

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

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

MARÍA TORRES CAYCEDO
ÁNGELA Y. VELÁSCO QUIRÓZ
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





MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL.....	15
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	19
5. ESCENARIO PROBLÉMICO.....	25
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS).....	27
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Antecedentes.....	30
7.2 Justificación.....	36
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres” ...	37
7.4 Seguimiento y Monitorización.....	68
7.4.1 Mecanismos de monitoreo.....	68
7.4.2 Indicadores.....	69
8. APROPIACIÓN.....	76
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS.....	85
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS.....	91
11. CONCLUSIONES.....	94
12. ANEXOS.....	95

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





1. INTRODUCCIÓN

8



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevistas a líderes en la implementación de prácticas seguras y en la revisión sistemática de literatura.

El marco teórico está basado en el protocolo de Londres como metodología (teoría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo éste modelo interactivo, se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta, se ejecutó la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

2. Enfoque de Expertos Técnicos: En donde participaron 3 actores:

1. IPS Acreditadas o de alto reconocimiento en el país: Se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron, según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas ó prácticas seguras y factores contributivos según apique.

2. Agremiaciones: Se invitó a las agremiaciones a participar como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.

3. Experto técnico: Dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema de cada paquete, y de amplia trayectoria clínica. Este experto, según su experiencia clínica, realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

Revisión sistemática de la literatura, que a su vez se realizó con dos enfoques:

a. Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión, se realizó una consolidación de todas las fallas activas prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridas por los diferentes actores como expertos técnicos y quienes contienen los actuales paquetes. De igual forma, se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

En fallas activas o acciones inseguras: Para la búsqueda de soporte bibliográfico, se priorizaron las fallas activas o acciones inseguras que lo requerían y, que a criterio de los expertos técnicos, no cuentan con evidencia conocida sobre su impacto y frecuencia.



En las Barreras de seguridad: Se priorizaron, para la búsqueda de soporte bibliográfico, aquellas barreras de seguridad que a criterio de los expertos técnicos no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soportan la barrera de seguridad y falla activa.
- PICOT: Es una sigla en donde la P significa población, I: Intervención, C: comparación, O "Out come": Desenlace y T el tiempo en el que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas contestables que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto, el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como MEDLINE Y EMBASE de cada una de las preguntas, prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos aleatorizados y Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura por los expertos y epidemiólogos para sintetizar la información relevante y, para los casos que aplique, la calificación de la evidencia con el objetivo de poder emitir las recomendaciones.



b. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

El presente paquete instruccional motiva al lector a identificar los errores más comunes y de alto impacto (fallas en la atención) sus factores contributivos, las barreras o prácticas seguras a implementar para evitar su expresión en forma de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas. Adicionalmente se presentan algunas experiencias exitosas de IPS nacionales que reflejan diferentes metodologías para la implementación de barreras de seguridad en la atención en salud a la población en mención.

Está dirigido a todo el personal de salud (especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos) así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.



El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el ABP, **aprendizaje basado en problemas**. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca inducir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de **grandes preguntas-problemas** que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio, pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de **buscar nuevos problemas** para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema, lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico; será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. ([Hacer clic aquí](#)).

Las infecciones asociadas con la atención en salud son contraídas por un paciente durante su tratamiento en cualquier tipo de entorno en el que reciba atención. Dichas infecciones pueden aparecer incluso después del alta del paciente. Las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud. Son multicausales y tienen como factores contribuyentes aspectos relacionados con los sistemas de salud, los procesos de la prestación del servicio o los comportamientos individuales de los trabajadores de la salud.^{1 2}

1 <http://www.who.int/gpsc/background/es/> consultado 11 de noviembre de 2014

2 http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/ consultado 11 de noviembre de 2014

Según la OMS, cada año cientos de millones de pacientes tratados en centros hospitalarios, ambulatorios o de consulta externa contraen infecciones nosocomiales obteniendo como consecuencia evoluciones torpidas que no hubieran tenido lugar si no se hubieran infectado, la prolongación en el tiempo de estancia hospitalaria, discapacidades por largos periodos y, en el peor de los casos, la muerte. Se considera que en el mundo, durante el proceso de atención, más de 1,4 millones de pacientes contraen infecciones hospitalarias, siendo el riesgo de infección de 2 a 20 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.³ Su verdadera carga mundial es desconocida debido a que no se cuentan con datos estadísticos confiables, pues la mayoría de países carece de programas de vigilancia relacionados con el tema y, aquellos que los tienen, presentan dificultades derivadas de la complejidad y falta de uniformidad de criterios de diagnóstico.⁴

3 <http://www.who.int/gpsc/background/es/> consultado 11 de noviembre de 2014

4 http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/ consultado 11 de noviembre de 2014





2. OBJETIVO GENERAL

15



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención que ponen en riesgo al paciente de adquirir infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS).
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas relacionados con infecciones asociadas con la atención en salud.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados durante el seguimiento tanto para la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que promueven por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.⁵

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.⁶

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueda alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁷

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.⁸

⁵ Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

⁶ Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

⁷ 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).

⁸ Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.



FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc)⁹.

FALLAS LATENTES: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por un miembro de los procesos de apoyo (Personal administrativo)¹⁰.

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 y no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

⁹ 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).

¹⁰ 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: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).¹¹ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** Cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: Paciente angustiado, complejidad, estado inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** Cómo la documentación ausente, poco clara y no socializada, que contribuyó al error. Cómo la tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento o sin capacitación adecuada al personal que la usa contribuye al error. Ejemplo: Ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar o tecnología con fallas.
- **Individuo:** Cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) contribuye a la generación del error. Ejemplo: Ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (Stress, enfermedad), no adherencia ni aplicación de los procedimientos y protocolos e incumplimiento de funciones, como el diligenciamiento adecuado de la historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** Cómo las conductas del 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).

¹¹ 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).

- **Ambiente:** Cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: Deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y Gerencia:** Cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: Políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** Como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: Decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

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.¹²

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD: Las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose

¹² 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

catalogar como prevenible o no prevenible. De acuerdo a la información generada por OMS/OPS la definición de IAAS, reemplazará otras definiciones previamente utilizadas en otros subsistemas tales como infección nosocomial, infección intrahospitalaria o Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).¹³

RESISTENCIA BACTERIANA: La resistencia a los antimicrobianos (o farmacorresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como multarresistentes. El fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte del paciente, transmitirse a otras personas y generar grandes costos tanto para los pacientes como para la sociedad. La resistencia a los antimicrobianos se ve facilitada por el uso inadecuado de los medicamentos, como, por ejemplo, cuando se toman dosis insuficientes o no se finalizan los tratamientos prescritos. Los medicamentos de mala calidad, las prescripciones erróneas y las deficiencias de la prevención y el control de las infecciones son otros factores que facilitan la aparición y la propagación de la farmacorresistencia. La falta de empeño de los gobiernos en la lucha contra estos problemas, las deficiencias de la vigilancia y la reducción del arsenal de instrumentos diagnósticos, terapéuticos y preventivos también dificultan el control de la farmacorresistencia.¹⁴

¹³ <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx> consultado el 3 de diciembre de 2012

¹⁴ <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx> consultado el 3 de diciembre de 2012

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



MINSALUD



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

- ¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Cuántas muertes se relacionan con la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Qué entorno de la atención en salud presenta mayor riesgo de presencia de infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Cuáles son las principales infecciones relacionadas con la atención en salud y sus posibles vías de transmisión?
- ¿Cuál es el impacto económico de las IAAS?
- ¿Cuáles son las fallas más comunes relacionadas las con infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar las IAAS?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir Anexo 3)



6. METAS DE APRENDIZAJE

27



MINSALUD

- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición de acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, las que involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales) que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.



7. MARCO TEÓRICO

29



MINSALUD



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud? ([regresar al escenario problémico](#))

Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55ª Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema reforzando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea en su versión N° 57 aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente. Dicha Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue lanzada en octubre de 2004 y una de sus líneas de acción es el reto mundial por la seguridad del paciente que con el programa “Una Atención Limpia es una Atención Más Segura” (2005 – 2006) abarca aspectos relacionados con higiene de las manos, seguridad de las inyecciones, de las intervenciones quirúrgicas, el uso de la sangre y el entorno asistencial¹⁵. Su tema principal es el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria producidas a nivel mundial, que se encuentran entre las principales causas de muerte e incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. El programa busca contribuir en la reducción de estas infecciones y lograr el reconocimiento universal de que su control es una base indispensable para la seguridad del paciente. La campaña “Salve Vidas: Límpiese las Manos” es un componente de este programa y se ha enfocado en concienciar a los trabajadores de la salud acerca de la necesidad de que mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos en

¹⁵ Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria, 2005



el momento oportuno, así como de la forma apropiada de limpiarlas con el fin de contribuir en la reducción de la propagación de infecciones potencialmente letales en los establecimientos de atención en salud.¹⁶

En Colombia las estadísticas revelaron un promedio histórico para el periodo 2002 – 2006 con una tasa de IAAS que fue del 13,9% x 1000 días / estancia, mientras que en Bogotá el índice global de IAAS fue de aproximadamente 2,4 por 100 egresos hospitalarios.¹⁷

¿Cuántas muertes se relacionan con la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud? ([regresar al escenario problemático](#))

A pesar de que las Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) se consideran el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera carga mundial se desconoce debido a la dificultad para reunir datos fiables. La OMS estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones nosocomiales y que en los países en desarrollo, se calcula que la proporción de pacientes afectados podría superar el 25%. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infecciones nosocomiales causan cada año más de 5.000 muertes relacionadas directamente con dichas infecciones. El impacto de las infecciones asociadas a la atención en salud no es más

16 <http://www.who.int/gpsc/es/> consultado el 11 de noviembre de 2014

17 Boletín Epidemiológico Distrital de Infecciones Intrahospitalarias publicado en el año 2007

alentador en América; en Estados Unidos 1 de cada 136 pacientes hospitalizados se enferma gravemente a causa de una infección intrahospitalaria, lo que equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año. En México, aproximadamente 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes al año¹⁸. En 2013 la proporción de infecciones intrahospitalarias en Colombia fue de 1,25 a nivel nacional, siendo Antioquia (2,02), Bogotá D.C (1,37), Santander (1,58), Tolima (1,4) y Valle del Cauca (1,77) los departamentos con tasas más altas¹⁹.

¿Qué entorno de la atención en salud presenta mayor riesgo de presencia de infecciones asociadas a la atención en salud? ([regresar al escenario problémico](#))

Actualmente existen pocas investigaciones al respecto del tema debido a la dificultad para el diagnóstico de las IAAS, como resultado de la corta estancia de los pacientes en el ámbito ambulatorio y la dificultad para distinguir las infecciones comunitarias. Sin embargo, los expertos consideran que el riesgo de infección asociada a la atención ambulatoria en salud es mucho más bajo que en el entorno intrahospitalario.²⁰

En Bogotá, según datos proporcionados por la Secretaría de Salud de Bogotá D.C., en 2007, dentro de las unidades notificadoras del sistema de vigilancia epidemiológica, los servicios con mayor porcentaje de IAAS por microorganismos resistentes son UCI 48,6%, cirugía general 35% y pediatría 22,4%.²¹ “La incidencia de IAAS en

18 <http://www.who.int/gpsc/background/es/> consultado el 11 de noviembre de 2014

19 <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Resultados/IndicadoresdelPSparaDTS.aspx> consultado el 11 de noviembre de 2014

20 La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración, OMS 2013

21 Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007

las UCI neonatales varía entre 7 y 24,5%, dependiendo de los factores ambientales y las diferencias en la práctica clínica”. Constituyen así un grave problema de salud por su elevada frecuencia, la cual es 5 a 10 veces mayor que en otras unidades. La incidencia de este tipo de infecciones en países desarrollados varía entre 2,2 a 8,6 por 1000 nacidos vivos.²²

A nivel internacional, por ejemplo, en Estados Unidos una investigación reveló que el 23,9% de los cultivos bacterianos en los canales internos de 71 endoscopios gastrointestinales dejaron más de 1.000.000 de colonias de bacterias después de los procesos de desinfección o esterilización. Algunos informes relacionados muestran que 281 infecciones fueron transmitidas por endoscopia gastrointestinal y 96 por broncoscopias.²³

¿Cuáles son las principales infecciones relacionadas con la atención en salud y sus posibles vías de transmisión? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Según datos proporcionados en un estudio realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en 2003 se evidenció que el 37,6% de las infecciones reportadas por las unidades notificadoras fue a causa de microorganismos resistentes y el 62,4% por microorganismos sensibles. De acuerdo con el microorganismo causal implicado en las infecciones, se observó el siguiente orden: *Staphylococcus aureus* 65,8%,

²² Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. Secretaría de salud distrital de Bogotá.

²³ Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001



Pseudomona aeruginosa 55,9%, *Klebsiella pneumoniae* 28,8% y *E. Coli* 9,24%. Según la localización de las infecciones, se encontró la siguiente información: sistema respiratorio bajo 44,7%, herida quirúrgica 42,7%, sanguínea 42% y sistema urinario 26,2%²⁴.

