Decisión: clínico, quirúrgicos, etc.
3. Técnico: distracción, olvido, habilidad técnica.

### NIVEL II: PRECONDICIONES QUE FACILITAN LA APARICION DEL EVENTO

1. Ambiente Físico: infraestructura, contaminación Iluminación ruido temperatura, otros.
2. Ambiente tecnológico: falta de mantenimiento, falta de insumos, falta de capacitación, tecnología, farmacovigilancia, otros.
3. Documentación: historia clínica, guías de práctica clínica, protocolos.
4. Estado fisiológico y mental del individuo: enfermedad, alcoholismo, cansancio, estrés,

desmotivación, problemas personales, distracción, otros.

5. Limitación física: bajo nivel académico-Problemas visuales/ auditivos.

Incompetencia para la tarea.

6. Trabajo en equipo/comunicación falta de liderazgo, falta de comunicación.

### NIVEL III: SUPERVISION INADECUADA

1. Supervisión inadecuada: no se proveen metas, falta auditoría, no entrega de guías de procedimientos de enfermería.

2. Planeación inadecuada: permitir sobrecargas de trabajo, permitir procedimientos riesgosos, asignación de la persona inadecuada.

3. Fallas en corregir problemas: fallas en corregir comportamientos inadecuados, permitir presiones externas o internas, fallas en corregir situaciones de riesgo conocido.

4. No adherencia del supervisor: no reporta fallas conocidas, autoriza personas no calificadas, no refuerza reglas.

### NIVEL IV: ORGANIZACIÓN

- Manejo de recursos: Falta de recursos, insumos de mala calidad, manejo inadecuado de las finanzas.
- Clima organizacional: Colaboradores desmotivados, falta de liderazgo, comunicación inadecuada.
- Procesos de la organización: falta de empoderamiento en el tema de seguridad, falta de cultura de seguridad.



## NIVEL V: LEGISLACION ESTADO OTROS

Normatividad: falta de reglamentación, interpretación inadecuada de la norma.

Supervisión inadecuada del estado: permisividad de entes de control, manejo sancionatorio no preventivo, ineficiencia, falta de recursos.

Terceros contratantes: falta de supervisión de los terceros, presión de terceros hacia la organización, referencia y contra referencia.

Una vez identificados los factores contribuyentes en cada nivel de los descritos, se procede a priorizar. Para esto se pueden utilizar los criterios de priorización definidos por la organización o los sugeridos en este paquete, usados en el protocolo de Londres. Una vez priorizados se procede a realizar una segunda reunión donde se dan a conocer a todos los involucrados y se diseñan los planes de mejoramiento en cada nivel, llevándolos para su aprobación al nivel jerárquico correspondiente. Ejemplo: una acción de mejora en el nivel dos por falta de una guía de práctica clínica en el nivel dos debe ser liderada por el director médico, de igual forma, un factor contributivo en el nivel cuatro, por falta de insumos, debe ser elevada ante el gerente administrativo. El Director del Programa de Seguridad del Paciente es responsable por hacer el seguimiento a la efectiva implementación de estas acciones de mejora.



## 7.9. ¿Cómo la medición del clima de la cultura de seguridad del paciente es un mecanismo de monitoreo de aspectos claves de seguridad?

[\(regresar al escenario problémico\)](#)

Aunque el objetivo de todo programa de seguridad del paciente es crear cultura de seguridad, las organizaciones deben ser conscientes de que esto no es fácil lograrlo en el corto plazo. La misma se evidenciará cuando el paciente se encuentre en un entorno donde las personas hablen sin temor acerca de los asuntos de seguridad, de las fallas y errores y se enfoque en aprender de estos eventos. Por lo tanto, para saber si están en ese camino, las organizaciones deben evaluar, periódicamente, su progreso en la obtención de cultura de seguridad al paciente.

