

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

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



PRAXIS
Consultores S.A.S



DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ

Dirección General del Proyecto

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO

MARCELA DÍAZ RAMÍREZ

Equipo Técnico



FOSCAL
INSTITUTO ROOSEVELT
HOSPITAL PABLO VI BOSA
HOSPITAL CIVIL IPIALES
CLÍNICA DEL COUNTRY
Agradecimiento por su participación





MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	16
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	20
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	27
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	29
7. MARCO TEÓRICO.....	31
7.1 Antecedentes	32
7.2 Justificación	46
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	47
7.4 Seguimiento y Monitorización	71
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	71
7.4.2 Indicadores	71
8. APROPIACIÓN	75
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	87
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	93
11. CONCLUSIONES.....	96
12. ANEXOS	99

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



El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y 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 este 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 a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió 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 el que 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 o prácticas seguras y factores contributivos según apique.

2. Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones 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 relacionado con el paquete, 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 consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos, más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

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

En las Barreras de seguridad: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las 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 soporta 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: Tiempo al 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, metaanálisis, 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 en que aplique, establecer calificación de la evidencia y 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 tecnológicos), 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 incluir dentro de 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 con 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](#)).

Teniendo en cuenta que este paquete está encaminado a promover la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, se considera importante definir este concepto para dar un enfoque más integral:

Actividad o procedimiento quirúrgico: es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas¹.

Según la OMS, la **cirugía mayor** es “todo procedimiento realizado en quirófano que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional o general o sedación profunda para controlar el dolor” (OMS).

Es decir, un procedimiento quirúrgico no se lleva a cabo únicamente en un quirófano, se realizan también en salas de procedimientos (de baja o mediana complejidad) de los servicios de urgencias (UCI), consultorios especializados de odontología, unidades de gastroenterología, servicios de radiología intervencionista, entre otros.

De acuerdo con la estructura del proceso, la atención quirúrgica tiene 3 fases según

¹ MinSalud. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

su relación con el acto quirúrgico: pre-quirúrgica, fase quirúrgica y postquirúrgica. La fase pre-quirúrgica es la fase que precede a la cirugía y en donde suceden una serie de momentos, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas. En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa. Dentro del acto quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores.

En reconocimiento de que los fallos de la atención sanitaria afectan a 1 de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores, entre las que se encuentra: **Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto**². El establecimiento de estas soluciones busca reducir el riesgo de presentación de eventos adversos a través de prácticas seguras (barreras y defensas) en las instituciones de salud.

² Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/> Fecha de consulta: día mes año.

Este paquete instruccional está dirigido a todo el personal que participa en el proceso de atención del paciente en salas de cirugía y, en general, se refiere a los diferentes procedimientos quirúrgicos que se realicen en las instituciones de salud; el personal que interviene en este proceso incluye administrativo, técnico y profesional: personal de admisiones, anestesiólogos, médicos generales, médicos especialistas, médicos cirujanos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y de odontología, instrumentadoras, personal de apoyo terapéutico (fisioterapeutas, terapeutas respiratorias), e incluso personal de farmacia, quienes garantizan que los insumos estén completos y en el momento correcto durante el proceso de atención. Se considera igualmente que la información debe socializarse con el personal de servicios generales y mantenimiento, quienes participan en el procedimiento de desinfección de las salas y de soporte a equipos biomédicos respectivamente.



2. OBJETIVO GENERAL

16



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico y administrativo, además de competencias y habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

18



MINSALUD



IR AL ÍNDICE



- Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes en la atención del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la presencia de riesgos en la atención del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en los procedimientos quirúrgicos y su aplicación para mitigar las consecuencias.
- Establecer los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de las prácticas seguras (barreras y defensas) y de la disminución de los riesgos en los procedimientos quirúrgicos.
- Presentar experiencias exitosas como guía para aplicación de prácticas seguras (barreras y defensas).

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

20



MINSALUD



SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias³.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud⁴.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso⁵.

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 intencionales⁶.

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

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

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

6 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.).⁷

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo)⁸.

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

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

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 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)⁹. Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** cómo la documentación ausente, poco clara, no socializada contribuye al error. Cómo la tecnología (o insumos ausentes), deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **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 (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones, como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuyen al error. Ejemplo:

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).



comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y Gerencia:** cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** cómo las situaciones externas a la institución 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 los procesos de atención¹⁰.

OBLITO: cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica¹¹. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.

¹⁰ 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

¹¹ RAE. Diccionario de la Lengua española



ESCALA DE SEVERIDAD DE CLAVIEN: es una clasificación basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, diseñada por Clavien y Cols, quienes la validaron y publicaron en 2004 y en 2009; establecieron una nueva clasificación, basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, que las clasifica en cinco grados¹².

BREAFING: o sesión informativa de seguridad, es una herramienta en la que personal asistencial, antes de iniciar un procedimiento, comparte información acerca de los problemas de seguridad potenciales del paciente a intervenir¹³.

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

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados.

¹² http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-402620100004000007

¹³ Improvement Healthcare Institute. Safety Briefings, 2004. Disponible en <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SafetyBriefings.aspx>. Consultado el 28 de diciembre de 2014.



CHEQUEO CRUZADO: es el procedimiento mediante el cual en un mismo acto dos personas verifican una información muy importante para el procedimiento del paciente¹⁴.

SERVICIO QUIRÚRGICO: servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas¹⁵.

QUIRÓFANO: espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología de punta, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación¹⁶.

¹⁴ Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014.

¹⁶ Ibíd.

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

27



MINSALUD



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante trabajar en la seguridad de la atención en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles son las acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles son las prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son los más eficaces para ayudar a prevenir la presencia de eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

¿Cómo se implementan prácticas seguras (barreras y defensas) para evitar los eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos?

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



6. METAS DE APRENDIZAJE

29



MINSALUD



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición de las 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, que involucran al usuario y a 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

31



MINSALUD



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante trabajar en la seguridad de la atención en los procedimientos quirúrgicos? [\(regresar al escenario problemático\)](#)

Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55.ª 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 No. 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.

Dentro de los elementos generados por la alianza se encuentra el segundo reto denominado la Cirugía Segura Salva Vidas, lanzado en el 2008 por la OMS; con este se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y logren cumplir su objetivo, que es mejorar las condiciones de salud de las personas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

Según estadísticas mundiales, el número de procedimientos quirúrgicos aumenta, dada la creciente incidencia de trauma del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. Esto va de la mano de los avances en la ciencia y la tecnología, y de la necesidad de capacitación y generación de competencias y habilidades en aten-



ción en salas de cirugía del personal de la salud que cumple con estas funciones. Según la OMS, se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas; igualmente se considera que cada año, 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos¹⁷.

Sin embargo, las cirugías son procedimientos con riesgos que pueden traer desenlaces inadecuados y generar daños a los pacientes; existen varios estudios realizados alrededor del mundo respecto a este tema, desde el año 1999, cuando el Instituto de Medicina de Estados Unidos publica su estudio *To err is human (Error es humano)*¹⁸, en el que se incluye la cirugía en lugar equivocado como uno de los principales errores que se cometen en las instituciones de salud, y establece que las cifras más altas de error con consecuencias serias se presentan en unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía y salas de emergencia.

En el documento *La Cirugía Segura Salva Vidas*, de la OMS, se considera que en los países industrializados se han registrado complicaciones importantes entre el 3% y 16% de los procedimientos quirúrgicos requiriendo ingreso, con tasas de mortalidad

17 WHO. *La Cirugía segura Salva Vidas*: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl brochure_spanish.pdf Fecha de consulta: 7/12/2014

18 <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. Fecha de consulta: 7/12/2014

o discapacidad permanente del 0,4% al 0,8% aproximadamente, mientras que en los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5% al 10% en operaciones de cirugía mayor; casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas al año, 1 millón de los cuales mueren durante o inmediatamente después de la cirugía¹⁹.

Además de lo anterior, un informe anual de la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) sobre eventos centinela en el año 2005, señala que de 3548 eventos revisados se presentan los siguientes eventos relacionados con cirugía: en el segundo lugar: Cirugía en lugar equivocado (12.8%); Tercer lugar: complicaciones postoperatorias (12.5%); y, en el decimotercer puesto: evento relacionado con anestesia 1,6%²⁰, lo que pone de manifiesto el riesgo al que está expuesto el paciente y la gran necesidad de mitigarlo por medio de estrategias de prevención.

Un estudio reciente realizado en el Reino Unido, publicado en el año 2011²¹, en el que durante el periodo de estudio fueron admitidos 12 121 pacientes en la unidad quirúrgica, de los cuales 8032 fueron cirugía electiva y 4089 por causa aguda. Se realizaron 15 508 procedimientos en 8384 pacientes; 1639 pacientes operados tuvieron

19 WHO. La Cirugía segura Salva Vidas: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf Fecha de consulta: 7/12/2014

20 http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf. Fecha de consulta: 9/12/2014.

21 E, Bosna. Incidence, nature and impact of error in surgery. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7594/pdf>. Fecha de consulta: 9/12/2014



uno o más eventos registrados (entre complicaciones y errores). De los 12 121 pacientes admitidos, 735 (6,1%) tuvieron 873 errores registrados. La incidencia más alta de errores, en relación con el tipo de cirugía, se presentó principalmente en cirugía torácica (9,9%), vascular (9,2%) y trauma (8,7%).

Según el estudio IBEAS (2010)²², que fue desarrollado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), durante el periodo del estudio se incluyeron 11 379 pacientes de los cuales 1191 (10.5%) presentaron un evento adverso. De estos, 415 (34,3%) presentaron eventos adversos relacionados con la atención quirúrgica, y de ellos, 118 (28,4%) fueron graves, siendo los eventos adversos quirúrgicos la segunda causa de eventos adversos del estudio.

Para el caso de Colombia, el estudio IBEAS mostró una prevalencia de eventos adversos del 13.1% (312/2373); de estos, 135 (43,3%) estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos. La severidad de estos fue variable, con predominio de severidad moderada (57%), mientras que los eventos adversos graves correspondieron al 22,3% (30) del total de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos.