Se ha demostrado que las manos de los trabajadores de la salud juegan un papel muy importante en la transmisión de agentes patógenos en el ámbito hospitalario; sin embargo, en la atención ambulatoria sigue siendo difícil definir su impacto. Existe evidencia que asegura que los brotes notificados de este tipo de infecciones se relacionan principalmente con procedimientos invasivos.

¿Cuál es el impacto económico de las IAAS? [\(regresar al escenario problemático\)](#)

La OMS calcula que las infecciones asociadas a la atención en salud en Inglaterra generan un costo de 1.000 millones de libras por año, en Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares y en México el costo anual se aproxima a los 1.500 millones de pesos mexicanos.²⁵ Según estudios, para el año 2007 en Inglaterra el 8,2% de los pacientes adquirieron una IAAS, por su parte, en Estados Unidos se estima que un 5%, con un costo de USD\$4.5 billones por

24 Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007

25 <http://www.who.int/gpsc/background/es/> consultado el 11 de noviembre de 2014

año.²⁶ En Colombia, durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010, se llevó a cabo un estudio del impacto en costos de infección por *Acinetobacter baumannii* el cual reveló que en costos directos (los pagados por las IPS o aseguradoras para la atención del paciente) se gastan aproximadamente de 13 a 15 millones de pesos por paciente. En 2009 la inversión total para el manejo de pacientes con IAAS por este patógeno alcanzó los 727 millones de pesos, que se podrían haber invertido en prevención sin acarrear pérdidas humanas. En cuanto a costos indirectos (los asumidos por las familias de los pacientes), se calculó un adicional de 75 mil pesos, que puede llegar a ser hasta la tercera parte del SMMLV en el caso de un paciente hospitalizado hasta 14 días y que aumenta de manera proporcional al tiempo de estancia hospitalaria del paciente.²⁷

²⁶ Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Review. Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH

²⁷ Costos en pacientes con infección por *Acinetobacter baumannii* en Colombia. [Elkin V. Lemos](#). 2006 - 2010

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 4)

7.2 JUSTIFICACIÓN

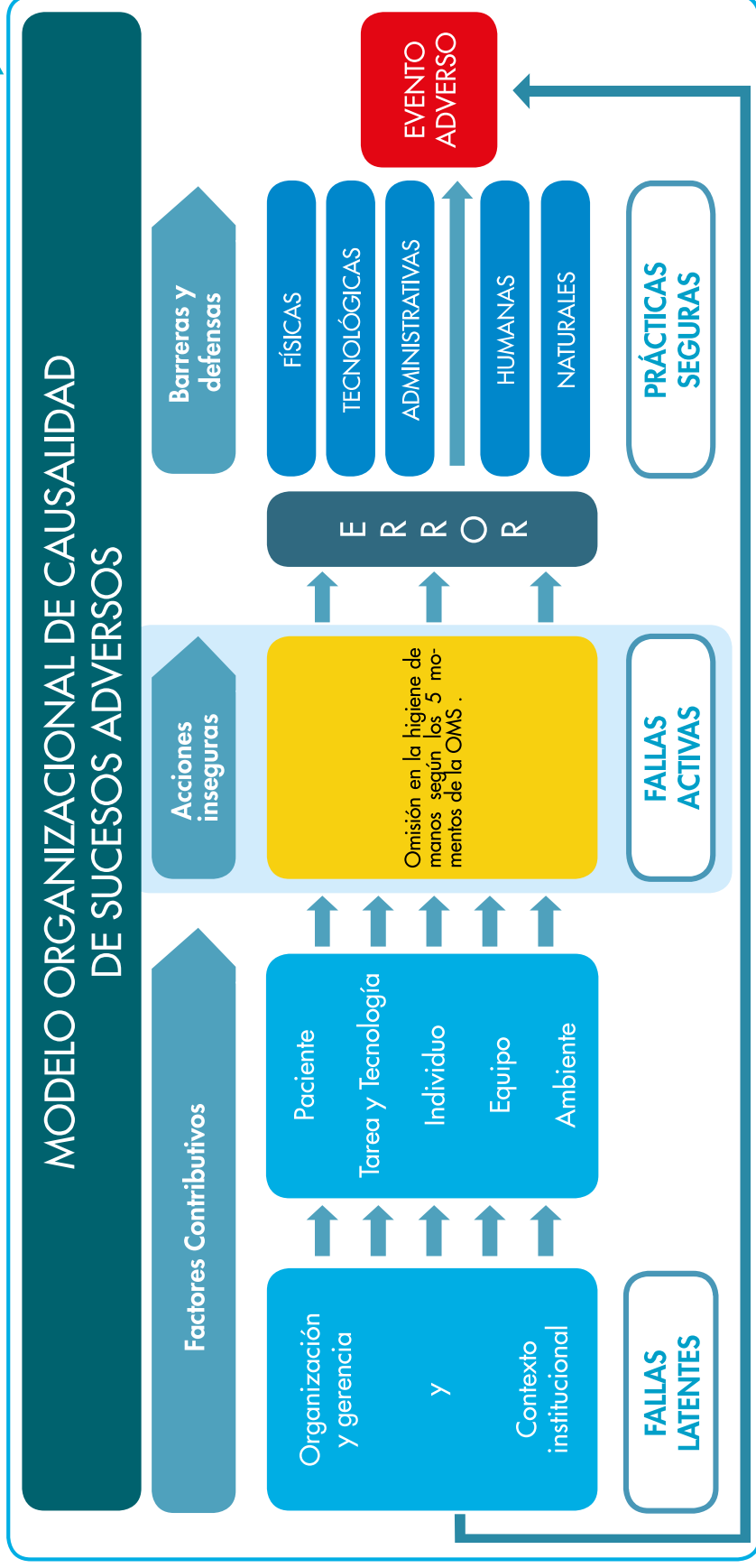
Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente y con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas con la atención en salud, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas con este tipo de infecciones así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 1 [\(regresar al escenario problemático\)](#)

SI GUENTE
FALLA



37

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)

[1] 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)

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.1](#)

38

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral
- (exceso de pacientes o labores asignados).
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración o adopción de protocolos de higiene de manos.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura y mobiliario de la institución.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción a personal temporal o flotante.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta higiene de manos y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de IAAS.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIHI) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia.

Individuo

- Falta de adherencia del personal de salud al protocolo institucional de higiene de manos basado en los 5 momentos de la OMS
- Desconocimiento acerca del uso de dispositivos para la higiene de manos.
- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras

Paciente

- Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de la higiene de manos en el personal de salud.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo
- No disponibilidad de personal de soporte

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de higiene de manos basado en los 5 momentos de la OMS
- Falta de lavamanos e insumos para la higiene de las manos
- Dispositivos necesarios para la higiene de manos como productos o dispensadores en inadecuadas condiciones o cantidad para su uso.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
- Inadecuada distribución o condiciones de lavamanos.
- Inadecuadas o deficientes instalaciones hidrosanitarias.
- Carencia o deficiente calidad del agua para consumo humano.

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPRIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

39

HUMANAS

- Adherencia al protocolo de higiene de manos institucional.
- Evitar el contacto físico con el paciente o su entorno si no es vital o necesario.
- Aplicar las normas de precaución universal independientemente de si se considera el paciente como potencialmente infectado o no.
- (Prevención de infecciones, Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Aplicar conocimiento de seguridad del paciente y buenas prácticas.

NATURALES

- Adecuada eliminación de los ambientes destinados para la prestación del servicio.
- Adecuada distribución de puntos para la higiene de manos.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Asegurar el funcionamiento de dispositivos y de todos los lavamanos.
- Contar con los equipos dispensadores de jabón.
- Contar con dispensadores de soluciones a base de alcohol en cada área de atención a pacientes.

ADMINISTRATIVAS

- Estandarizar procesos y verificar la correcta higiene de manos mediante lista de chequeo.
- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la higiene de manos.
- Realizar evaluación y auditoría a la adherencia del protocolo institucional para higiene de manos
- (Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Review. Gould DJ, Mordeiro D, Drey N, Chudleigh JH, [calificación evidencia](#), [@@@ moderada](#))
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria (IH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria (IH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014) que incluyan retroalimentación en torno a la adecuada higiene de manos. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación del protocolo de higiene de manos.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

PRÁCTICAS SEGURAS

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
EXPOSAS

IR A
CONCLUSIONES

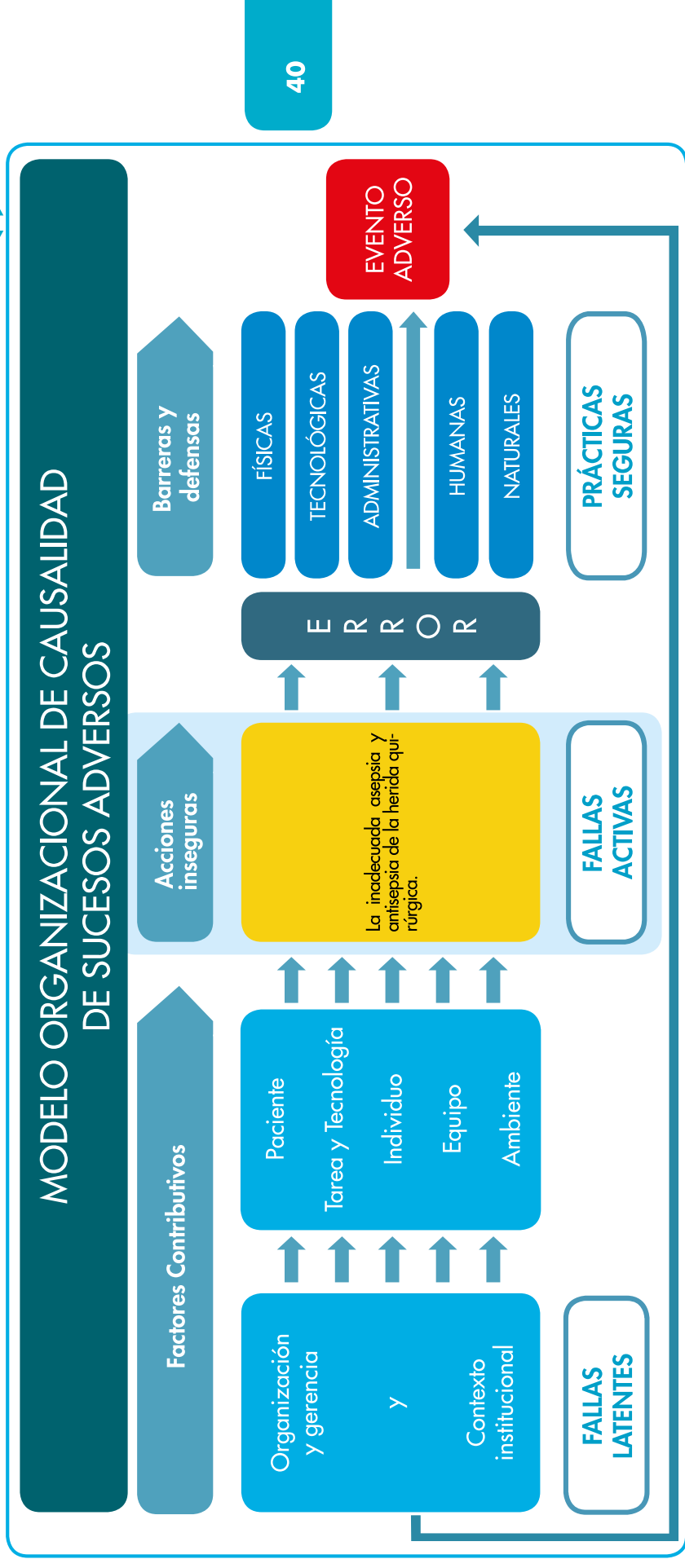
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 2 (regresar al escenario problemático)



40

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral
- (exceso de pacientes asignados).
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención de la herida quirúrgica.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario e infraestructura.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal temporal o flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que va a realizar el procedimiento.
- Falta de adherencia al protocolo de asepsia y antisepsia de herida quirúrgica.
- Falta de adherencia a lista de chequeo de cirugía segura.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de asepsia y antisepsia de herida quirúrgica.
- Ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de cirugía.
- Ausencia de dispositivos para la asepsia y antisepsia de herida quirúrgica.

Paciente

- Patología
- (pacientes con infecciones diagnosticadas que deben ser sometidos a cirugía).
- Estado de conciencia del paciente bajo efectos anestésicos.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Ineficiente comunicación entre turnos.
- Inadecuado seguimiento a pacientes con heridas quirúrgicas.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
- Inadecuada infraestructura en los ambientes destinados para la ejecución de los procedimientos.

FALLAS LATENTES

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS



Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

42

HUMANAS

- Vacunación de todos los miembros del equipo de salud para los biorriesgos prevenibles por este medio.
- Seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica.
- Adherencia al protocolo institucional de asepsia y antisepsia de herida quirúrgica.
- Comunicación clara entre cambios de turnos de pacientes con herida quirúrgica.
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional durante la realización del procedimiento.
-(Guideline for infection control in health care personnel, 1998. CDC Personnel Health Guideline)
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Aplicación de la lista de chequeo en cirugía (OMS).