En el 2003 investigadores de la Agencia para la Investigación de la Calidad de la Atención en Salud de los Estados Unidos, AHRQ, diseñaron una encuesta que mide la percepción de seguridad que tienen los trabajadores de un hospital<sup>14</sup>. La misma es hoy utilizada en muchos países desarrollados y en vías de serlo. Hace énfasis en siete aspectos de la cultura de seguridad en los servicios asistenciales, entre los cuales se incluye el reporte de errores y eventos. Estos siete aspectos se traducen en 44 afirmaciones y pide a quien la responde, contestar entre cinco opciones que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

Estas afirmaciones en realidad lo que pretenden es identificar la percepción individual sobre diferentes aspectos referentes de la seguridad como son:

- La percepción de seguridad.
- La frecuencia de eventos reportados.
- El liderazgo y supervisión.
- El aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo.
- El trabajo en equipo en los servicios.
- El trabajo en equipo entre servicios.
- La comunicación abierta.
- La retroalimentación acerca del error.
- La respuesta no punitiva al error personal.
- El soporte gerencial que se le da a la seguridad del paciente.
- El cuidado transicional.
- El grado de seguridad del paciente.
- El número de eventos reportados en los últimos 12 meses.

Otra encuesta muy utilizada en la salud es el cuestionario de actitudes de seguridad, SAQ, que se enfoca en dos dominios primarios: el trabajo en equipo y la seguridad y tres dominios de soporte: reconocimiento del estrés, la resiliencia, el balance entre el trabajo y la calidad e vida. Ambos instrumentos son de amplio uso a nivel internacional y permiten la referenciación entre ellos.



Aunque se debe entender que algunas áreas son más fáciles de investigar que otras porque tienen mejor reporte, mejor percepción de seguridad, mejor liderazgo, etc., las encuestas identifican oportunidades de aprendizaje en áreas con puntajes bajos con respecto a otras áreas e identifica en qué se debe aprender.

En resumen, ambos instrumentos de amplio uso, refuerzan la naturaleza local de la cultura y fortalecen el hecho de que la cultura puede ser percibida de manera diferente por aquellos colaboradores que están atendiendo directamente a los pacientes y la gerencia.

La encuesta de la AHRQ se puede descargar en español en: [http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospform\\_sp.pdf](http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospform_sp.pdf)



# 8. APROPIACIÓN

76



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto. Este caso fue construido basándose en situaciones reales identificadas en organizaciones de nuestro país.

Lea con atención el caso. Todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo. Revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso mismo, finalmente seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones corresponderían a la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.

---

## CASO 1

---

El equipo de seguridad se reúne con el comité para definir estrategias que monitorean aspectos claves de la seguridad del paciente. Entre las estrategias se define la del paciente trazador y para este caso se eligió a un paciente que se encontraba en el área de recuperación, en un post-operatorio de una colecistectomía laparoscópica electiva, procedimiento muy frecuente en la institución. Se realizó la revisión de la historia clínica y se identificó:

- El consentimiento informado no apareció junto a, ni dentro de la historia clínica.
- El espacio dedicado a antecedentes farmacológicos no está diligenciado.
- En el registro de la lista de chequeo de cirugía segura aparece chuleados todos los ítems pero no está firmada ni por el cirujano ni por el anestesiólogo.

En entrevista con el paciente se le indagó sobre sí antes de la cirugía, le preguntaron sus nombres y apellidos, identificación, el sitio de la cirugía, y sí le explicaron el consentimiento informado y que entendió de este. El paciente respondió que estando en la sala, justo antes del inicio de la anestesia, sí le preguntaron sus nombres, apellidos, el número de identificación y el sitio de la cirugía, pero que el consentimiento lo firmó 8 días antes, durante la consulta con el doctor, y que él solo le manifestó que esta era una autorización que él debía darle al médico para realizarle la cirugía.

Dentro de la descripción del caso, ¿cuáles son los hallazgos relevantes que se pueden considerar factores contributivos que podrían conllevar a la generación del evento adverso?

1. Identifique los factores contributivos y clasifíquelos:

3. ¿Cómo prioriza las causas por usted identificadas?
4. ¿Cuál debería ser el plan de mejoramiento a seguir con los resultados del análisis del paciente trazador?