Todo lo anterior demuestra la pertinencia de trabajar en acciones seguras de los procedimientos quirúrgicos.

²² Ministerio de Sanidad. Política social e Igualdad de España. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. 2010. http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf. Fecha de consulta: 19/12/2014 Fecha de consulta:

¿Cuáles son las acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La evidencia indica que los procedimientos que ponen al paciente en el mayor riesgo, incluyen aquellos que implican anestesia general o sedación profunda, aunque otros procedimientos también pueden afectar la seguridad del paciente. Las prácticas pueden mejorar la seguridad de la correcta identificación del paciente, el procedimiento adecuado y el sitio correcto del procedimiento²³.

Dentro del estudio realizado en el Reino Unido (2011), los autores mencionan los tipos más frecuentes de error, de acuerdo con la codificación TRACS (de sus siglas Trauma Registry College of Surgeons), y lo clasifican según la escala de severidad de Clavien. De los errores que hubo (873), 827 (94,7%) no tuvieron efecto duradero sobre el paciente (grados I, IIa y IIb)²⁴.

Los errores que contribuyeron a la muerte del paciente fueron: error en el diagnóstico, demora en el diagnóstico, errores de juicio —incluido error en la preparación preoperatoria—, demora en el quirófano por preparación o evaluación inadecuada, error de técnica. Los errores más frecuentes fueron los relacionados con la técnica, en

23 Office –Based Surgery 2014. National Patient Safety Goals. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2014_OBS_NPSG_E.pdf Fecha de consulta: 19/12/2014

24 E, Bosna. Incidence, nature and impact of error in surgery. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7594/pdf>. Fecha de consulta: 9/12/2014



primer lugar; en segundo lugar, otros (dislocación de drenajes, sondas nasogástricas y vías venosas, mala comunicación entre el paciente y el personal de salud/entre el equipo y drenajes, gasas o suturas retenidas en la herida); y, en tercer lugar, errores de juicio. Se evidencia que la incidencia de complicaciones anestésicas es baja y su severidad llega hasta el grado IIb; entre estas se encontraron lesiones iatrogénicas (daño dentario) y 5 extubaciones accidentales²⁵.

En otro estudio realizado en México en el año 2011²⁶, se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación.

Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente²⁷.

²⁵ Ibid.

²⁶ http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-009920110003000004&script=sci_arttext Fecha de consulta: 8/12/2014

²⁷ 1-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online.

Otros eventos adversos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico, y que se presentan con frecuencia, son los eventos relacionados con la anestesia, los eventos cardiovasculares, tales como las arritmias y los eventos isquémicos, el tromboembolismo venoso y los problemas relacionados con la transfusión sanguínea.

¿Cuáles son las prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos? [\(regresar al escenario problemático\)](#)

Como parte de la campaña de la OMS “La cirugía segura salva vidas” en el 2008, la cual surge como iniciativa de la alianza mundial para la seguridad del paciente (2004), se establece una lista de chequeo para implementar en las salas de cirugía en el proceso perioperatorio, la cual consiste básicamente en la realización de paradas y aplicación de una lista de chequeo en 3 momentos clave del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. Un claro ejemplo de la implementación de esta iniciativa sucedió en el Reino Unido, en donde se estableció como algo obligatorio la utilización de esta lista (como guía), desde el mismo momento en que se dio a conocer.



Es así como, inicialmente, se hizo un estudio en dos instituciones de salud de esta región²⁸ y, dado que no se logró la misma disminución de morbi-mortalidad que las estadísticas dadas por la OMS, se llega a la conclusión de que el proceso no es nada fácil, si no se cuenta con un cambio de actitud por parte del personal, que requiere un trabajo de motivación por parte de la administración.

En otro estudio realizado en el año 2010 se emplea la lista de chequeo en 908 procedimientos quirúrgicos, donde se observa una reducción en un 6,7% de complicaciones mayores y una reducción en un 2,3 % en la mortalidad. Se observó también un incremento en la incorporación de la lista de chequeo en procedimientos quirúrgicos, pasando de un 18,6% a un 50,7%²⁹.

Existe también otra estrategia de lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos: SURPASS (Surgical Patient Safety System), la cual fue desarrollada y validada en Holanda; esta lista, en relación con la planteada por la OMS, es multidisciplinaria, contiene mayor cantidad de información, se concentra en los momentos de transferencia y en la secuencia del proceso de la cirugía, desde el ingreso hasta el alta del paciente³⁰. A continuación, se presenta una comparación entre las listas de chequeo implementadas por la OMS y SURPASS.

28 http://www.surgicalneurologyint.com/temp/SurgNeuroInt312-7352256_202522.pdf. Fecha de consulta: 8/12/2014

29 *Ibíd.*

30 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9162/pdf>. Fecha de consulta: 8/12/2014



Comparación entre las características de las listas de chequeo de la OMS y SURPASS.

	OMS	SURPASS
Lugar	Sala de Cirugía	Sala de espera, sala de cirugía, recuperación
Momentos	Directamente antes y después de la cirugía	Desde la admisión hasta el alta
Profesionales involucrados	Cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentadora	Médico y enfermera de la sala, cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentadora, enfermera de recuperación
Rango de aplicación	Relativamente fácil Limitado	Relativamente difícil Extenso

Fuente: **Elaboración propia a partir del artículo: “Surgical safety” (Junio de 2013).**

En Colombia, la Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), ha sido una de las abanderadas en la campaña, diseñada por la OMS, “Cirugía segura salva vidas”; desde el año 2009 asume la lista de verificación como una herramienta sencilla y práctica de fácil aplicación en cualquier sala de cirugía del mundo, y que cuenta con fundamentos científicos como práctica segura³¹. En este mismo año

31 <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2009/PDF%20RML%202009/oct-dic/el%20compromiso%20de%20la%20scare.pdf> Fecha de consulta: 7/12/2014

SCARE hizo una campaña de despliegue, en la que participaron 183 instituciones de salud y 4 universidades del país³². Como meta para ese momento se pretendió establecer una línea de base de ocurrencia de eventos adversos en cirugía; para este fin, el Hospital General de Medellín realiza un estudio en el año 2011, con el que busca describir el comportamiento de los eventos adversos en cirugía, antes y después de la implementación de la lista de verificación.

El estudio arroja las siguientes cifras relevantes: los eventos correspondientes al servicio de cirugía representaron el 34,28% del total de eventos del hospital en el año 2009, y solo el 12,31% en el 2010. Del total de cirugías realizadas, se presentaron eventos adversos en el 7,26% durante el año 2009, y en el 3,29% durante 2010³³. Se evidencia, por lo tanto, una marcada reducción de ocurrencia de eventos adversos, debida a la implementación de la lista de verificación, lo que lleva a considerar que es una estrategia válida y efectiva.

Otra práctica segura y muy conocida a nivel mundial en el caso de prevención de oblitos es el recuento de gasas, instrumental y compresas. Esta, llevada a cabo correctamente, puede disminuir el riesgo de objetos extraños dentro de los pacientes. Al momento de detectar un faltante dentro del conteo se debe informar inmediatamente

32 Ibid., pág. 13.

33 <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-colombiana-anestesiologa-341/articulo/verificacion-lista-chequeo-seguridad-cirurgia-90199316?referer=buscador>. Fecha de consulta: 7/12/2014

y tomar las medidas necesarias (estudios radiológicos, reintervenciones, etc.); esto se venía realizando de manera aislada, pero se ha incluido como parte de la lista de verificación de la OMS, como actividad previa a la salida del paciente del quirófano.

De manera adicional a estas medidas, existen otras que son muy importantes para disminuir la frecuencia con la que ocurren eventos adversos en el paciente quirúrgico; estas medidas incluyen, la adquisición del consentimiento informado donde la participación del paciente y la discusión con él, que pueden mejorar la toma de decisiones y asegurar una participación más activa del paciente y la familia en el cuidado para la preparación y posterior al procedimiento quirúrgico.

El cuidado y la preparación con los equipos y el material necesario para la cirugía son muy importantes; el Colegio de Médicos y Cirujanos de Colombia británica publicó estándares de acreditación para la seguridad del paciente³⁴ en el entorno quirúrgico, donde destacan unos indicadores fundamentales para los equipos del quirófano, entre los que se encuentran:

- Un programa de orientación y formación se proporciona a las personas que usan los equipos para garantizar un funcionamiento seguro, consistente y preciso.
- El equipo especializado y la instrumentación es operado por personal competente con la educación necesaria, los conocimientos, las habilidades y la certificación.

34 5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies. Fecha de consulta: 7/12/2014

- Equipo solo se utiliza según lo previsto por el fabricante.
- Manual del operador del fabricante para el equipo específico utilizado en la instalación está disponible para el operador del equipo.
- Todo el equipo se encuentra y se almacena en un lugar seguro y protegido.
- Todo el equipo de protección personal (delantales de plomo, gafas láser, etc.), cuando no se utiliza, se almacena de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de México, elaboró una guía de práctica clínica, denominada Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico³⁵, donde destaca que las medidas para hacer de un acto quirúrgico un procedimiento más seguro empiezan con una adecuada preparación del paciente, y hace una serie de recomendaciones en los siguientes aspectos:

- Prevención de la infección en la herida quirúrgica
 - Bañar al paciente con jabón como mínimo la noche anterior al procedimiento.
 - No hacer uso de cuchillas de rasurado, dado que aumentan el riesgo de infección.
 - Aplicar de manera estricta el protocolo de higiene de manos.

³⁵ CENETEC. GPC Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico. 2013. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx676GER.pdf consultada el 02/01/2015

- No utilizar campos quirúrgicos autoadheribles en forma rutinaria.
- Preparar la piel antes del procedimiento con clorhexidina; en caso de no disponibilidad, usar povidona yodada.
- Prevención de eventos vasculares
 - En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda el uso de beta-bloqueadores ni de alfa2-agonistas como prevención de eventos cardiovasculares.
 - En pacientes en tratamiento con Ácido Acetil Salicílico sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda retirarlo en forma rutinaria; se deben evaluar de forma individualizada los riesgos vs los beneficios.
- Prevención del tromboembolismo venoso
 - Todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, debe recibir algún método eficaz para la prevención de complicaciones trombóticas.
 - Se debe caracterizar el riesgo de trombosis venosa profunda y de tromboembolismo pulmonar para definir las medidas de prevención.
 - Se recomienda que en todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, se utilicen medias de compresión, preferiblemente graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.



- Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
- Se recomienda el uso de heparinas de bajo peso molecular sobre la heparina no fraccionada dado el mayor riesgo de sangrado de esta última.
- En los pacientes en los que se decida retirar el tratamiento anticoagulante, se deberá hacer mínimo cinco días antes de la intervención en caso de warfarina, o tres días en caso de acenocumarol.
- Mantenimiento de la normotermia
 - La temperatura corporal debe medirse antes de trasladar el paciente al quirófano, y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea superior a 36°C.
 - La temperatura corporal deberá mantenerse abrigándolos con mantas o cobertores.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 5\)](#)



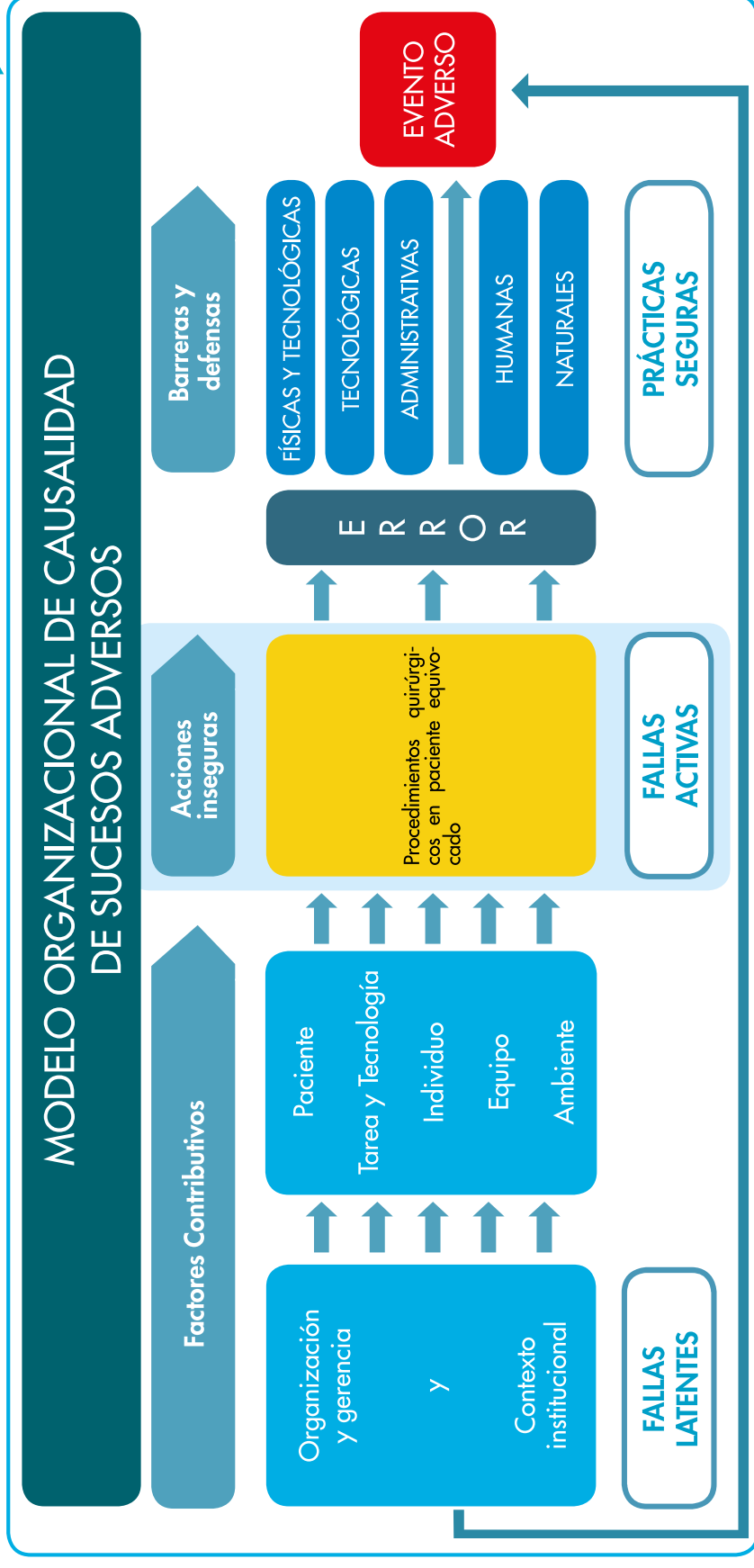
7.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados, y con el fin de disminuir la presentación de eventos adversos asociadas a los procedimientos quirúrgicos, a continuación se presentan las principales fallas y las prácticas seguras (barreras y defensas) que servirán de guía a las instituciones:



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

Falla activa No. 1 (regresar al escenario problemático)



47

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

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Recursos financieros limitados que impiden los ajustes necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida, definición de roles y responsabilidades en cada equipo.
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
- Ausencia de auditorías internas de calidad para seguimiento a procedimientos de control establecidos.

Contexto Institucional

- Autorizaciones de EPS mal diligenciadas.

Individuo

- Personal sin las competencias suficientes para realizar o participar en procedimientos quirúrgicos.
- (9789241598552_eng)
- Falta de adherencia a protocolos y guías establecidos en la institución, con relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos.
- No diligenciamiento, a destiempo o incompleto de la lista de chequeo para cirugía segura
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente.
- Baja capacidad del personal de salud para trabajar en equipo.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos
- (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de un software adecuado, que contemple la necesidad de registro de datos completos del paciente.
- Ausencia de sistemas de identificación universales para el paciente.
- (9789241598552_eng)
- Ausencia de sistemas de educación e información para el paciente y su familia
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Fallas en el sistema de información (admisión del paciente, historia clínica sin parámetros obligatorios o mal diligenciada, etc.).
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Capacidad de comunicación comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Factores individuales del ser humano, tales como problemas de comunicación, edad, limitaciones físicas. (1-JOGG-Jan2013-CFG286-ENG-Online)
- Problemas colectivos del paciente como factores culturales.
- (2-FINALCheckouidDesignuidelines)
- Paciente en estado de inconsciencia. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Nivel educativo limitado del paciente. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Equipo

- Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades.
- No se realiza una adecuada entrega de turno médico y de enfermería.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Deficiencias en las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No homologación del lenguaje alrededor del procedimiento quirúrgico.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No definición de actividades del personal en entrenamiento.
- Supervisión del personal en entrenamiento.
- Problemas de comunicación en el trasvase de pacientes entre diferentes servicios.

Ambiente

- Alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía, urgencias, UCI, etc.
- Excesiva carga laboral por trabajador en las salas de cirugía.
- (Guía de Práctica Clínica Española para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Programación de turnos mal diseñada, que pueda afectar el ambiente laboral.
- Equipo de salud con sobrecarga laboral.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Sobrecarga de trabajo, muchas horas continuas desarrollando actividades de riesgo.

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

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

49

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía
 - (Ver Anexo 1)
 - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009).
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales
 - (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento que involucre la descripción del procedimiento quirúrgico en términos sencillos.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Aplicación de briefing para todos los procedimientos quirúrgicos.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Confirmación de chequeo cruzado del paciente.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

NATURALES

- Espacios físicos que garanticen posibilidad de comunicación del equipo de salud con el paciente.
 - (1-JOGC-Jan2013-CFG286-ENG-Online)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo.
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo.
 - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diseño de programa de identificación, reporte, seguimiento, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.
- Programación de tiempos quirúrgicos, que incluyan tiempos para aplicación de listas de chequeo y briefing.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Auditoría periódica y sistemática de la calidad y oportunidad del diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación de paciente con código de colores.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Información registrada en la historia clínica, que sea correspondiente al paciente atendido.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diseñar sistema de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales.
 - (9789241598552_eng)
- Listas de chequeo integradas a la historia clínica, con alertas por verificación.

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

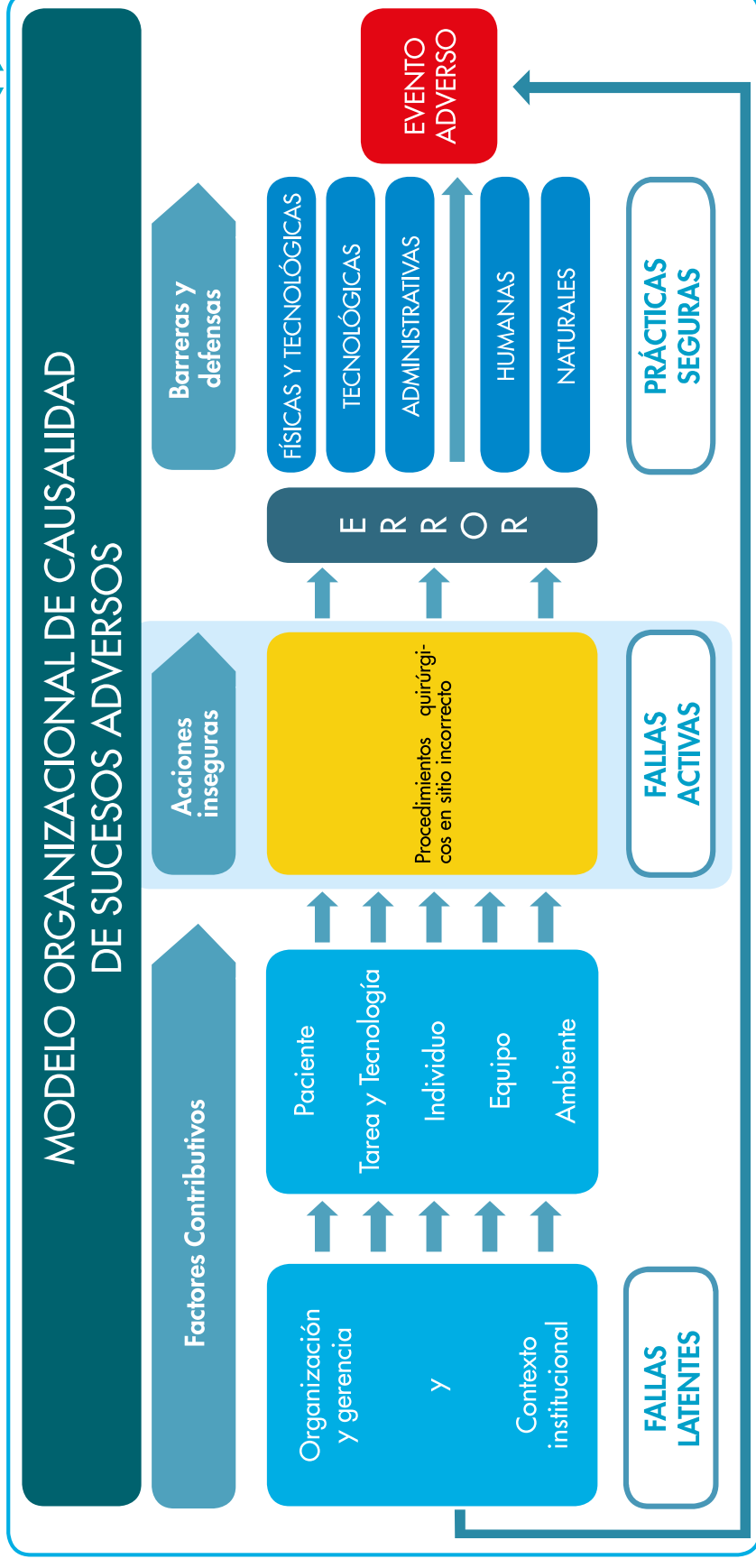
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 2 (regresar al escenario problemático)