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Contar con los equipos y muebles necesarios para realizar el procedimiento de curación de herida quirúrgica.
- Contar con los recursos necesarios en cuanto a la dotación para la curación de las heridas.
- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica de acuerdo al protocolo institucional.
-(Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otras)

ADMINISTRATIVAS

- Documentar lista de chequeo de cirugía segura (OMS).
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento al protocolo de asepsia y antisepsia en salas de cirugía.
- Programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas con información periódica a cada cirujano de su frecuencia de infección en las cirugías limpias.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de Infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth. 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios, control sobre el buen funcionamiento de equipos, buenas prácticas en los procesos de esterilización y manipulación de elementos biomédicos.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de las actividades.
-(Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otras)

NATURALES

- Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía.
- Entorno habitante.

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXPOSAS

IR A
CONCLUSIONES

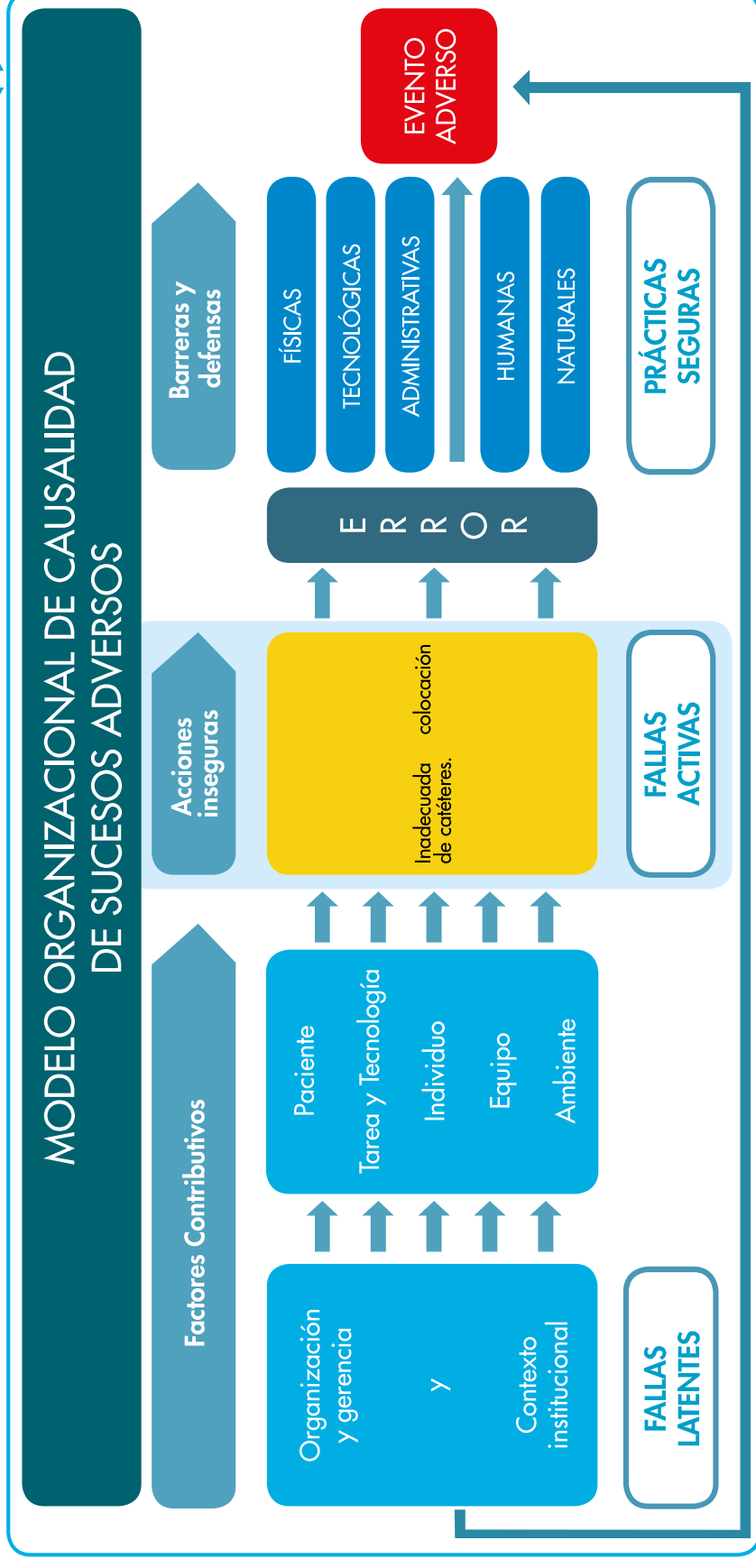
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 3 (regresar al escenario problemático)



1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)

[1] 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)

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga de pacientes o funciones asignadas.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Ausencia, desactualización o no socialización del protocolo para colocación de catéteres.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal temporal o flotante.
- Ausencia de un programa de educación continuada al personal asistencial que incluya evaluación.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS. (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria. (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)

Individuo

- Uso de técnica inadecuada durante la inserción del catéter.
- Falta de experiencia del personal asistencial.
- Falta de adherencia al protocolo de inserción de catéteres.

Paciente

- Condiciones del paciente (flora microbiana en el sitio de salida del catéter).
- Infección local en el sitio de colocación del catéter.
- Edad del paciente.

44

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo.
- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo para la colocación de catéteres.
- Calidad de los catéteres.
- Tipo de vendaje disponible.

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO DE
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3

45

HUMANAS

- Aplicación de las directrices del protocolo de colocación de catéteres.
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional.
 - (Guideline for infection control in health care personnel, 1998. CDC Personal Health Guideline)
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
 - (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Aplicación de sistemas de documentación para el uso de dispositivos médicos.
- Aplicación de directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Insumos adecuados para cubrir el catéter (algunos estudios han demostrado que las gasas se asocian con menor proliferación bacteriana que el vendaje adhesivo transparente, sin embargo, los vendajes altamente absorbentes son más recomendados que las gasas)
- Implementación de catéteres con depósitos de povidona con el fin de disminuir las bacteriemias asociadas al catéter.
 - Implementación de un sistema de documentación dentro de los registros clínicos del paciente para el uso de dispositivos médicos que incluya indicaciones para el uso del dispositivo, fecha y hora de colocación así como fecha y hora de su retiro. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)
- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica de acuerdo al protocolo institucional.
 - (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

ADMINISTRATIVAS

- Realizar capacitaciones sobre buena praxis de colocación de catéteres.
- Mejorar la calidad de los requerimientos de compras de catéteres.
- Realizar talleres de colocación de catéteres con el personal asistencial.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras.
 - (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios, control sobre el buen funcionamiento de equipos y buenas prácticas en los procesos de esterilización y manipulación de elementos biomédicos.
 - (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras.
 - (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
 - (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de las actividades.
 - (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)
- Estructurar programas de educación continuada con énfasis en seguridad del paciente y buenas prácticas haciendo seguimiento a su adherencia.

NATURALES

- Asegurar buena iluminación en las habitaciones de los pacientes.

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

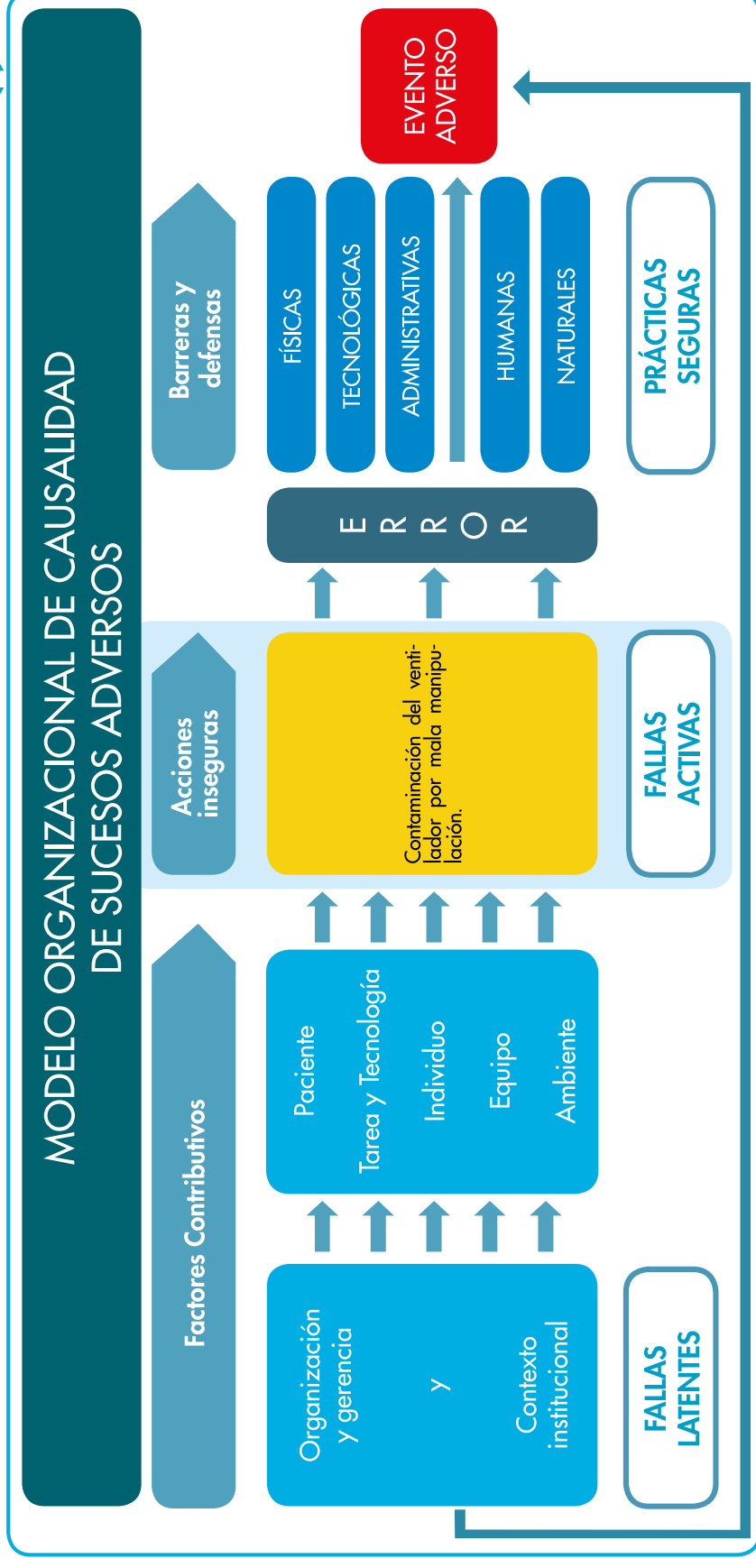
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 4 (regresar al escenario problemático)



46

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

Falla Activa No.4 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral
 - (exceso de pacientes o actividades asignadas)
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen el correcto funcionamiento y utilización de los ventiladores.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal temporal o flotante.
- No contar con programas de capacitación ni de socialización de guías y protocolos.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
 - (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Ausencia de un programa de educación continuada al personal asistencial que incluya capacitación.

Individuo

- Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento.
- Funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica
 - (personal de pisos en UCI).
- Personal asistencial sin formación en el área aplicando protocolos de ventilación mecánica.
- Omisión en la aplicación de protocolos para el manejo de la vía aérea y en los dispositivos usados para la ventilación mecánica.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.

Paciente

- Estado de conciencia del paciente crítico.
- Falta de conocimiento de la condición del paciente y las razones de uso de la ventilación mecánica
 - (paciente y visitantes).

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.
- Ausencia de personal de soporte

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO DE
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPiación

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

HUMANAS

- Los pacientes que lo necesiten, deben recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.
- Asegurar unas condiciones de asepsia mínimas de las personas que hacen el mantenimiento de los ventiladores
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional.
-(Guideline for infection control in health care personnel, 1998. CDC Personnel Health Guideline)
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Adherencia a los protocolos institucionales para el manejo de la vía aérea y los dispositivos usados para la ventilación mecánica.
- Aplicación de directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Contar con los equipos e insumos adecuados para realizar el cambio de circuitos y el mantenimiento del ventilador.
- Contar con tubos endotraqueales especiales.
- Contar con equipos biomédicos (ventilador) de reserva para garantizar el adecuado proceso de limpieza y desinfección.
- Contar con equipos biomédicos (ventilador) en adecuadas condiciones de funcionamiento.

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, actualizar y socializar protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo de los ventiladores, de la manipulación de la vía aérea y de la manipulación de los dispositivos de ventilación mecánica .
- Capacitar al personal encargado del ventilador sobre su manejo seguro.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios, control sobre el buen funcionamiento de equipos, buenas prácticas en los procesos de esterilización y manipulación de elementos biomédicos.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de las actividades.
-(Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

NATURALES

- Asegurar buena iluminación en las habitaciones de los pacientes.
- Entorno habilitante que permita la distribución adecuada de muebles y equipos biomédicos en el área de atención.