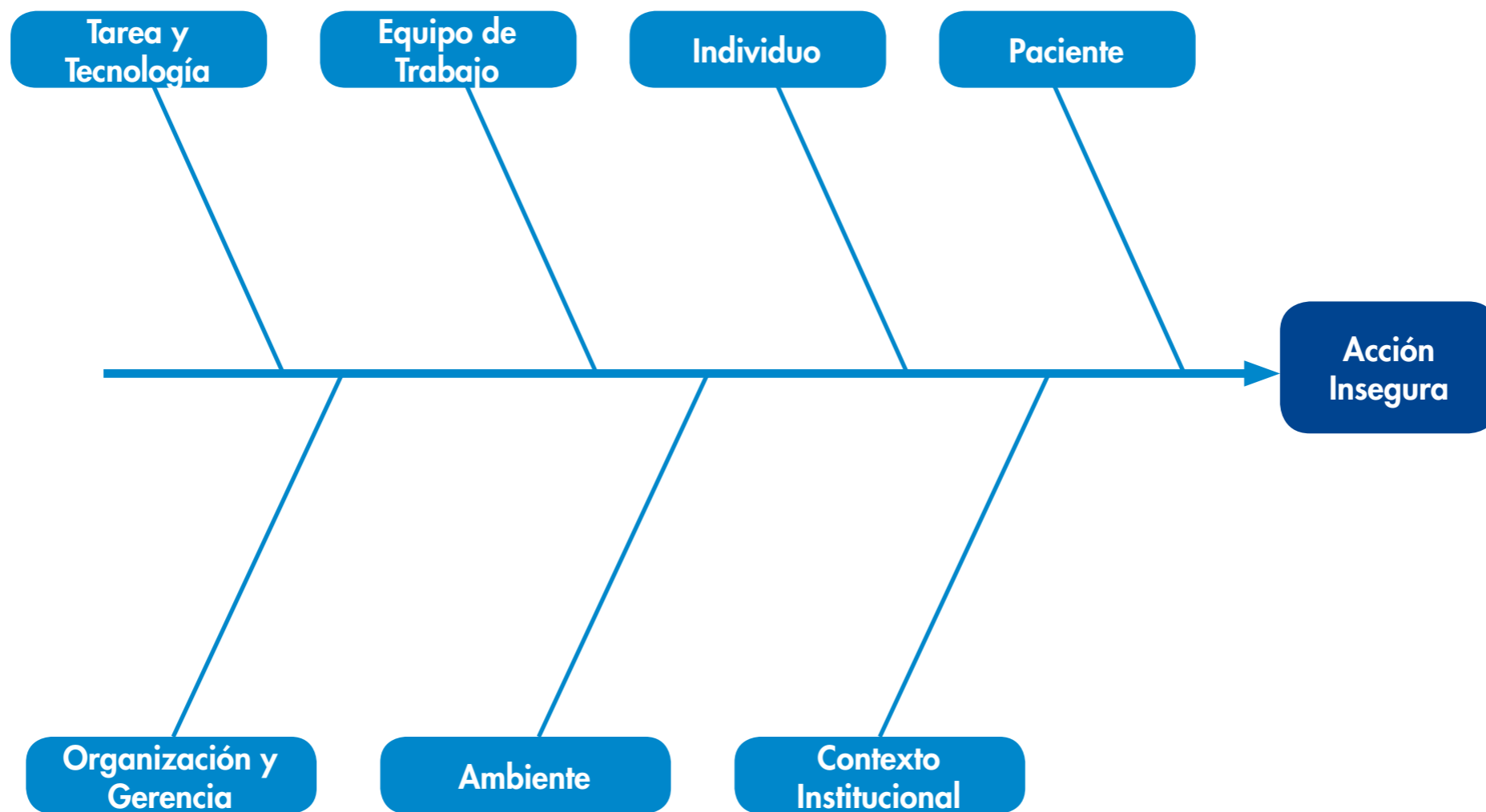
ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P:			
H:			
V:			
A:			

## CASO 2

Reproduzca el video y realice el análisis del mismo.

Preguntas: escriba los factores contributivos que identificó según el evento e investigación presentadas en el video.







# 9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

82



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



## CASO 1.

### Pregunta No 1

NÚMERO	HALLAZGO	FACTOR CONTRIBUTIVO
1	El consentimiento informado no apareció junto a, ni dentro de la historia clínica	INDIVIDUO
2	El espacio dedicado a los antecedentes farmacológicos no esta diligenciado.	INDIVIDUO
3	En el registro de la lista de chequeo de cirugía segura aparece chuleados todos los ítems pero no está firmada ni por el cirujano ni por el anestesiólogo .	EQUIPO DE TRABAJO
4	No explicación del consentimiento informado.	INDIVIDUO
5	ADMINISTRATIVAS	INDIVIDUO ORGANIZACIÓN Y GERENCIA (Porque no ha definido a esta actividad)



## Pregunta No 2:

Las respuestas dadas a continuación son algunas opciones de planes de mejoramiento más no las únicas, plan de Mejoramiento: el consentimiento informado no apareció junto a, ni dentro de la historia clínica.

ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P: Revisión del documento que describe el manejo del consentimiento informado para verificar la definición del trámite del consentimiento informado	Se define teniendo en cuenta la disponibilidad del personal a realizar la labor.	Se define el cargo de la persona responsable del manejo de la historia clínica.	Se describe el seguimiento realizado a esta actividad una vez ejecutada o en los comités de seguridad del paciente se verifica su avance.
P: Realizar capacitación al equipo de salud para que entiendan la importancia del consentimiento informado y lo apliquen			
H: Acompañamiento a través de recordatorios con el equipo interno al responsable de la ejecución de la actividad.			
V: Realizar auditorías, periódicamente, de cumplimiento del protocolo de consentimiento informado.			
A: Realizar los ajustes necesarios al plan de mejoramiento según los hallazgos del seguimiento.			



# 10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

85



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



---

## MONITOREO - INDICADORES

---

### CLÍNICA LAS CONDES DE CHILE

Análisis de eventos adversos

# CENTRO MÉDICO IMBANACO

Paciente trazador

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 4\)](#)

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVO  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE





# 11. CONCLUSIONES

88



 MINSALUD

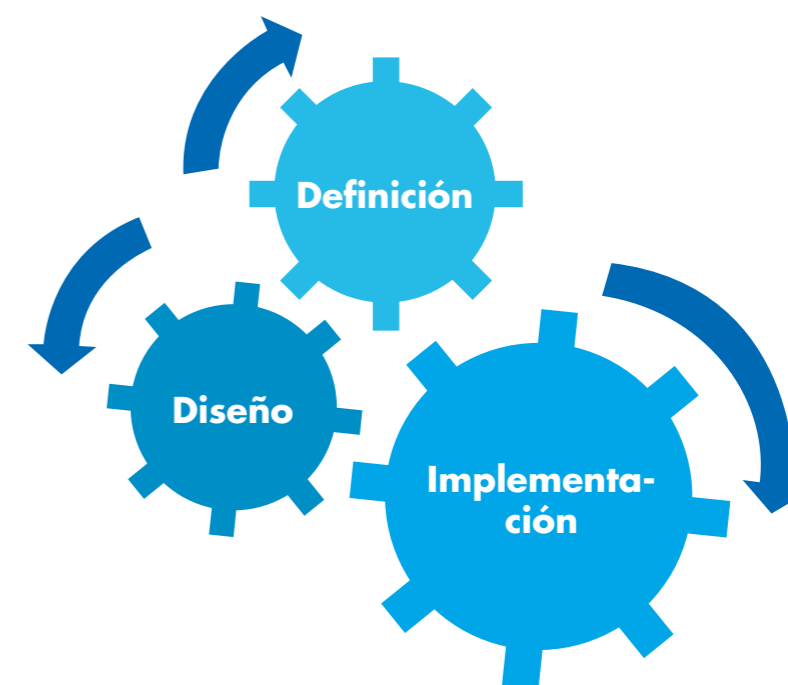
IR AL ÍNDICE





En el diseño de su programa de seguridad de paciente, la organización debe definir las acciones proactivas y retroactivas necesarias para monitorizar el éxito del mismo. Entre ellas, la fármaco-vigilancia, la tecno-vigilancia y la hemo-vigilancia, al igual que los indicadores a medir, la metodología de medición y el modelo de análisis de eventos adversos juegan un papel fundamental. Las acciones de vigilancia proactiva al cumplimiento de las barreras de defensa implementadas para evitar la ocurrencia de eventos adversos, la medición planeada, continua y sistemática de los indicadores de proceso y resultado definidos en el programa de seguridad del paciente y el análisis de los eventos reportados, proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento.

En ese propósito, es fundamental que el diseño de estas acciones se realice en consenso con los empleados que atienden directamente a los pacientes. La nueva medición y análisis dará continuidad al mejoramiento institucional.





## 12. ANEXOS

90



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



## PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

## ANEXO 2 - **MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO** ([regresar al Escenario problémico](#))

### PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el ESCENARIO PROBLÉMICO hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un ESCENARIO PROBLÉMICO sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

#### Ejercicio:

**Inicie con la lectura del escenario problémico planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.**

## PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

## ANEXO 4 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

### PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo? Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.