50

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

51

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Recursos financieros limitados que impiden la compra de los insumos necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida.
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
- El personal que realiza la atención del paciente y prescribe el procedimiento es diferente al recurso humano que realiza la intervención.

Contexto Institucional

- Autorizaciones de EPS mal diligenciadas.

Individuo

- Cansancio, estrés o desmotivación en el personal asistencial.
- Deficiencia en competencias técnicas y no técnicas del personal asistencial y poco interés de capacitarse.
- Falta de adherencia a los lineamientos establecidos en protocolos y guías institucionales respecto a la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ansiedad por finalizar rápido los procedimientos.
- Bajo compromiso del personal de salud por la seguridad del paciente.
- Exceso de confianza asociado a los años de experiencia de los trabajadores de la salud.
- Aplicación incorrecta de la lista de verificación de seguridad en cirugía. (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Preparación inadecuada del paciente en la fase preoperatoria.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.
- (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009).
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución
- (9789241598552_eng)
- Ausencia de un software adecuado, que contemple la necesidad de registro de datos completos del paciente.
- Exámenes paradiagnósticos no disponibles o deficientes. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Exámenes radiológicos con marcaje incorrecto de la zona a intervenir.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Capacidad de comunicación eficaz comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Nivel educativo limitado del paciente.
- Limitación para entender la explicación dada.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- No entender el concepto de consentimiento informado.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Equipo

- Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades.
- Problemas de comunicación al interior del equipo.
- No se realiza una adecuada entrega de turno médico y de enfermería, ya que a partir de aquí se puede dar una información incorrecta al equipo, que inicie la cadena de errores.
- Deficiencias en las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo.

Ambiente

- Alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Alto volumen de procedimientos de urgencia.
- Sobrecarga laboral propia o generada por la organización.
- Infraestructura sin condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, sonido.
- (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)

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.2 - Barreras y defensas

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

52

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía.
 - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales.
- Presentación del paciente entre profesionales de la salud.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo.
 - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo.
 - (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diseño de programa de identificación, reporte, análisis, seguimiento, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.
 - Ajuste de procedimientos para la presentación de pacientes entre el equipo de salud que programa el paciente y el que realiza la intervención. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diseño de chequeo cruzado en la preparación del paciente con procedimientos en órganos pares, bilaterales o por niveles.
 - (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Desarrollo de programas de auditoría para seguimiento a procedimientos críticos como la aplicación de las listas de chequeo.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Marcación del sitio operatorio.
- Información registrada en la historia clínica del paciente.
- Presencia de ayudas de imágenes diagnósticas en la sala de cirugía.
 - (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Disponibilidad de sistemas de marcado de pacientes en las salas de cirugía
 - (9789241598552_eng)
- Unicidad de glosario de términos en la organización.

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

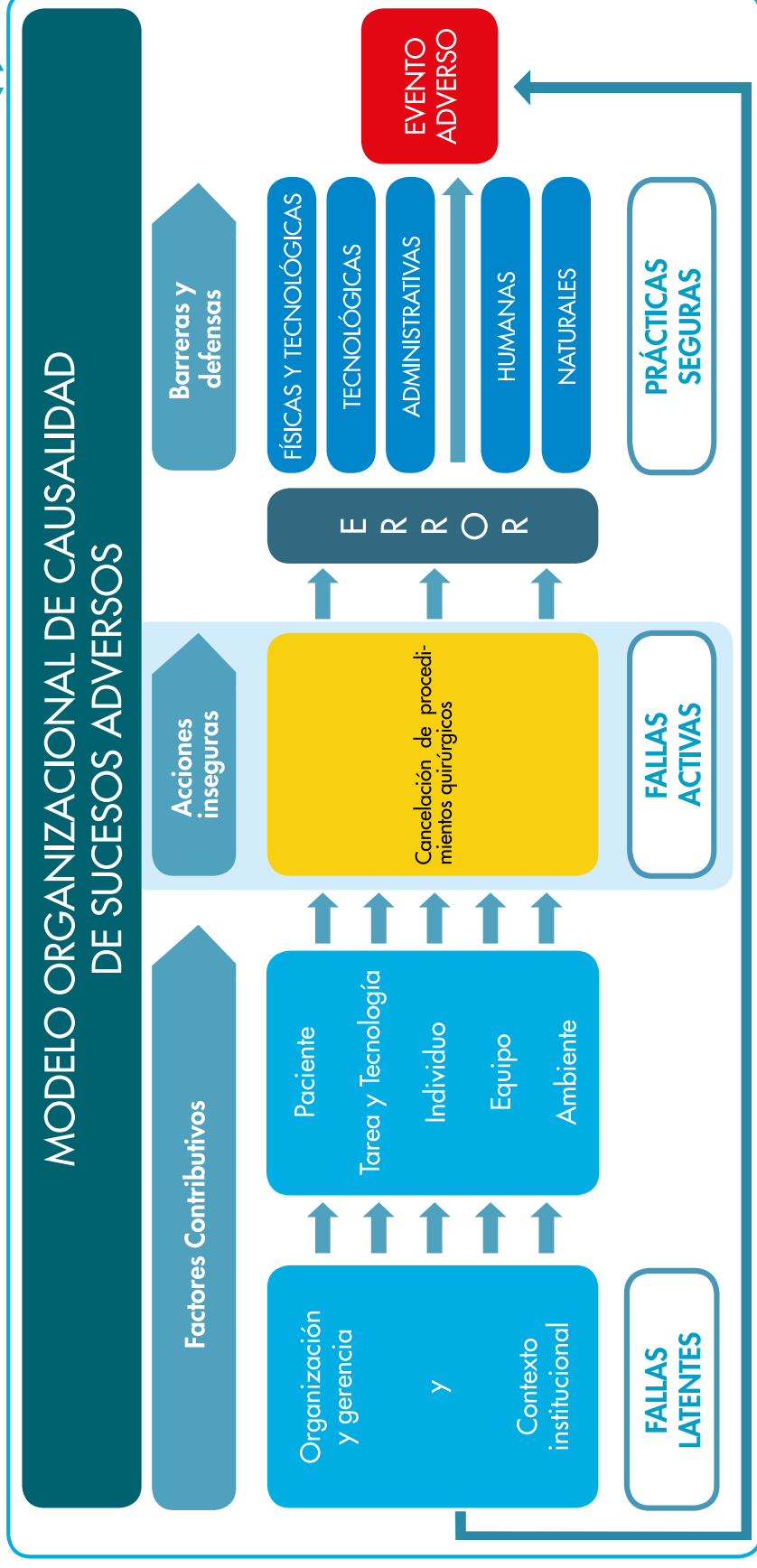
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 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)

Organización y Gerencia

- No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos de apoyo claros y no existe interés por socializarlos o actualizarlos
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Programación de turnos mal diseñada, que pueda afectar el ambiente laboral.
- Recursos financieros limitados que impiden la compra de los insumos necesarios para la atención del paciente.
- Ausencia de una estructura organizacional definida, lo que lleva a sobrecarga laboral o deficiencia de personal con relación a las tareas que se deben cumplir
- Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Problemas en la gestión de autorizaciones, dependencia de red de servicios.

Individuo

- Falta de adherencia del personal a los procedimientos establecidos para la preparación del paciente ante una intervención y a los procesos administrativos de gestión (programación, insumos, traslados).
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Falta de conocimiento acerca del paciente
- Bajo nivel de cultura por la seguridad del paciente.
- No adherencia a los procesos organizacionales.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Tarea y tecnología

- Ausencia de procedimientos relacionados con programación de procedimientos quirúrgicos. (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de capacitación para el manejo de equipos biomédicos.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- No se cuenta o no se han socializado los procedimientos de central de esterilización. (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de aplicación de listas de verificación de equipos, dispositivos médicos para determinar su obsolescencia.
- (3-ASA Publications Anesthesia Machine Obsolescence 20041)
- Falta de planeación de insumos médico-quirúrgicos.
- Instrumental quirúrgico en mal estado. (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de capacitación para el manejo de equipos.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Proceso de planeación quirúrgica no involucra a las partes interesadas.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Falta de un procedimiento de triage quirúrgico.
- Problemas de interdependencia de servicios.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Ausencia de procedimientos para la verificación del estado del paciente previos a la cirugía. (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Falta de verificación de documentos administrativos de soporte (autorizaciones).