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXPOSITAS

IR A
CONCLUSIONES

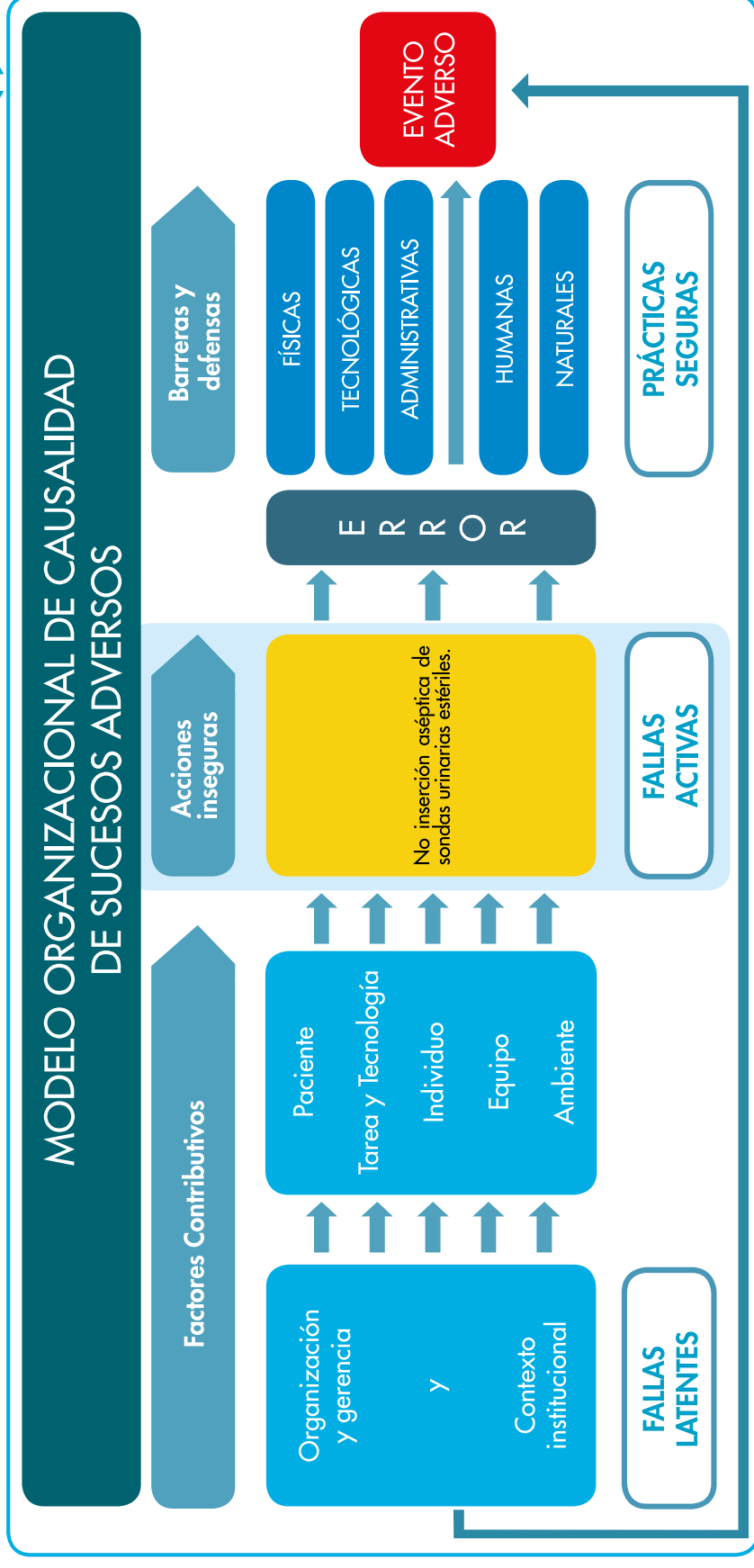
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 5 (regresar al escenario problemático)



49

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)

[1] 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)

Falla Activa No.5 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal temporal o flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de las guías y protocolos
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.

- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento.
- Omisión en la adherencia al protocolo para la colocación de sondas urinarias.
- Antecedente de accidente de riesgo biológico que lo convierte en portador potencial de patógenos.

- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)

- Desconocimiento del manejo de elementos biomédicos para la colocación y cuidado de la sonda.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización del protocolo para la inserción de sondas urinarias.
- Tratamiento que no permita mantener sonda urinaria del catéter cerrada durante la movilización o que requiera de retiro y manipulación permanente.

Paciente

- Estado de conciencia del paciente.
- Colaboración por parte del paciente.
- Edad
 - (niños – adultos mayores).
- Sugiero: conocimiento de la condición del paciente y las razones para el uso de una sonda urinaria
 - (paciente y visitantes).

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Comunicación deficiente en el cambio de turnos.
- Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo.
- Ausencia de personal de soporte.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.

50

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO DE
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPiación

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXPOSITAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.5 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

51

HUMANAS

- Adherencia al protocolo de inserción de sondas urinarias y medidas de bioseguridad en la institución.
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional.
- (Guideline for infection control in health care personnel, 1998. CDC Personal Health Guideline)
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)

ADMINISTRATIVAS

- Estandarizar los procedimientos y verificar mediante lista de chequeo.
- Evaluación periódica de estas acciones.
- En las guías y protocolos, asegurar la mínima manipulación de las sondas.
- Vigilancia activa, partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública, 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth, 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios, control sobre el buen funcionamiento de equipos, buenas prácticas en los procesos de esterilización y manipulación de elementos biomédicos.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública, 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación continuada para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation, 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de las actividades.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Contar con los insumos necesarios y de calidad para la colocación y cambio de sondas.
- Implementar un sistema de documentación dentro de los registros clínicos del paciente para el uso de dispositivos médicos que incluya indicaciones para el uso del dispositivo, fecha y hora de colocación así como fecha y hora de retiro.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)
- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica de acuerdo al protocolo institucional.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

PRÁCTICAS SEGURAS

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
EVIDENCIAS
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXPOSAS

IR A
CONCLUSIONES

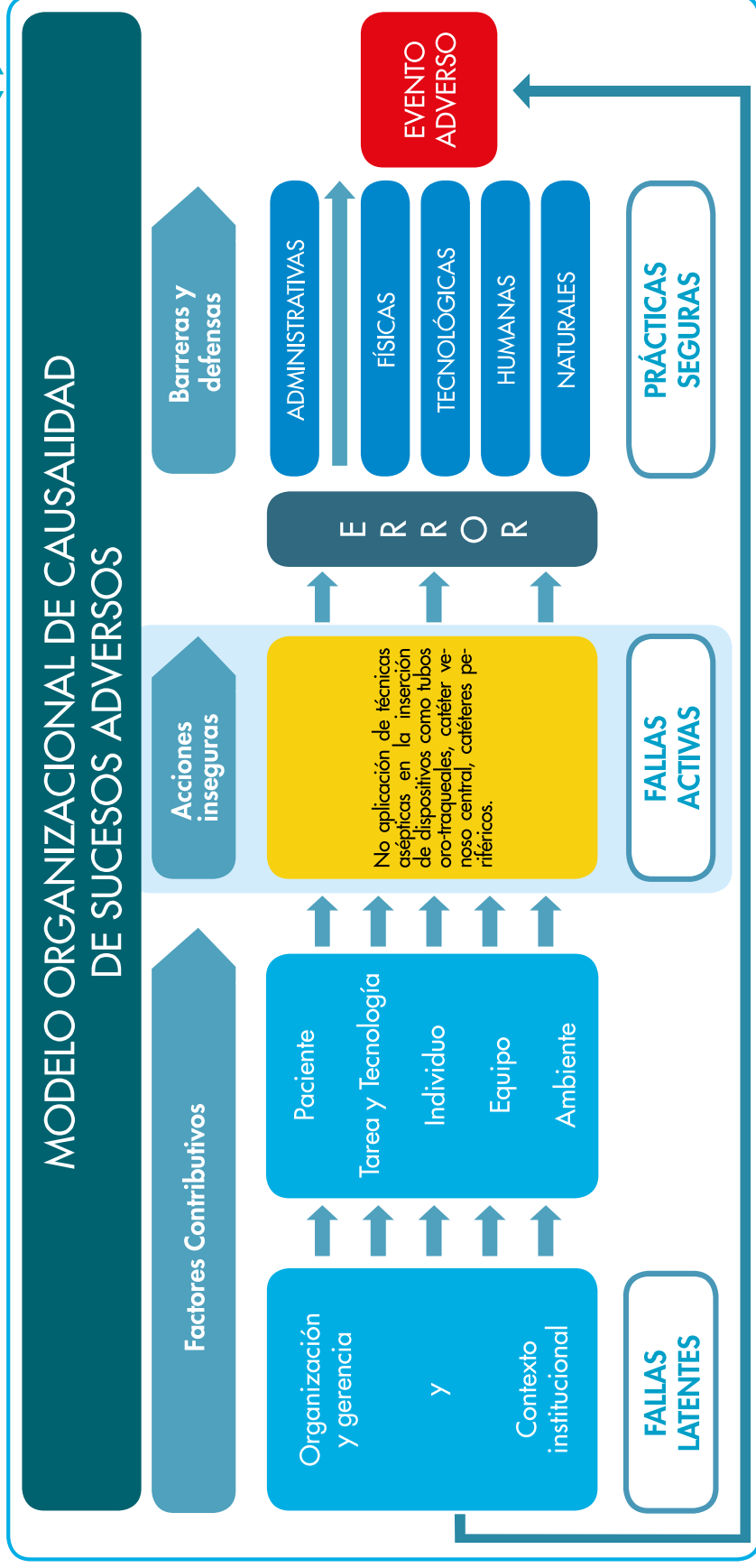
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 6 (regresar al escenario problemático)



52

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

Falla Activa No.6 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

53

Organización y Gerencia

- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Políticas de compras que no garantizan la calidad de los productos.
- Políticas de mantenimiento que no garantizan la disponibilidad del mobiliario.
- Sobrecarga laboral.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal temporal o flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- No contar con programas de educación continuada que incluyan evaluación.

Individuo

- Inadecuada preparación académica del personal en formación.
- Falta de entrenamiento del personal que realiza el procedimiento.
- Inadecuada cultura de seguridad del personal que realiza el procedimiento.
- Antecedente de accidente de riesgo biológico que lo convierte en portador potencial de patógenos.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Omisión en la adherencia a los protocolos de inserción, lavado y desinfección de dispositivos médicos y superficies.
- Omisión en la adherencia al plan de gestión integral de residuos.

Paciente

- Estado de conciencia del paciente.
- Colaboración por parte del paciente.
- Edad (niños – adultos mayores).

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos para inserción, lavado y desinfección de dispositivos y superficies.
- Falta de verificación del cumplimiento de aspectos básicos para la ejecución del procedimiento.
- Falta de insumos necesarios para el procedimiento.
- Suministro de desinfectantes de baja calidad
- (Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth. 2001)
- Mobiliario en inadecuadas condiciones para el uso seguro.

Equipo

- Falta de verificación del cumplimiento de aspectos básicos para la ejecución del procedimiento.
- Inadecuado acompañamiento o supervisión al personal en formación.
- Deficiente trabajo en equipo.
- Inadecuada comunicación en el equipo de trabajo.

Ambiente

- Iluminación deficiente.
- Entorno no habilitante.