Paciente

- No adherencia al tratamiento.
- Incorrecto seguimiento de las instrucciones de preparación para el procedimiento quirúrgico.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Paciente o familia ansiosos, que deciden aplazar o no realizar el procedimiento.
- Paciente no comunica necesidades especiales para el tratamiento.

Equipo

- Entregas de turno con deficiencias de comunicación de eventos importantes o relevantes, que puedan retrasar la programación.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Problemas de comunicación entre el personal que programa la cirugía y el que interviene el paciente. (I-JOGG-Jan2013-CFG286-ENG-Online)
- Problemas de comunicación entre los servicios de intervención y el área quirúrgica.
- (I-JOGG-Jan2013-CFG286-ENG-Online)
- Problemas de comunicación.
- Falta de trabajo en equipo. (I-JOGG-Jan2013-CFG286-ENG-Online)

Ambiente

- Alto volumen de pacientes programados y mal cálculo de tiempos quirúrgicos.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Deterioro del ambiente laboral que lleva a fallas en la comunicación, y puede prolongar los tiempos de ejecución de los procedimientos.
- Salas de procedimientos sin la adecuada disposición ambiental (ventilación o iluminación), o de infraestructura que promueven un quirófano incómodo para el paciente y el personal.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)

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
EXPOSAS

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](#)

55

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía.
- (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Diligenciamiento completo de la historia.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales en cuanto a programación, preparación del paciente, gestión administrativa.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Educación al paciente y su familia respecto del procedimiento quirúrgico.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Educar al paciente y a la familia acerca de la preparación del paciente y de los requerimientos postoperatorios.
- Programas de entrenamiento y educación continuada en salud.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Diligenciamiento completo de la solicitud quirúrgica, incluyendo las necesidades tecnológicas.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

NATURALES

- Generar espacios de comunicación entre el personal de salud, y entre este con el paciente y su familia.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de lista de chequeo. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo, ya que se puede detectar a tiempo una omisión o falla e impedir que se cancele el procedimiento.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Gestión administrativa de los procedimientos de programación, preparación del paciente, suministro de insumos, medicamentos y paquetes de cirugía necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Revisión de la historia clínica por parte del equipo que debe preparar al paciente para el procedimiento.
- Fortalecer el sistema de comunicación con el paciente. (I-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Contar con personal entrenado para la preparación de cirugía. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Articulación de procedimientos entre las dependencias quirúrgicas, área de hospitalización, urgencias, imágenes diagnósticas y atención ambulatoria.
- Diseño de planes de contingencia en casos de cirugía de urgencia y/o prolongación de tiempos quirúrgicos. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Mejorar la contratación del personal asistencial.
- Capacitar al personal de apoyo administrativo para el manejo de situaciones. (9789241598552_eng)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Diseño de sistemas de alerta que permita categorizar los pacientes para cirugía según su estado de salud.
- Desarrollo de un sistema de alerta para insumos críticos de procedimientos.
- (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Desarrollo de un sistema de control de vida útil y requerimientos de insumos y equipos de cirugía. (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Revisión de equipos críticos con tiempo anterior a la cirugía.
- (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)
- Diseño de un sistema de llamado al paciente para recordar preparación.
- Desarrollo de un sistema de recordatorios para pacientes y equipo de salud.

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

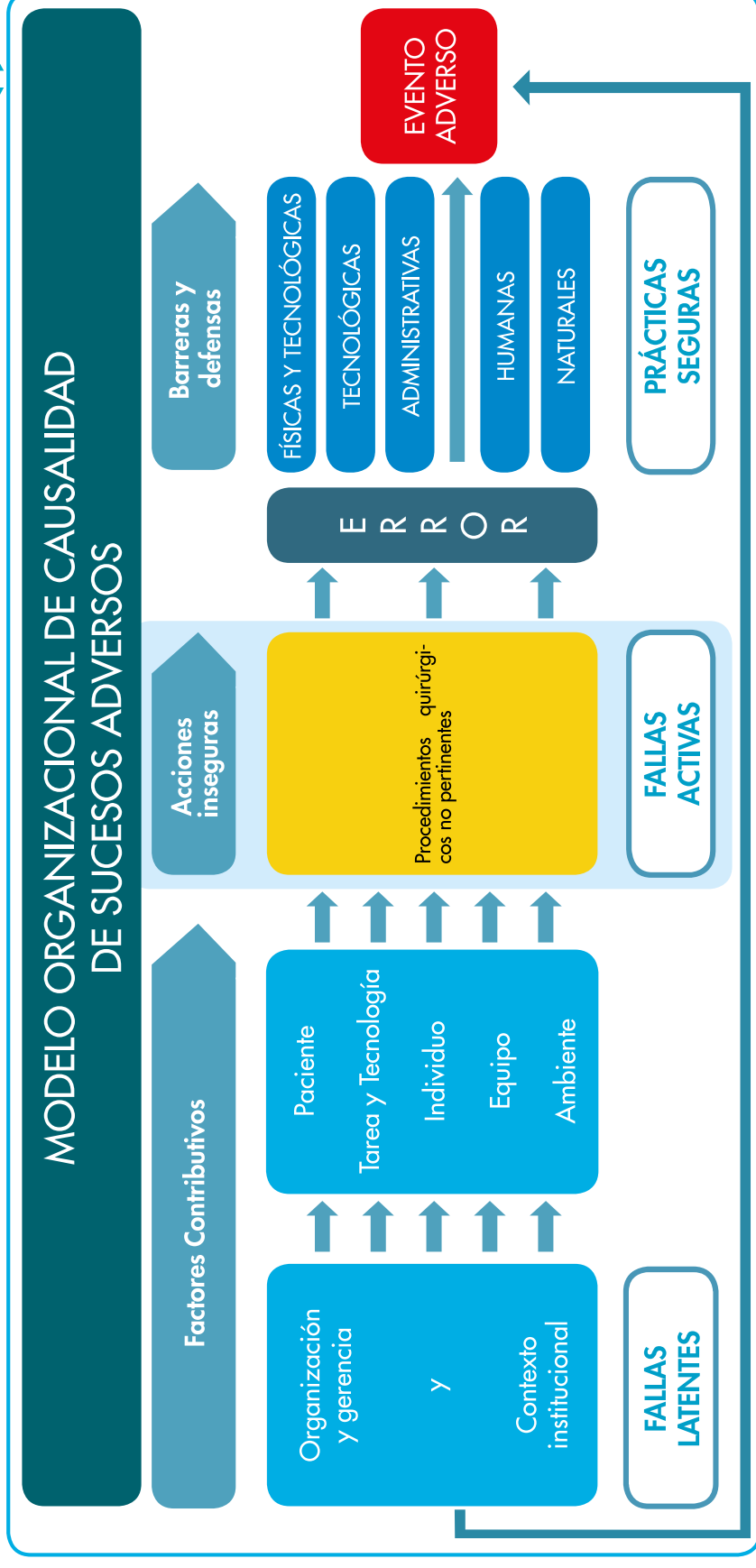
IR A
ANEXOS

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)



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.4 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Sistemas de contratación inadecuada del talento humano.
- Presión administrativa por mejorar los indicadores de productividad.

Contexto Institucional

- Autorizaciones erradas
- Normatividad deficiente (No cobertura del servicio)

Individuo

- Cansancio, estrés laboral que impide la adecuada toma de decisiones.
- Personal médico sin experiencia.
- Personal médico con pocas actualizaciones en su área.
- Bajo nivel cultural en seguridad del paciente.
- Personal de salud que sede a las presiones del paciente para realizar procedimientos innecesarios.
- No someter al paciente a juntas médico-quirúrgicas para definir conductas.
- (2-FINALCheckouDesignguidelines)

Tarea y tecnología

- Ausencia de guías de manejo o se encuentran incompletas o no se han socializado.
- (2-FINALCheckouDesignguidelines)
- Desconocimiento de las guías de práctica clínica por parte del personal asistencial.
- (2-FINALCheckouDesignguidelines)
- No disponibilidad de imágenes diagnósticas.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- No realizar historia clínica completa al paciente.

Paciente

- Deficiente nivel de educación del usuario y su familia, que impiden el entendimiento del o los procedimientos a realizarse.
- (1-IJOGCJan2013-CPG286-ENG-Online)
- Presión del paciente por desconocimiento o variedad.
- Expectativas inadecuadas del paciente.
- (1-IJOGCJan2013-CPG286-ENG-Online)
- Desconfianza y exigencia del paciente.

Equipo

- Coordinación del equipo médico ineficiente.
- No hay disponibilidad de apoyo de un cirujano referente que brinde apoyo en situaciones de difícil decisión.
- Asignación de tareas a personal no capacitado o inexperto (residentes, internos).
- Comunicación deficiente en el equipo de trabajo.
- (1-IJOGCJan2013-CPG286-ENG-Online)

57

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
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

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

58

HUMANAS

- Adherencia a guías de manejo para procedimientos quirúrgicos establecidas.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Información completa y clara al paciente y su familia.
- Diligenciamiento completo de la historia clínica.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Sistemas de educación e información para el paciente y su familia.

ADMINISTRATIVAS

- Actualizaciones continuas al personal médico (cirujano, ayudantes) en manejo de patologías quirúrgicas y no quirúrgicas.
- (1-JOGG-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Ajuste a los sistemas de contratación del talento humano.
- (1-JOGG-Jan2013-CPG286-ENG-Online)
- Ajuste a los procesos de programación del paciente.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Desarrollo de sistemas de auditoría de pares para procedimientos críticos.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Sistemas de auditoría interna concurrente de la IPS.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Desarrollo de herramientas informáticas para explorar las GPC (flujogramas interactivos).
- Parametrización de la historia clínica con las GPC de la organización.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Desarrollo de niveles de toma de decisiones en procedimiento críticos.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Establecimiento de procedimiento de juntas médico-quirúrgicas para las cirugías ambulatorias más frecuentes.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)

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

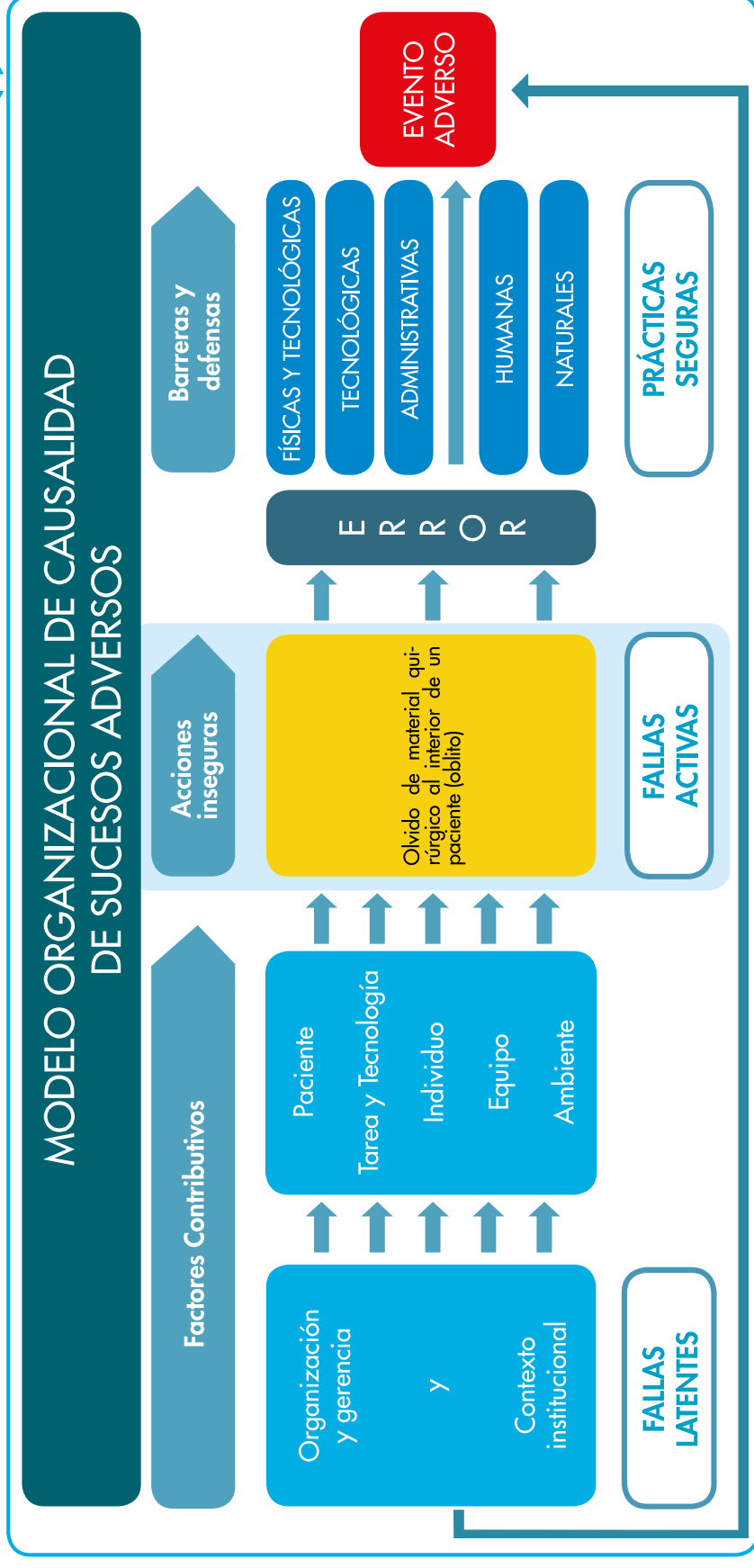
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 5 (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.5 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Cultura organizacional que genera programaciones de cirujías para tiempos muy cortos relacionados con el procedimiento.
- Personal asistencial deficiente en relación con las actividades de cada procedimiento quirúrgico.
- (2-FINAL(CheckoutDesignguidelines))
- Inadecuada contratación del talento humano.

Individuo

- Cansancio, estrés laboral que dificulta la concentración del equipo de cirugía.
- Poca adherencia a los protocolos, procedimientos establecidos.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Personal sin las competencias suficientes para desempeñarse en cirugía.

Equipo

- Ausencia de liderazgo en cada equipo de cirugía, que coordine y supervise las actividades.
- (1-IOGC3Jan2013-CFG286-ENG-Online)
- Deficiente comunicación con el equipo de trabajo.
- Falta de supervisión por personal con mayor capacidad de decisión.

Tarea y tecnología

- Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Ausencia de sistemas de alertas de conteo de material médico-quirúrgico.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Tiempos quirúrgicos prolongados.

Ambiente

- Ambiente laboral deteriorado que se refleja en problemas de comunicación entre los miembros del equipo.
- Sobrecarga laboral por alto volumen de pacientes.
- Falta de iluminación adecuada.

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
MÁRCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

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](#)

61

HUMANAS

- Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.
- (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009)
- Realizar entrenamiento en la aplicación de conteo intraoperatorio.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Capacitación en procedimientos organizacionales de seguridad del paciente.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Adherencia a los procesos organizacionales de seguridad del paciente.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Aplicación de lista de chequeo "Recuento de gases y compresas".
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de listas de chequeo.
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Capacitación a personal sobre la aplicación de listas de chequeo
- (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Programas de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.

NATURALES

- Área quirúrgica con iluminación y ventilación inadecuadas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Diseños de listas de verificación cruzadas en el postoperatorio. (2-FINALCheckoutDesignguidelines)
- Desarrollo de sistema de conteo intraoperatorio para el paciente.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

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

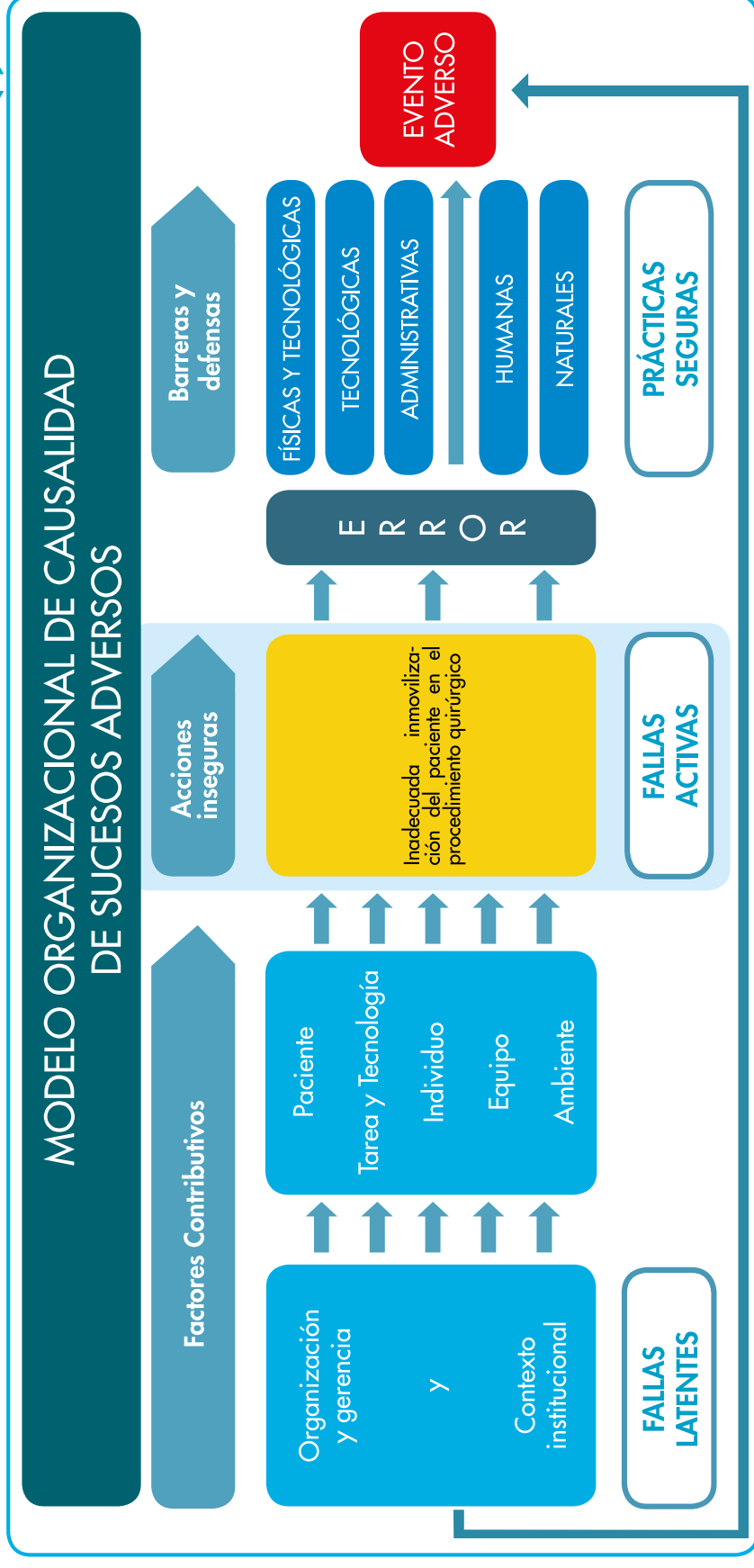
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 6 (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.6 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- No se provee los elementos necesarios para la inmovilización de los pacientes en salas de cirugía.
 - Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

Tarea y tecnología

- Personal encargado no aplica procedimientos correctos
- Paciente mal evaluado según necesidades de inmovilización.
- Valoración inadecuada del estado mental del usuario.
- Camillas en mal estado.
- Falta de explicación del procedimiento al paciente.
- Ausencia de elementos de protección (almohadillas) o inmovilizadores adecuados para procedimientos prolongados.

Paciente

- Paciente con delgadez severa y exposición de prominencias óseas o por el contrario obesidad que requiera una posición e inmovilización especial.
- Paciente con presencia de lesiones en piel.
- Paciente no comprende los procedimientos a realizar.