FALLAS LATENTES

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
EXPOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS



ADMINISTRATIVAS

- Diseño de listas de verificación aplicables antes y durante la ejecución del procedimiento.
- Tener en cuenta las observaciones del personal asistencial para el diseño de planes de compras.
- Entrenar al personal de salud en el manejo y aplicación de listas de verificación.
- Realizar inducción y reintroducción con énfasis en el personal rotatorio, flotante y en formación para garantizar el entendimiento y correcta aplicación de las listas de verificación.
- Definir y socializar pautas para convenios docente asistencial.
- Actualizar y socializar protocolos para cada procedimiento.
- Formar al personal en técnicas para trabajo en equipo.
- Disponer políticas claras de compras que incluyan la adquisición de desinfectantes que cumplan con la mayor cantidad de propiedades para ser un producto ideal.
- (Desinfectantes de uso hospitalario. CODENEPI)
- Evaluar constantemente los riesgos del ambiente físico y poner en marcha planes de acción según hallazgos.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios, control sobre el buen funcionamiento de equipos, buenas prácticas en los procesos de esterilización y manipulación de elementos biomédicos.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalaria (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Documentar, actualizar, socializar y medir la adherencia a protocolos de lavado y desinfección de dispositivos médicos y de superficies (Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001 / 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings) que incluyan que todo material que se usará con el paciente recibirá un proceso de desinfección o esterilización según aplique. (Desinfectantes de uso hospitalario. CODENEPI)
- Documentar, actualizar, socializar y medir la adherencia al plan de gestión integral de residuos. (Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001 / 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Contar con suficiente personal capacitado, con la tecnología y los recursos necesarios para la implementación de las actividades.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

PRÁCTICAS SEGURAS

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



Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

55

HUMANAS

- Aplicación de listas de verificación antes y durante la realización del procedimiento.
- Corregir oportunamente las desviaciones detectadas.
- Acompañamiento permanente y supervisión al personal en formación.
- Aplicar protocolos para la ejecución de procedimientos.
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional. (Guideline for infection control in health care personnel, 1998. CDC Personal Health Guideline)
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones. (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Aplicar directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponer de herramientas prácticas para la aplicación de la lista de verificación (formatos pre impresos, listas sistematizadas).
- Contar con el mobiliario requerido en óptimas condiciones de mantenimiento.
- Implementar un sistema de documentación dentro de los registros clínicos del paciente para el uso de dispositivos médicos que incluya indicaciones para el uso del dispositivo, fecha y hora de colocación así como fecha y hora de retiro. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)
- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

PRÁCTICAS SEGURAS

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

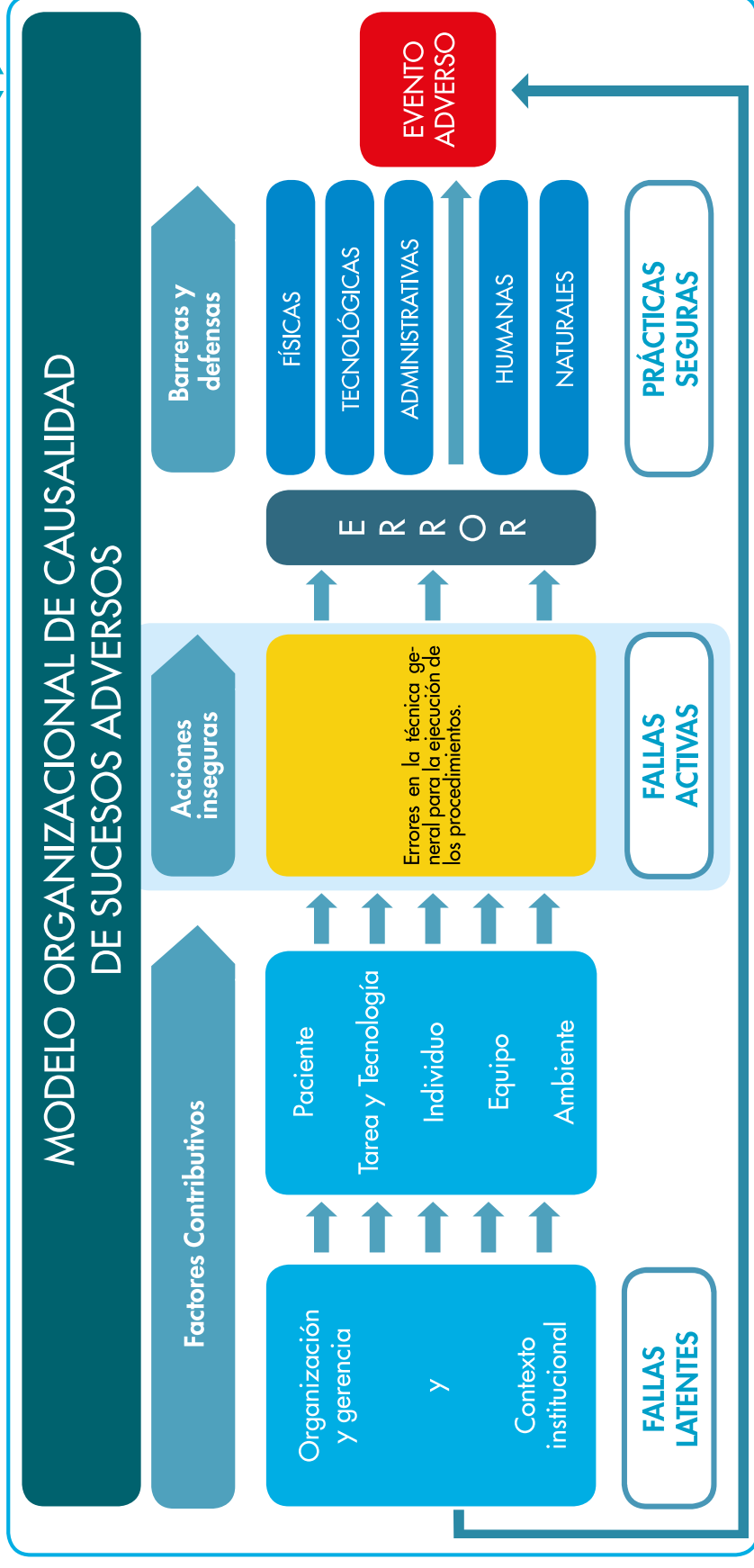
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 7 ([regresar al escenario problemático](#))



56

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (***Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario***)

[1] 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)

Falla Activa No.7 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas para la documentación, actualización y socialización de los protocolos
- Políticas de selección del recurso humano inadecuadas o inexistentes.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intra-hospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Ausencia de programas de educación continuada que incluyan evaluación del personal.

Individuo

- Inadecuada capacitación del personal que realiza el procedimiento.
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento.
- Omisión en la adherencia a los protocolos institucionales para los diferentes procedimientos.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de los protocolos.
- Ausencia de los insumos necesarios para la realización del procedimiento.
- Falta de capacitación en nuevas tecnologías.

Paciente

- Complejidad del paciente
- Conocimiento de la condición clínica por parte del paciente y sus visitantes
-(familia y visitantes por las interferencias que puedan hacer en cualquier momento de la atención y ponen en riesgo al paciente).

Equipo

- Inadecuada comunicación.
- Inadecuadas herramientas de trabajo en equipo.
- Ausencia de personal de soporte.

57

FALLAS LATENTES

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

58

HUMANAS

- Participar activamente en el plan de capacitación.
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Adherencia a protocolos institucionales.
- Implementación de directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

NATURALES

- Entorno habilitante para la prestación del servicio en los diferentes niveles de atención.

ADMINISTRATIVAS

- Fortalecer el plan de capacitación teniendo en cuenta los protocolos de procedimientos realizados en el servicio).
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad y buenas prácticas de manipulación de elementos biomédicos.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
-(2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Establecer políticas de selección, inducción y reinducción del recurso humano enfocadas al cumplimiento de los protocolos institucionales.
- Establecer políticas de compras que garanticen la disponibilidad de los recursos.
- Políticas de gestión del recurso humano que definan el perfil y las funciones del cargo, garantizando la idoneidad del individuo.

PRÁCTICAS SEGURAS

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
EVIDENCIAS
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXPOSAS

IR A
CONCLUSIONES

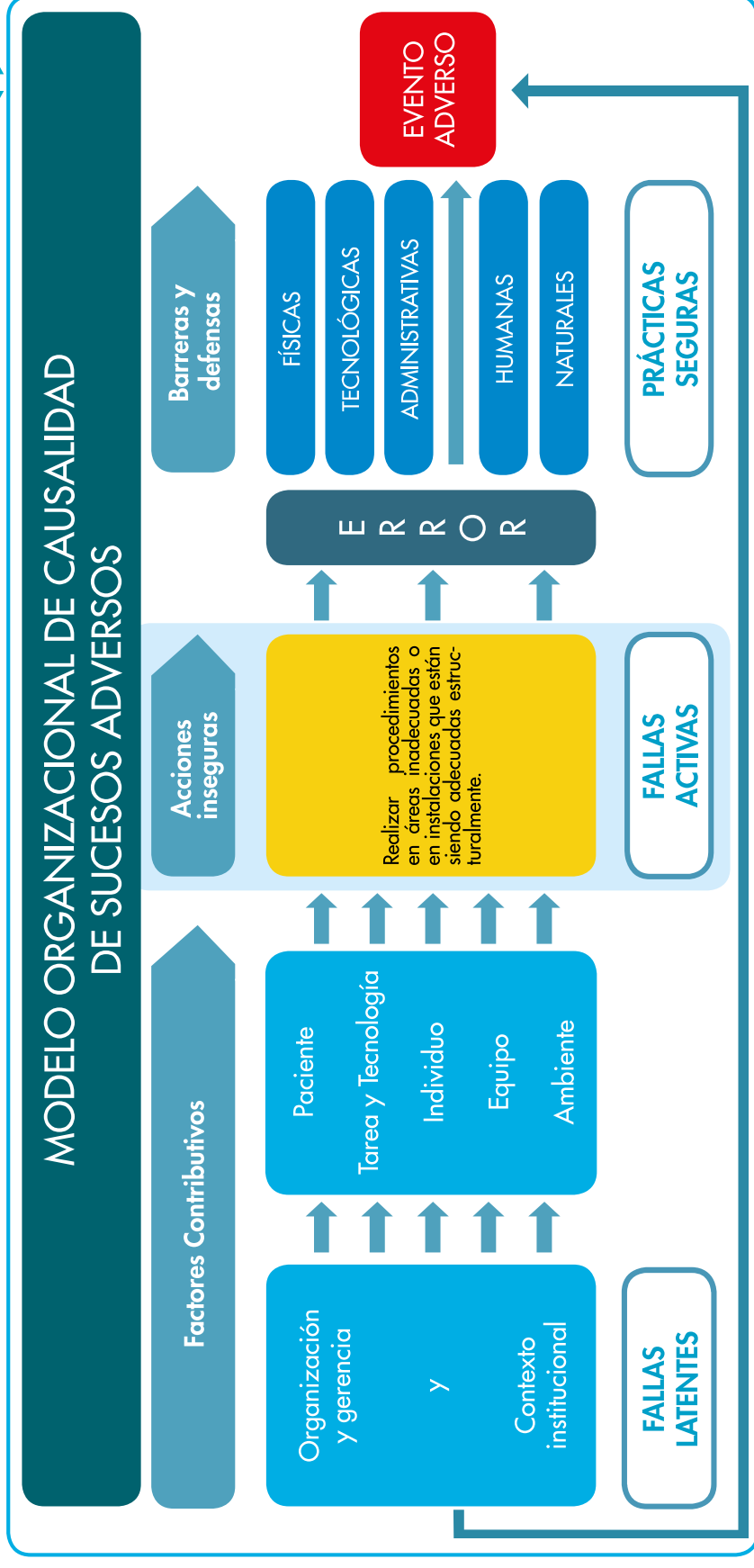
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 8 (regresar al escenario problemático)



59

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

Falla Activa No.8 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

Organización y Gerencia

- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intra-hospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Ausencia de políticas y ejecución de planes de mejora de infraestructura.
- Inadecuada cultura de seguridad del paciente.

Individuo

- Omisión en la implementación de protocolos de seguridad
- Desconocimiento de las normas de habilitación para escenarios asistenciales.

Paciente

- Desconocimiento por parte del paciente de las condiciones seguras para la ejecución de los procedimientos.
- Desconocimiento de la condición clínica por parte del paciente y sus visitantes (familia y visitantes) por las interferencias que puedan tener en cualquier momento de la atención y pongan en riesgo al paciente.

Tarea y tecnología

- Ausencia de áreas adecuadas para la ejecución del procedimiento relacionadas con obras de infraestructura.
- Ausencia de planes de logística para la ejecución de obras.
- Ausencia de procesos de obras.
- Ausencia de vigilancia y seguridad en zonas de adecuación locativa.

Equipo

- Inadecuada comunicación vertical.

Ambiente

- Área para ejecución del procedimiento en mantenimiento.

60

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

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



Falla Activa No.8 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

61

HUMANAS

- Aplicar un plan de logística previo al inicio de las obras.
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
 - (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Realizar inspecciones visuales para detectar incrementos en el grado de contaminación ambiental y realizar intervenciones inmediatas.
 - (Intervención del comité de infecciones intrahospitalarias durante actividades de construcción o reparación en instituciones prestadoras de servicios de salud. secretaría distrital de salud. 2011)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponer de entornos seguros para la ejecución del procedimiento como parte de planes de contingencia estructural.
- Barreras de contención de contaminación de ductos de ventilación e instalaciones hidrosanitarias.