Equipo

- Falta de supervisión de las actividades de inmovilización y ubicación del paciente.
 - Falta de comunicación con el paciente y con el personal de salud.
- (I-JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online)

Ambiente

- Ambiente laboral deteriorado lo que afecta el trabajo en equipo.
 - Espacio reducido en el quirófano o sala de procedimientos.
 - Falta de iluminación en las áreas de cirugía.
 - Sobrecarga laboral que provoca cansancio y estrés.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
-(5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)

Individuo

- Poca adherencia a protocolos de inmovilización de pacientes establecido.
- Personal asistencial sin las competencias suficientes para desempeñarse en esta área.

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
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](#)

64

HUMANAS

- Conocer los protocolos de inmovilización de paciente en salas de cirugía.
 - (Guía de Práctica Clínica Española para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Realizar entrenamiento en la aplicación de técnicas de inmovilización.
- Identificación de los pacientes con necesidades especiales de inmovilización.
 - Valoración adecuada del paciente con necesidades especiales. (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Identificación del paciente con necesidades especiales.
- Educación al paciente en relación con el procedimiento.

ADMINISTRATIVAS

- Entrenamiento y reentrenamiento del personal en la correcta inmovilización del paciente en el quirófano o procedimientos quirúrgicos.
- Supervisión por enfermería previa al inicio del procedimiento.
 - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Disposición de recursos para la adquisición de elementos de inmovilización.

NATURALES

- Espacios físicos inadecuados, con problemas de ventilación e iluminación.
- Espacio suficiente para la disposición de equipos, personal y paciente en el quirófano.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disposición de las camillas adecuadas del quirófano o sala de procedimientos
 - (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Uso de inmovilizadores y almohadillas en salas de cirugía.
- Diseño protocolo, procedimiento de sujeción/inmovilización para procedimientos de cirugía.
 - (2-FINALCheckourDesignguidelines)

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

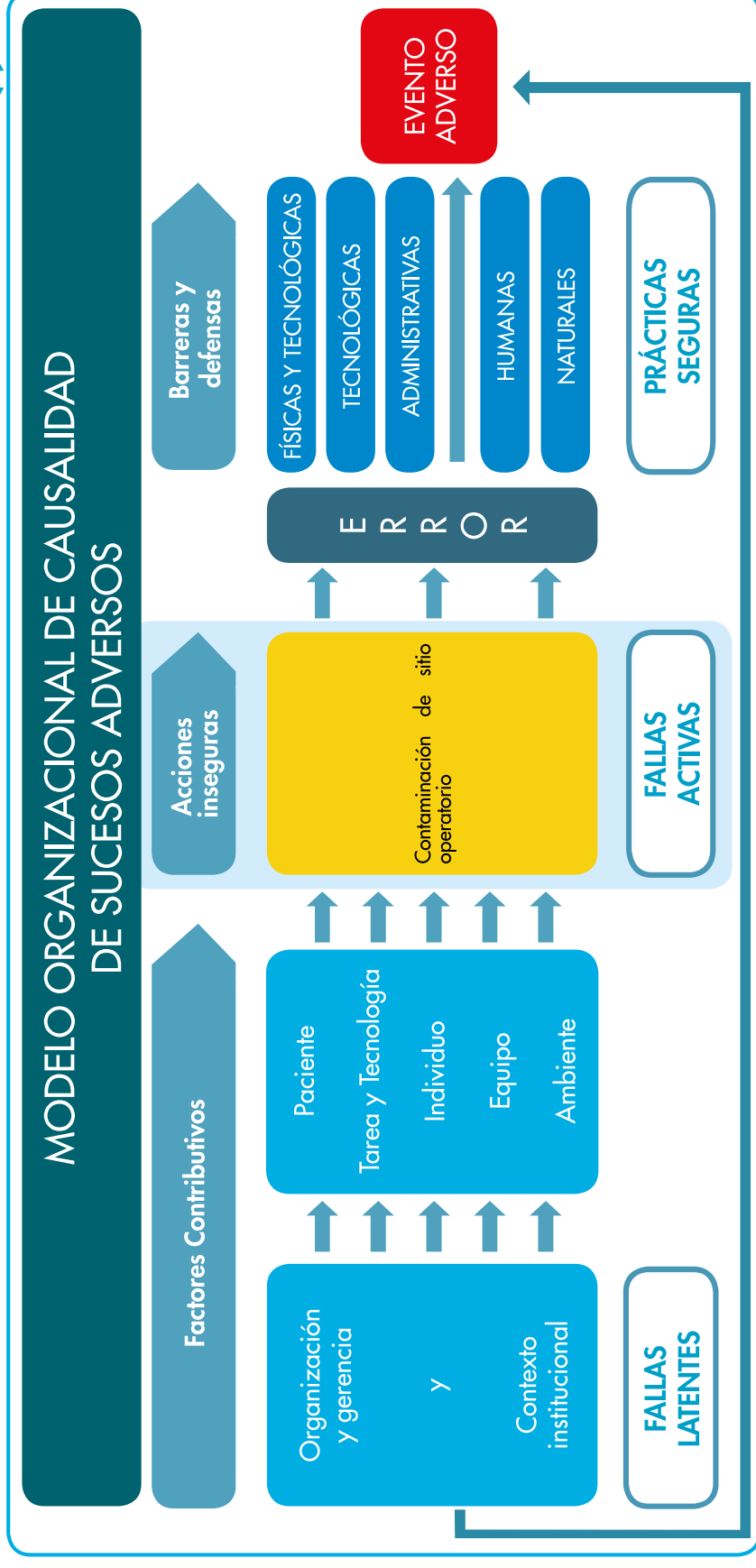
IR A
ANEXOS

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](#))



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)

Falla Activa No.7 - Factores Contributivos

clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7

Organización y Gerencia

- Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
- Insumos insuficientes.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Ausencia de mecanismos de control organizacional.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Recursos financieros limitados que lleva a comprar productos de desinfección no acordes con la práctica basada en la evidencia, o instrumental de mala calidad, o equipos de esterilización deficientes.
- Prioridades institucionales no alineadas con la seguridad del paciente.
- Ausencia de políticas de seguimiento, monitorización y mejoramiento de procedimientos y protocolos de limpieza, desinfección y esterilización en áreas donde se efectúan procedimientos quirúrgicos.
- (1-JOGGJan2013-CPG286-ENG-Online)

Individuo

- Personal sin los conocimientos básicos en técnica estéril y poco compromiso por capacitarse.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Personal con síndrome de los afanes.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Fatiga del personal asistencial.
- Ansiedad por la criticidad del procedimiento.
- Ausencia de verificación de la comprensión de los procedimientos.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)

Tarea y tecnología

- Procedimientos, protocolos de desinfección, esterilización e higiene de manos inexistentes, no disponibles, no socializados o deficientes. (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Falla en los indicadores de condiciones de esterilización.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Falla en los equipos de esterilización.
- Falla en los sistemas de evaluación de la esterilización.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- No se cuenta con protocolos de manejo de profilaxis antibiótica.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Inadecuada desinfección de los espacios en salas de cirugía.
- Aplicación inadecuada de técnicas de asepsia.
- Preparación inadecuada del paciente según el tipo y localización de la cirugía. (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Ausencia de controles organizacionales.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Falta de adherencia al protocolo de higiene de manos.
- No aplicación de las normas de higiene por personal de salud en entrenamiento. (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)

Paciente

- Paciente de edad avanzada o menor de edad.
- Condición clínica que afecta su comportamiento o entendimiento de las instrucciones de cuidado en el intra y postoperatorio y educación acerca de la medicación.
- (2-FINALCheckOutDesignGuidelines)
- Paciente ansioso.
- Paciente que no acata las recomendaciones o no asiste a controles postoperatorios.
- Paciente sin capacidad de entender indicaciones claras.

Equipo

- Falta de supervisión y seguimiento a la adherencia a los procedimientos y protocolos.
- Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo que se puede ver reflejado en la información que se le brinda al paciente.
- (1-JOGGJan2013-CPG286-ENG-Online)

Ambiente

- Sobrecarga laboral.
- Cansancio por sobrecarga laboral que aumenta el riesgo de equivocaciones.
- Ambiente laboral deteriorado: deficiente comunicación.
- (1-JOGGJan2013-CPG286-ENG-Online)
- Infraestructura inadecuada: espacios reducidos, sin las normas de requerimientos de infraestructura mínimas de calidad.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)

FALLAS LATENTES

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
EXPOSAS

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](#)

67

HUMANAS

- Protocolos y procedimientos de desinfección, esterilización y comportamiento en las diferentes áreas de cirugía.
- (2-FINALCheckoutDesignGuidelines)
- Información y educación al usuario para evitar contaminación por realización de movimientos inadecuados.
- (2-FINALCheckoutDesignGuidelines)
- Adherencia a guías y protocolos institucionales adecuados.
- (2-FINALCheckoutDesignGuidelines)
- Entrenamiento en las técnicas de asepsia por todo el personal.
- (2-FINALCheckoutDesignGuidelines)
- Sistemas de recordatorios para el personal sanitario.

NATURALES

- Salas de cirugía con disposición de aire de forma adecuada.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Espacio suficiente para la disposición de equipos, personal y paciente en el quirófano.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Disponibilidad de servicios públicos para la higiene de manos.