ADMINISTRATIVAS

- Asegurar que las obras de infraestructura sean diseñadas teniendo en cuenta los conceptos de seguridad del paciente y sean aprobadas en los respectivos comités. Asegurar que las actividades logísticas garanticen la seguridad en la prestación del servicio.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras.
 - (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth. 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad.
 - (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras.
 - (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Antes de iniciar un proyecto, organizar un comité para definir los alcances de la obra y la necesidad de medidas de barrera.
 - (Intervención del comité de infecciones intrahospitalarias durante actividades de construcción o reparación en instituciones prestadoras de servicios de salud. secretaría distrital de salud. 2011)
- Evaluar el impacto de las medidas de control de infecciones en los proyectos de construcción.
 - (Intervención del comité de infecciones intrahospitalarias durante actividades de construcción o reparación en instituciones prestadoras de servicios de salud. secretaría distrital de salud. 2011)

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO DE
PROBLEMA

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

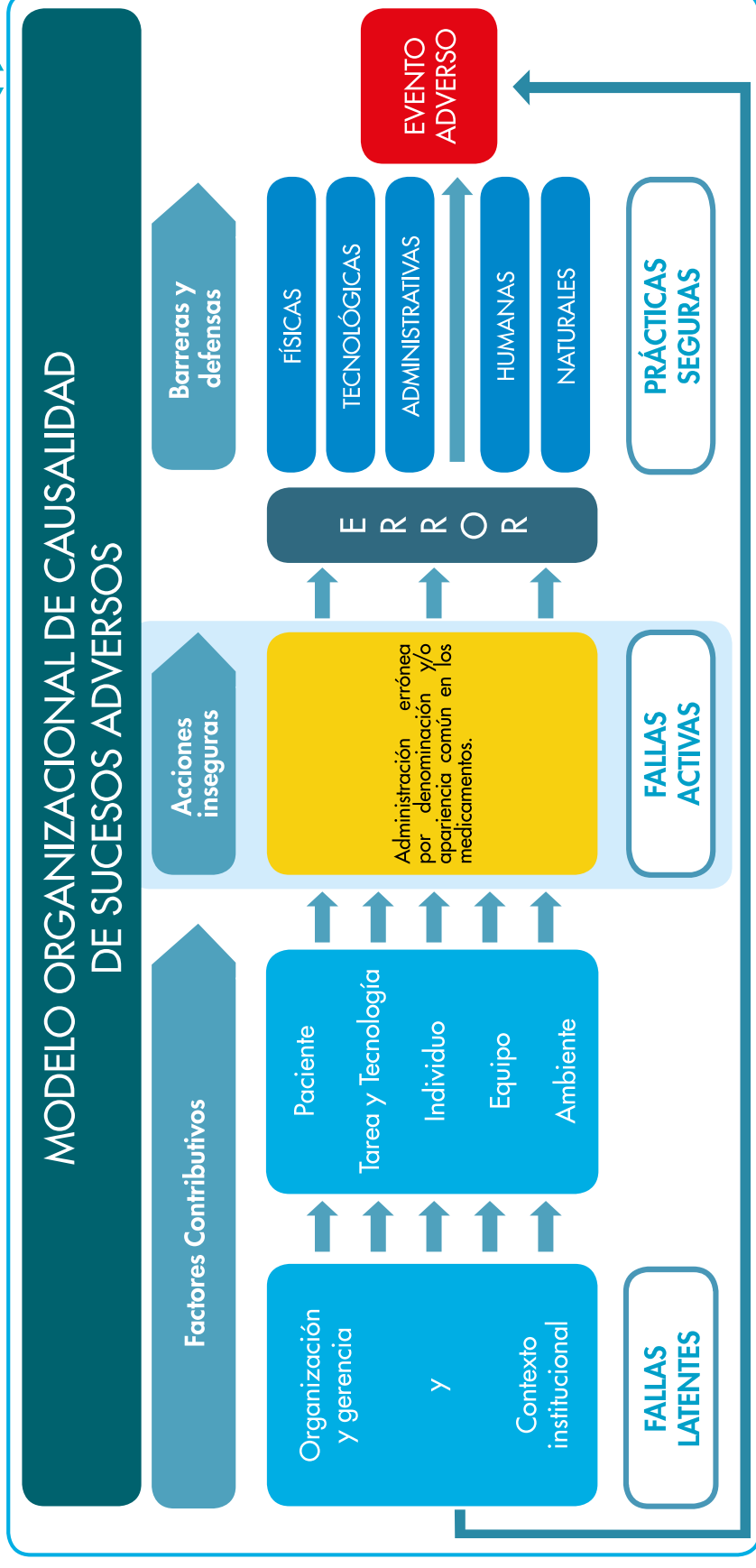
IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"^[1]

Falla activa No. 9 (regresar al escenario problemático)



62

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

Falla Activa No.9 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 9](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas para la documentación, actualización y socialización de protocolos y programas.
- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intra-hospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública, 2007)
- Capacitación al personal en aspectos relacionados con seguridad del paciente y buenas prácticas inexistente o deficiente.

Individuo

- Inadecuada capacitación del personal que realiza el procedimiento .
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento.
- Omisión en la adherencia a protocolos de limpieza y desinfección.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos de limpieza y desinfección
- Ausencia de insumos necesarios para realización del procedimiento
- No capacitación en cambios de productos
- Ausencia de programas de limpieza y desinfección de áreas y superficies

Paciente

- Desconocimiento de las normas de limpieza e higiene ambiental establecidas en su lugar de atención

Equipo

- Inadecuada supervisión y seguimiento, al personal que realiza la dilución y en general procesos de limpieza y desinfección.
- Inadecuadas técnicas de comunicación.
- Inadecuadas técnicas de trabajo en el equipo .

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.

FALLAS LATENTES

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.9 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 9](#)

64

HUMANAS

- Adherencia a protocolos institucionales de limpieza y desinfección
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Implementar directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas
- Aplicar programas de limpieza y desinfección de áreas y superficies institucionales

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento garantizando la técnica aséptica de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos de manejo de desinfectantes (aplicación, dilución, tiempo de contacto) de acuerdo con las recomendaciones del proveedor
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reintroducción al personal encargado de realizar dilución de desinfectantes
- Definir programas de limpieza y desinfección de áreas y superficies .
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth. 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencial.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otros)

PRÁCTICAS SEGURAS

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

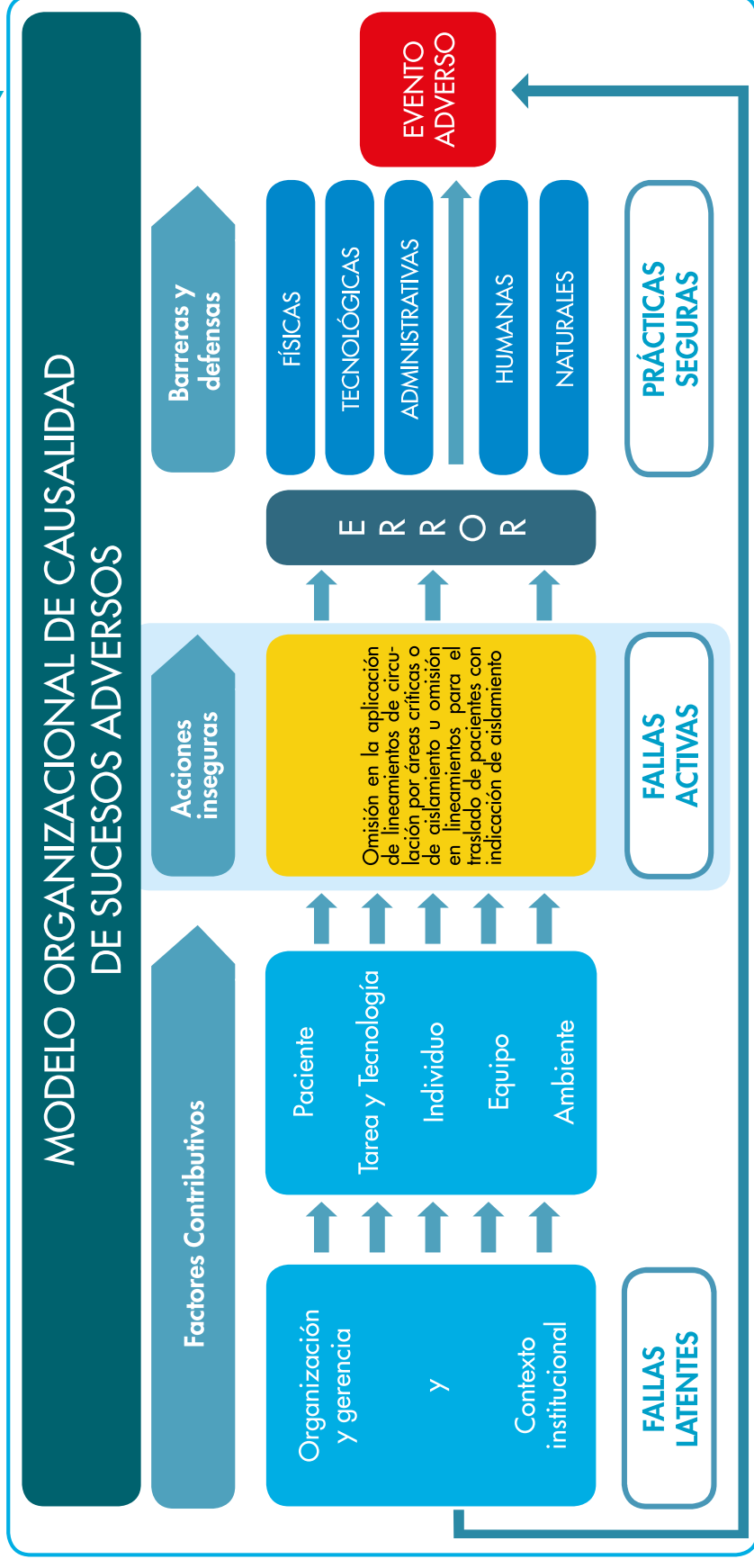
IR AL ÍNDICE



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 10 ([regresar al escenario problémico](#))

ANTERIOR
FALLA



65

1. Lea la **Falla Activa o Acción 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 estas existieran en la organización y se cumplieran. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. (*Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario*)

[1] 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)

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
MÁRCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.10 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 10](#)

Organización y Gerencia

- Debilidad en la implementación del sistema de información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS
-(Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intra-hospitalarias (IHI) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Ausencia de programas de inducción y reintroducción a todo el personal.
- Ausencia de programas de educación continuada al personal asistencial con énfasis en seguridad del paciente y buenas prácticas que incluya evaluación de su adherencia.
- Desconocimiento de normas de diseño, adecuación y construcción de áreas de aislamiento.

Individuo

- Omisión en la aplicación de protocolos de aislamiento.
- Desconocimiento de protocolos de aislamiento.
- Desconocimiento de indicación de aislamiento en el paciente.
- Personal en formación.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos de aislamiento.
- Ausencia de políticas para inducción y reintroducción del personal incluido el personal en formación.
- Ausencia de herramientas de comunicación no verbal que indiquen las condiciones de aislamiento.

Ambiente

- Ausencia de condiciones de infraestructura que dificulten el cumplimiento de protocolos de aislamiento.

Paciente

- Estado de conciencia.
- Falta de conciencia de su patología.
- Desconocimiento de su patología.
- Desconocimiento de la familia de la condición del paciente y la norma de restricción en área de circulación.
- Desconocimiento del paciente y su familia de sus deberes.

Equipo

- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.
- Ausencia de supervisión al personal en formación.

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLEMÁTICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS



IR AL ÍNDICE



Falla Activa No.10 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.10](#)

HUMANAS

- Implementar protocolos y lineamientos de circulación en áreas de aislamiento.
- Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Supervisión permanente a personal en formación.
- Informar al paciente y su familia sus deberes dentro del proceso de atención.

NATURALES

- Garantizar condiciones de infraestructura que permitan la aplicación de protocolos de aislamiento.
- Proveer adecuados sistemas de ventilación.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Proveer tarjetas de identificación que incluyan información de las restricciones de aislamiento.
- Señalización visual de áreas de aislamiento.
- Contar con una guía o manual de instrucciones para los visitantes con el fin de maximizar las oportunidades para la visita y minimizar el riesgo de transmisión de patógenos por los visitantes.
- (Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. Secretaría de salud distrital de Bogotá)
- Proveer los suministros y equipos necesarios para la observancia consistente de las precauciones estándar incluyendo los productos de higiene de manos y elementos de protección personal.
- (Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. Secretaría de salud distrital de Bogotá)

ADMINISTRATIVAS

- Definir y socializar los protocolos y lineamientos para ingreso a áreas de aislamiento que incluyan determinar el número de personal asistencial en formación y familiares que pueden ingresar al área
- Definir y socializar protocolos para el transporte de pacientes bajo precauciones de aislamiento que incluyan el porte permanente de la tarjeta de aislamiento. (Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. Secretaría de salud distrital de Bogotá)
- Brindar educación al personal de salud, pacientes y visitantes acerca de las medidas de aislamiento.
- (Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. Secretaría de salud distrital de Bogotá)
- Generar procesos de educación al personal asistencial, en formación y familiares.
- Implementar mecanismos de control de la aplicación de las directrices establecidas.
- Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica, funcionamiento de los mismos y participación en la definición del plan de compras.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IHI) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC – Dirección de Salud Pública. 2007 / Prevención de infecciones. Manual de referencia para proveedores de servicios de salud. EngenderHealth 2001)
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad.
- (Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IHI) para Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC – Dirección de Salud Pública. 2007)
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings)
- Estructurar programas de educación dirigidos al personal asistencial.
- (2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. 2014)
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades.
- (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación Colombiana de Infectología y otras)

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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
EXPOSITAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN (regresar al escenario problémico)

68

7.4.1 Mecanismos de monitoreo

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales que pueden consultarse en el paquete [“Monitoreo de aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



7.4.2Indicadores

7.4.1.1 Indicadores de medición de impacto de aplicación de la práctica segura

- 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

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

TASA DE INFECCIÓN IAAS

DOMINIO

Gerencia del riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de pacientes con IAAS

DENOMINADOR

Nº total de pacientes hospitalizados

UNIDAD DE MEDICIÓN

Razón

FACTOR

100.00

FÓRMULA DE CÁLCULO

Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de casos de IAAS

DENOMINADOR

Nº de pacientes atendidos

UNIDAD DE MEDICIÓN

Tasa

FACTOR

1000

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerados / denominador X 1000

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de casos IAAS asociadas a dispositivo invasivo

DENOMINADOR

1000 días dispositivo invasivo

UNIDAD DE MEDICIÓN

Razón

FACTOR

N.A

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

INFECCIÓN GLOBAL ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº infecciones intrahospitalarias

DENOMINADOR

Total de días estancia

UNIDAD DE MEDICIÓN

Tasa

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

$\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$

71

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDA

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de infecciones asociadas al dispositivo

DENOMINADOR

Total de días del dispositivo en el periodo

UNIDAD DE MEDICIÓN

Tasa

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

$\text{Numerador} / \text{denominador}$

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

BACTEREMIA ASOCIADA A CATÉTER CENTRAL

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de infecciones asociadas al dispositivo

DENOMINADOR

Total de días del dispositivo en el periodo

UNIDAD DE MEDICIÓN

Tasa

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº infecciones de herida quirúrgica

DENOMINADOR

Total de procedimientos realizados

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador * 100



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de oportunidades para la higiene

DENOMINADOR

Nº de veces efectivas de higiene de manos

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº casos de cumplimiento de protocolo completo de profilaxis

DENOMINADOR

Total de procedimientos realizados

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

DOMINIO

Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de accesos al cuarto o cubículo

DENOMINADOR

Nº de cumplimientos de parámetros de aislamiento

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

$$\text{Numerador} / \text{denominador}$$





8. APROPIACIÓN

75



MINSALUD

A continuación se presentarán dos casos a ser desarrollados por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto.

Estos casos fueron contruidos basándose en situaciones reales aportadas por IPS a nivel nacional. 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 y seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlás.

CASO 1

Lactante de 3 meses de edad, sexo femenino, con antecedentes de comunicación interventricular (CIV), comunicación interauricular (CIA) y ductus arterioso persistente (DAP). Ingresó a la UCI pediátrica donde se le indicó profilaxis con cefazolina y se efectuó cierre de CIV múltiple y de CIA con material sintético. Se instaló catéter venoso femoral. Evolucionó con hipoxemia persistente por lo que se le realizó nueva ecocardiografía, se efectuó re-intervención quirúrgica a las 48 horas, realizándose banding de la arteria pulmonar y desarme de la reparación biventricular. Luego de 48 horas se practicó el cierre definitivo del tórax, evolucionando con tendencia a la hipotensión arterial e insuficiencia renal aguda oligo-anúrica, por lo que se indicó diálisis. Al quinto día post-quirúrgico presentó alteración de parámetros infecciosos (PCR198 mg/L, leucocitos de 25.000/ mm3 con 7% baciliformes, plaquetas 19.000/mm3), dolor, eritema, inflamación, exudado purulento en la zona de inserción de catéter y se decidió iniciar cobertura antimicrobiana con vancomicina y amikacina. Los hemocultivos del catéter venoso central (CVC) y periféricos resultaron positivos. Se ajustó tratamiento a cefotaxima y amikacina. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con PCR de control en descenso, se da de alta a los 20 días de hospitalización.



INVESTIGACIÓN:

Luego de recibir el reporte en la oficina de seguridad del paciente se inicia la investigación con la revisión de la historia clínica y entrevistas al personal de la unidad de cuidado intensivo pediátrica:

El Referente de seguridad llama al médico de turno:

Referente: ¿Conocen en este servicio el protocolo inserción del catéter venoso central?

Médico: No sabía que existiera un protocolo, nosotros utilizamos el que aprendimos en la universidad. Este catéter lo insertó la jefa de enfermería que lleva más tiempo en el servicio, así que ella debe conocerlo al detalle

El Referente llama a entrevista a la jefa de enfermería que lleva laborando 11 años en este servicio:

Referente: Para la inserción del catéter venoso al paciente, ¿se aplicaron de forma correcta las técnicas de asepsia incluidas en el protocolo?

Enfermera: Sí señor, a pesar de estar sola en la unidad y de no tener campos estériles, se realizó como siempre con la técnica adecuada

Referente: ¿Se encontraba sola con los 15 pacientes de la Unidad?

Enfermera: Sí, mi compañera se enfermó y no cubrieron la incapacidad

Referente: ¿El procedimiento se realizó sin campos estériles?



Enfermera: Sí, me pareció que así sería más rápido

Posteriormente el referente de seguridad realiza interrogatorio a la coordinadora del departamento de enfermería:

Referente: ¿Existe una política para el manejo de las incapacidades en el recurso de enfermería?

Coordinadora: Sí señor, lo ideal es que se deben cubrir las incapacidades inmediatamente en áreas críticas, pero con el aumento en la rotación del personal me ha resultado imposible en algunas ocasiones.

ANÁLISIS:

Para este caso en particular se ha invitado al comité al infectólogo, coordinador médico del área y personal de compras.

El comité de seguridad se reúne e inician con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor



contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

Falla Activa: Omisión de la asepsia correcta para la inserción del catéter y no sollicitar ayuda

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Complejidad del paciente	No adherencia a protocolos
Disponibilidad y uso de protocolos	Incumplimiento de políticas institucionales para la adquisición de insumos
Personal suficiente	Estructura organizacional
Carga de trabajo	
Políticas de recurso humano	
Disponibilidad de insumos	
Limitaciones financieras	

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

(Si desea conocer la escala y el procedimiento [haga clic aquí](#))

PREGUNTAS:

1. ¿Cuáles serían los integrantes ideales del comité de seguridad que puedan aportarle a la investigación en el presente caso? Seleccione cinco integrantes y justifique su respuesta:

- a. Coordinadora de enfermería
- b. Director médico
- c. Referente infecciones
- d. Referente de calidad
- e. Director administrativo
- f. Referente de ética
- g. Referente de talento humano
- h. Coordinador esterilización
- i. Referente atención al usuario
- j. Coordinador de UCI



JUSTIFICACIÓN

2. Una razón fundamental en la generación del evento adverso del presente caso fue la poca cantidad de trabajadores de la salud en el momento de la inserción del catéter, ¿cuál de las siguientes barreras considera que sea la más efectiva y fácil de implementar? Clasifique y justifique su selección

JUSTIFICACIÓN	SI/NO	TIPO DE BARRERA	ANÁLISIS
a. Establecer un personal supernumerario por servicio que permita suplir fácilmente el recurso humano faltante			
b. Generar un contrato de personal que supla las eventuales ausencias del personal de planta con un recurso externo			
c. Entrenar al personal a cargo de la unidad en procedimientos críticos para que sean apoyo en estas eventualidades			
d. Generar lista de chequeo del procedimiento y protocolo de seguimiento estricto a los pacientes que presenten alteraciones en el procedimiento			
e. Generar alertas en el inventario de campos quirúrgicos que avisen inmediatamente a esterilización la necesidad de elementos en cada servicio			

3. Califique como verdadero o falso las siguientes afirmaciones

- La falla activa en este caso fue la disponibilidad del recurso humano de la UCI pediátrica en el momento de hacer el procedimiento ()
- Un factor contributivo de tarea y tecnología es el desconocimiento del médico del protocolo de inserción de un catéter venoso central ()
- Una falla latente del individuo fue el no uso del campo estéril en el momento de la inserción del catéter venoso central en el paciente ()
- Una falla latente del contexto institucional es la falta de personal en la UCI pediátrica en el momento de realizar el procedimiento ()

83

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de “Evidenciar los Resultados” ([hacer clic aquí](#))



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

84



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

CASO 1 [\(regresar a apropiación\)](#)

1. ¿Cuáles serían los integrantes ideales del comité de seguridad que puedan aportarle a la investigación en el presente caso? Seleccione cinco integrantes y justifique su respuesta:

- a. Coordinadora de enfermería
- b. Director médico
- c. Referente infecciones
- d. Referente de calidad
- e. Director administrativo
- f. Referente de ética
- g. Referente de talento humano
- h. Coordinador esterilización
- i. Referente atención al usuario
- j. Coordinador de UCI

JUSTIFICACIÓN

2. Una razón fundamental en la generación del evento adverso del presente caso fue la poca cantidad de trabajadores de la salud en el momento de la inserción del catéter, ¿cuál de las siguientes barreras considera que sea la más efectiva y fácil de implementar? Clasifique y justifique su selección

JUSTIFICACIÓN	SI/NO	TIPO DE BARRERA	ANÁLISIS
a. Establecer un personal supernumerario por servicio que permita suplir fácilmente el recurso humano faltante			
b. Generar un contrato de personal que supla las eventuales ausencias del personal de planta con un recurso externo			
c. Entrenar al personal a cargo de la unidad en procedimientos críticos para que sean apoyo en estas eventualidades			
d. Generar lista de chequeo del procedimiento y protocolo de seguimiento estricto a los pacientes que presenten alteraciones en el procedimiento			
e. Generar alertas en el inventario de campos quirúrgicos que avisen inmediatamente a esterilización la necesidad de elementos en cada servicio			

JUSTIFICACIÓN

- a. Barrera administrativa, por cuanto influye en la disponibilidad del recurso humano
 - b. Barrera administrativa, por cuanto influye en la disponibilidad del recurso humano
 - c. Barrera administrativa, por cuanto influye en la capacitación y competencias del recurso humano
 - e. Barrera humana, por cuanto está orientada a la verificación del procedimiento, adherencia a protocolos y da alternativas a los posibles errores en forma de guía
 - f. Barrera tecnológica, por cuanto usa herramientas para la notificación del inventario
3. Califique como verdadero o falso las siguientes afirmaciones

- La falla activa en este caso fue la disponibilidad del recurso humano de la UCI pediátrica () en el momento de hacer el procedimiento
- Un factor contributivo de tarea y tecnología es el desconocimiento del médico del protocolo de inserción de un catéter venoso central ()
- Una falla latente del individuo fue el no uso del campo estéril en el momento de la inserción del catéter venoso central en el paciente ()
- Una falla latente del contexto institucional es la falta de personal en la UCI pediátrica en el momento de realizar el procedimiento ()



JUSTIFICACIÓN

- a. (F) por cuanto la falla activa principal fue el no uso de los campos estériles y cumplir con lo establecido en el procedimiento
- b. (F) por cuanto no es un factor contributivo de tarea y tecnología pues la documentación si estaba pero fue el individuo (médico) el que no la conocía
- c. (F) el cumplimiento del procedimiento en este caso es la falla activa
- d. (F) La falta de personal es un factor contributivo (falla latente) de organización y gerencia



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

89



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



MONITOREO - INDICADORES

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

Prevención de bacteremias asociadas a catéter central

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?	PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD	ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL	ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS	INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

90

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

La implementación de esta práctica llevo a la conformación de un equipo liderado por un infectólogo y una enfermera quienes planean de acuerdo a las diferentes prioridades las acciones a realizar con el apoyo de un grupo interdisciplinario. Las principales estrategias implementadas son:

- Supervisión de las medidas de prevención de bacteremias asociadas a catéter (BAC)
- Campaña de promoción para el retiro temprano de los catéteres que no son necesarios
- Campaña de limpieza de conectores de los catéteres
- Capacitación al personal en la interacción con el modulo de “manejo adecuado de los catéteres venosos centrales” a través de la plataforma e-learning
- Supervisión por parte de líderes e integrantes del grupo de catéteres del cumplimiento del paquete de medidas
- Uso rutinario del ecógrafo para el paso de catéter venoso central (CVC) en pediatría
- Conformación de grupos de estudio y terapias de infusión con el personal de enfermería

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



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E

Campaña de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica “6 medidas y una sola razón: salvar una vida”

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA
EXITOSA

ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN
DE LA REACCIÓN AL CAMBIO
POR LOS COLABORADORES DE LA
ENTIDAD

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA
EXPERIENCIA EXITOSA?

ESTRATEGIAS PARA QUE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA
PRACTICA NO SEA VISTO COMO
UNA TAREA ADICIONAL

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA
EXPERIENCIA EXITOSA

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON
LOS RECURSOS FINANCIEROS
REQUERIDOS

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL
USUARIO?

INDICADORES QUE ME
DEMUSTRAN EL IMPACTO DE ESTA
EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

La iniciativa para el control de infecciones asociadas a la ventilación mecánica nace el 1 mayo de 2013 bajo el lema “6 medidas y una sola razón: salvar una vida, juntos contra la neumonía”. El coordinador de la UCI con un grupo de trabajo interdisciplinario de personal de salud de este servicio se propone realizar un plan de mejora de la atención de pacientes que requieren conexión a equipos de ventilación mecánica, donde se asignan tareas para implementar soluciones. Los principales objetivos son:

- Establecer recomendaciones y protocolos basados en la evidencia científica para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM)
- Estandarizar la atención de los pacientes sometidos a ventilación mecánica en la UCI de adultos del hospital
- Disminuir la tasa de incidencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM) desde la línea de base establecida en 11 casos por 1000 días de ventilación mecánica hasta el promedio nacional de 7,9% (6,5) casos por cada 1.000 días de ventilación mecánica. El plazo propuesto para lograr esta meta es de seis meses.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN VICENTE FUNDACIÓN

Reducción general de las infecciones asociadas al cuidado en salud: Programa de prevención y control de infecciones

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?	PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD	ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL	ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS	INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

92

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

- Implementación de intervenciones generales y medidas específicas (higiene de manos, higiene hospitalaria, paquetes de medidas preventivas “Bundles”, uso racional de antibióticos, entre otros) para la prevención y control de las infecciones. Se ha desarrollado un trabajo multidisciplinario que va desde la formación y la generación de estrategias encaminadas a generar cambios comportamentales, que se ha procurado sean simples y aplicables:
 - Capacitación a todos los colaboradores de la institución sin excepción del cargo a desempeñar, desde el ingreso a la institución y de manera permanente usando herramientas presenciales, talleres y recursos virtuales
 - Estrategias de evaluación de adherencia a la higiene de manos realizado con observadores ocultos.
 - Supervisión de la aplicación de paquetes de medidas “Bundles” en las Unidades de Cuidados Intensivos.
 - Definición de lineamientos y seguimiento a la profilaxis antibiótica, que se ajusta cada año según el perfil de sensibilidad de la flora hospitalaria.
 - Vigilancia activa y seguimiento a posibles brotes.
- El programa de prevención y control de infecciones del Hospital Universitario de San Vicente Fundación inició sus actividades en el año 1976; anualmente se hace planeación de sus actividades identificando previamente aspectos a intervenir, realizando validación de las estrategias que en el ámbito mundial están reconocidas como mejores prácticas, a partir de las cuales se ajusta el plan de acción y se aplica en la medida de las posibilidades del hospital.

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT

Implementación del Bundle paquete de medidas de prevención para dispositivos invasivos

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?	PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD	ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL	ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS	INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

2010	2.7301092
2011	1.14942529

93

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

En nuestra institución todos los terapeutas y enfermeras aplican el bundle en cada turno, se trata de la ejecución de medidas para la prevención de infecciones asociadas a los diferentes dispositivos invasivos colocados a nuestro pacientes. Todos los días una persona se encarga de hacer seguimiento de forma aleatoria a su aplicación, los coordinadores de los diferentes turnos realizan rondas de seguridad y adicionalmente se aplica de forma periódica la metodología de paciente trazador, todo esto con el fin de garantizar la adherencia del personal a las diferentes prácticas seguras propuestas.

- Las barreras de implementación del bundle invasivos
- del torrente sanguíneo asociado a catéter central 99%
- Índice de adherencia al Bundle de prevención de neumonía asociada al uso de ventilación mecánica 99,91%.

CLÍNICA NUEVA

Disminuir y mantener una baja prevalencia de neumonía asociada a ventilación mecánica

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?

ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

- Índice global de infección
- Nº de casos de infección / Nº de egresos en el mismo periodo * 100

MES	No. CASOS	No. EGRESOS	INDICE	Rangos	S.D.S.
Enero	13	376	3.46		
Febrero	20	400	5.00		
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septien					
Octubre					
Total					

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Se ha venido trabajando de forma permanente en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica y desde el 2011 se ha evidenciado una disminución del índice de la infección. Esto se ha logrado por medio de la participación del equipo multidisciplinario a cargo de la atención del paciente quien se encarga de desarrollar las siguientes actividades:

- Se inicia con la valoración sistemática por parte del médico en la necesidad de la ventilación mecánica (VM) a diario (por turno)
- Un manejo de enfermería integral en higiene oral y la posición adecuada del paciente
- La intervención del grupo de terapia física y respiratoria con énfasis en manejo de la vía aérea: manejo del neumatoponador y rehabilitación pulmonar
- Por último un fuerte trabajo en adherencia del personal asistencial a la higiene de manos (regla de oro)

El índice global de infección por VIM y el programa de vigilancia aún se sigue trabajando en la disminución de la infección del sitio de la vía aérea, las más predominantes en la Clínica Nueva.

- Índice de neumonía asociada a ventilación mecánica
- Nº de NAV / días de ventilación mecánica * 1000

Mes	No. Infecciones	No. Total días Ventilación	Tasa / 1000 días	Rangos
Enero	0	57	0	
Febrero	2	73	27	
Marzo	0	81	0	
Abril	0	72	0	
Mayo	0	93	0	
Junio	0	156	0	
Julio	0	124	0	
Agosto	1	104	10	
Septiembre	0	83	0	
Octubre	0	75	0	
Total	3	918	3	

donde desde el 2011, muestra del año y de mayor impacto de la implementación de las actividades al trabajo en:

- Incremento progresivo del uso de la ventilación mecánica no invasiva
- Protocolos de sedación (sedación consistente)
- Uso extendido de modos ventilatorios espontáneos
- La meta a futuro es implementar el uso de sistemas de administración de oxígeno de alto flujo, estrategia que ha venido posicionándose a nivel mundial, con el objeto de intervenir de forma temprana determinadas patologías, evitando que el paciente requiera el uso de ventilación mecánica invasiva.

JAVESALUD IPS

Fortalecer la adherencia al proceso de higiene de manos

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA EXPERIENCIA EXITOSA?	PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA	¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL USUARIO?
ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN DE LA REACCIÓN AL CAMBIO POR LOS COLABORADORES DE LA ENTIDAD	ESTRATEGIAS PARA QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA PRACTICA NO SEA VISTO COMO UNA TAREA ADICIONAL	ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS	INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

- Guiarnos por los lineamientos de la OMS cumpliendo todas las fases en ellos planteadas e influjo el hecho de involucrar al usuario y la auditoría dentro del consultorio, el usuario le entrega un formato al médico en donde se le solicita el lavado de manos porque es importante para los dos.



- Se reentrenó al personal (cubrimiento del 90% de los colaboradores) Se diseñaron recordatorios con los 5 momentos de la higiene de manos que se ubicaron en sitios estratégicos para afianzar conceptos en el personal asistencial

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Desde el mes de mayo del año 2009 se inició el desarrollo de esta práctica segura siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de realizarlo por fases. El primer ciclo terminó en septiembre de 2011 y a partir de esa fecha se definió un plan de acción a largo plazo destinado a garantizar el mantenimiento y mejoramiento continuo.

- Se cumplieron todos los objetivos del proceso de adherencia de manos.



a recordación

- Realizamos capacitación y entrenamiento a los observadores (coordinadores médicos) para la realización de actividades de seguimiento a la adherencia.
- Involucramos al paciente a través de volantes informativos, guía del usuario entre otros.

CLÍNICA DEL COUNTRY

Prevención de la Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA
EXITOSA

ESTRATEGIA PARA LA SUPERACIÓN
DE LA REACCIÓN AL CAMBIO
POR LOS COLABORADORES DE LA
ENTIDAD

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA
EXPERIENCIA EXITOSA?

ESTRATEGIAS PARA QUE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA BUENA
PRACTICA NO SEA VISTO COMO
UNA TAREA ADICIONAL

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA
EXPERIENCIA EXITOSA

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON
LOS RECURSOS FINANCIEROS
REQUERIDOS

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL
USUARIO?

INDICADORES QUE ME
DEMUSTRAN EL IMPACTO DE ESTA
EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

La estrategia fue establecer las barreras de seguridad recomendadas para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) en pacientes con (VM) y garantizar su aplicación. Las principales medidas implementadas se enfocaron en dos líneas a saber:

Para aplicación en el paciente

- Posición de la cama
- Higiene oral
- Higiene bronquial

Para aplicación en el personal asistencial

- Higiene de manos

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 6](#))





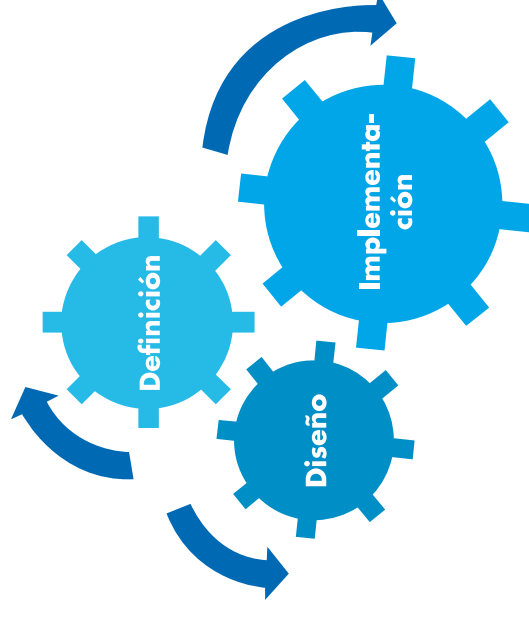
11. CONCLUSIONES

97

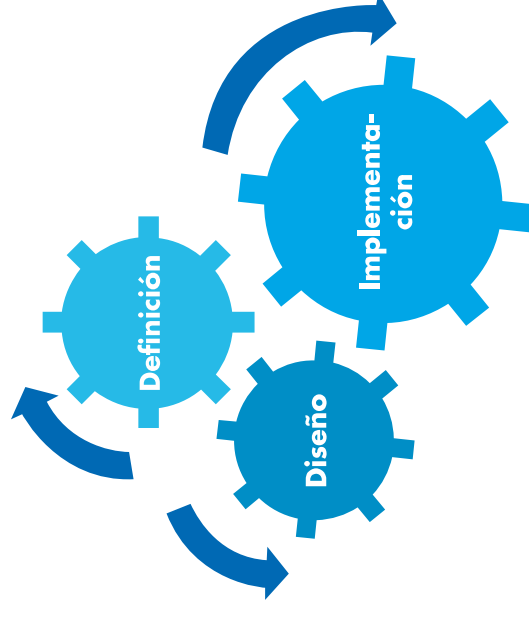


MINSALUD

- Es de muy importante detectar, prevenir y reducir las infecciones relacionadas con la atención en salud debido a su gran impacto por el riesgo de morbilidad en los pacientes así como la elevada carga económica para los sistemas de salud.
- El riesgo de padecer IAAS es mayor en países en desarrollo que en países desarrollados.
- La mayoría de las IAAS se pueden prevenir con la aplicación de medidas simples, económicas y eficaces como la apropiada higiene de las manos en el momento oportuno.
- Las medidas para la prevención de las IAAS requieren una mayor responsabilización y un cambio de conducta por parte del personal de salud.



- Para poder realizar un seguimiento adecuado a estas infecciones es necesario disponer de datos confiables por medio del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y reporte a nivel mundial.
- La higiene de manos ha mostrado ser una de las principales barreras para la prevención de las IAAS.
- El uso racional de antibióticos aporta en gran medida contribuyendo a la disminución de la resistencia bacteriana.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 7)

12. ANEXOS

100



MINSALUD



ANEXO 1 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA



ANEXO 2 - MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS [\(regresar al glosario de términos\)](#)

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.



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 monitoreo de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea temática clínica de su interés.

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

1. Lea la falla activa o acción 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 conllevaron 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.

PASO 4. MARCO TEÓRICO (Antecedentes)

Para el abordaje de la lectura de los **paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente (siempre que se hable de paquetes instruccionales hablar con el nombre completo)**, en esta primera etapa del **MARCO TEÓRICO**, se busca realizar una **LLUVIA DE IDEAS** sobre los antecedentes y levantar un inventario de las opciones y posibilidades que se tienen para hacerle frente a las situaciones dilemáticas o problemáticas planteadas en el paso No 2. Registre las respuestas en la hoja de trabajo.

Para integrar saberes disciplinario con experiencias personales, se motiva al lector a formularse nuevas preguntas como: ¿Qué sabemos? ¿Qué desconocemos y necesitamos saber? ¿Cómo lo estamos haciendo y cómo lo deberíamos hacer?

ANEXO 6 - 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, carteleros, protocolos ilustrados, entreo otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

ANEXO 7 - MODELO PEDAGÓGICO: CONCLUSIONES [\(regresar a Conclusiones\)](#)

PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?.

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.



ANEXO 8 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE [\(regresar a Falla Activa No. 1\)](#)

En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.

- ¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?
- ¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?
- ¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?
- ¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?
- ¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?
- ¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)
- ¿Qué mecanismos de monitoreo tenemos implementados en nuestra institución?
- ¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitoreo?
- ¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?
- ¿Cuáles son?
- ¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?
- ¿Debería ajustarlo?
- ¿Cómo?
- ¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?
- ¿Son fácilmente medibles?
- ¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?
- ¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?