ADMINISTRATIVAS

- Supervisión a los procedimientos quirúrgicos.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial y de mantenimiento en la adecuada desinfección de áreas quirúrgicas, esterilización de instrumental y armado de paquetes, etc.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Programas de higiene de manos.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)
- Dotación de elementos adecuados para la asepsia y antiseptia del personal sanitario.
- (Office-Based Surgery 2014 National Patient Safety Goals)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Limpieza y desinfección del servicio quirúrgico.
- Instrumental y ropa esterilizados.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Equipos en adecuado estado de asepsia.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Infraestructura que cuenta con zona asignada para la adecuada higiene de las manos adaptada especialmente para el lavado quirúrgico.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Alertas visuales en salas contaminadas (p. ej. como la luz de radiología).
- Sistemas de identificación del paciente con necesidades especiales.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

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
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

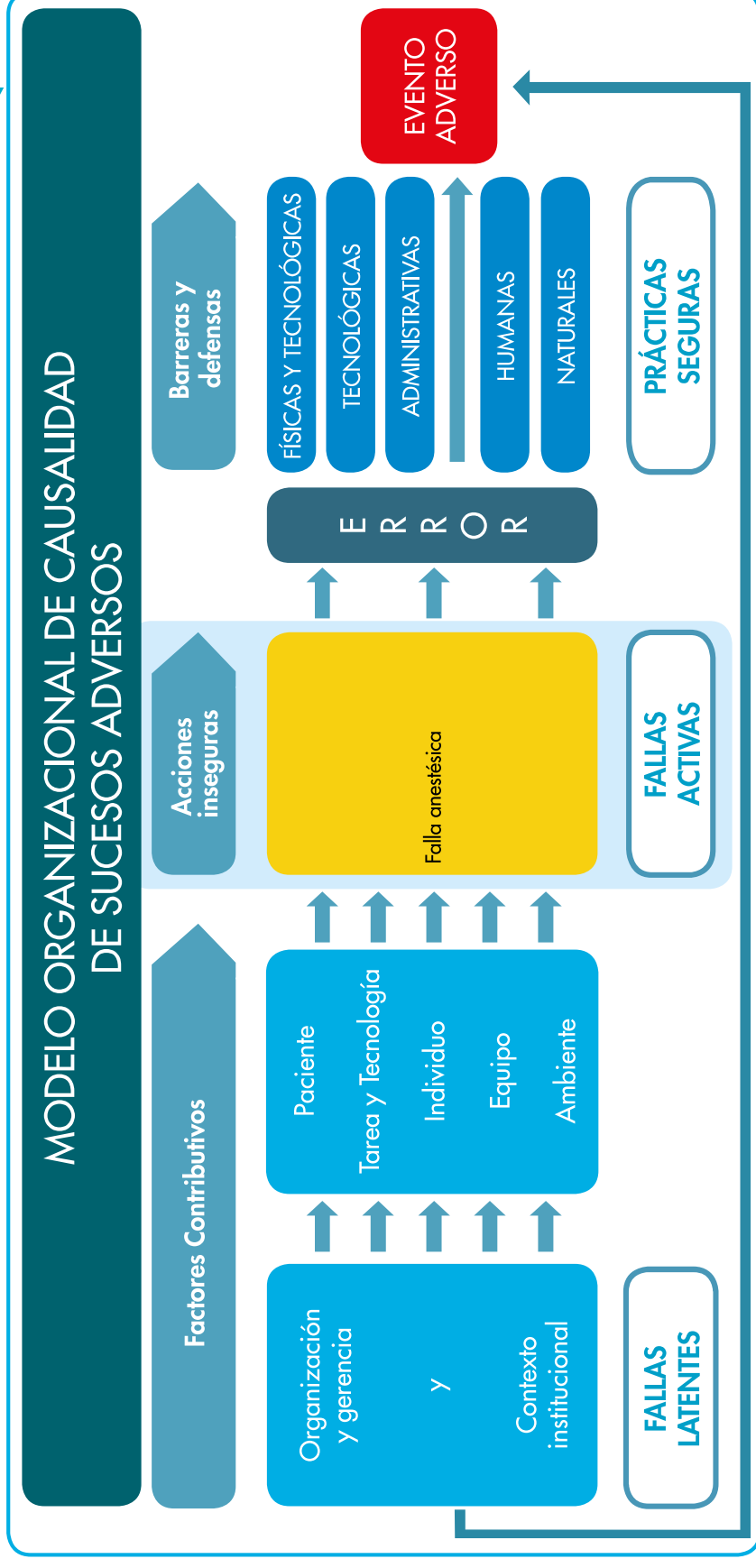
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 8 ([regresar al escenario problemático](#))



68

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

- No se provee los elementos necesarios para la anestesia del paciente.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Falta de planeación del personal necesario para suplir las necesidades del servicio.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Insumos insuficientes.
- (5-NHMSFP-AS-General-Equipment-Supplies)
- Ausencia de mecanismos de control organizacional.
- Prioridades institucionales no alineadas con la seguridad del paciente.
- Plan de mantenimiento de tecnología biomédica inadecuado.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice).
- Falta de personal de mantenimiento permanente en las áreas quirúrgicas.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)

Individuo

- Personal con síndrome de los afanes.
- Fatiga del personal asistencial.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)
- Ansiedad por la criticidad del procedimiento.
- Baja cultura de seguridad del paciente.
- Personal asistencial con exceso de rutinización.
- Verificación inadecuada del estado del paciente.
- (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico)

Tarea y tecnología

- Equipos mal calibrados, sin mantenimiento correctivo, preventivo y predictivo realizados.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Conexión de equipos inadecuada.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Fallas en mangueras y dispositivos de suministro de gases anestésicos y medicinales.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Preparación, conservación inadecuada de medicamentos para uso endovenoso. (Alerta 7 Recomendaciones admin. medicación_v2 N°6)
- Rotulación inadecuada de medicamentos.
- (Alerta 7 Recomendaciones admin. medicación_v2 N°6)
- Equipos con uso superior al establecido en su vida útil.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Falta de verificación del estado de los equipos antes de iniciar los procedimientos.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Evaluación inadecuada del paciente. (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)

Paciente

- Paciente de edad avanzada o menor de edad.
- Paciente con múltiples comorbilidades.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Paciente que no suministra la información completa para la conciliación terapéutica.
- Paciente que no acata las recomendaciones.
- Paciente sin capacidad de entender indicaciones claras.

Equipo

- Falta de supervisión y seguimiento a la adherencia a los procedimientos y protocolos.
- (2-FINALCheckOutDesignguidelines)
- Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo que se puede ver reflejado en la información que se le brinda al paciente.
- (1-IOGC-Jan2013-CFG286-ENG-Online)
- Problemas de liderazgo en el quirófano.
- No vinculación del personal de apoyo de otras profesiones.

Ambiente

- Sobrecarga laboral.
- Cansancio por sobrecarga laboral que aumenta el riesgo de equivocaciones
- Ambiente laboral deteriorado: deficiente comunicación.
- (1-IOGC-Jan2013-CFG286-ENG-Online)

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
EXPOSAS

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](#)

70

HUMANAS

- Adherencia a protocolos de anestesia.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Adherencia a procesos organizacionales.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Capacitación permanente del uso de equipos de monitoreo.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Preparación y conocimiento del paciente previo a la realización del procedimiento.
- (Perioperative protocol. Health care protocol N°2)
- Verificación de los niveles de alarma previos a la cirugía
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Diligenciamiento adecuado de los registros clínicos del paciente.
- Comunicación adecuada con el equipo quirúrgico.
- (1-IOGC-Jan2013-CFG286-ENG-Online)

NATURALES

- Infraestructura con iluminación adecuada.

ADMINISTRATIVAS

- Supervisión a los procedimientos quirúrgicos.
- (2-FINALCheckOutDesignguidelines)
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial y de mantenimiento en el uso de los elementos relacionados con la anestesia.
- (Introducción al programa de mantenimiento de equipos OMS N°1)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Preparación y revisión del sistema de anestesia y monitoreo para cada procedimiento.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Sistemas de alarma en monitores activados, sin posibilidad de silenciar.
- (4-ps54-2013-statement-on-the-minimum-safety-requirements-for-anaesthetic-machines-and-workstations-in-clinical-practice)
- Protocolos de inducción y manejo anestésico de acuerdo con el tipo de procedimiento, edad y comorbilidades del paciente.
- (2-FINALCheckOutDesignguidelines)
- Plan de mantenimiento hospitalario en ejecución y evaluado de forma permanente.
- (3-ASA Publications Anesthesia Machine Obsolescence 2004I)
- Diseño de protocolos de evaluación del paciente.
- (2-FINALCheckOutDesignguidelines)
- Diseño de sistema de entrega de pacientes entre servicios.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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



7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN [\(regresar al escenario problémico\)](#)

7.4.1 Mecanismos de monitoreo

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

7.4.2 Indicadores

Indicadores de medición de impacto de aplicación de Barrera de seguridad

- Proporción de pacientes con procedimiento equivocado o lugar, nivel o lateralidad equivocados.
- Proporción de cirugías no pertinentes.
- Proporción de cirugías programadas canceladas.
- Proporción de pacientes con fallas anestésicas.
- Proporción de pacientes con heridas contaminadas.



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO

DOMINIO
Gerencia de riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR
Número de procedimientos quirúrgicos: en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimientos erróneos e implantes equivocados

DENOMINADOR
Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente

UNIDAD DE MEDICIÓN
Unidad

FACTOR
100%

FÓRMULA DE CÁLCULO
Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PERTINENTE

DOMINIO
Gerencia de riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR
Número de cirugías no pertinentes (determinadas por auditoría)

DENOMINADOR
Total de cirugías realizadas

UNIDAD DE MEDICIÓN
Relación porcentual

FACTOR
100

FÓRMULA DE CÁLCULO
Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA CANCELADA

DOMINIO

Gerencia del riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número total de cirugías programadas canceladas en el período

DENOMINADOR

Número de cirugías programadas en el período

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con el factor

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FALLAS ANESTÉSICAS

DOMINIO

Gerencia del riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes con fallas anestésicas reportadas o detectadas por búsqueda activa de la organización

DENOMINADOR

Número de procedimientos quirúrgicos realizados

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HERIDAS CONTAMINADAS

DOMINIO

Gerencia del riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes con heridas contaminadas reportadas o detectadas por búsqueda activa de la organización

DENOMINADOR

Número de procedimientos quirúrgicos realizados

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor





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.

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

CASO 1

Paciente femenina 46 años, programada para histerectomía por miomatosis uterina, a quien se realiza procedimiento bajo anestesia general, en un tiempo quirúrgico de 90 minutos, monitorizada con signos vitales estables, sin complicaciones.

Luego de recuperación espontánea es trasladada a piso para manejo del postoperatorio. Al día siguiente es valorada por ginecólogo tratante encontrándola estable, ordena deambulación y continuar analgesia.

Horas más tarde la paciente refiere dolor y calor local en el tercio medio del muslo derecho, que al ser valorada por el médico de piso evidencia quemadura de primer grado al parecer por placa de electrobisturí, por lo que se inicia tratamiento con buena evolución, sin secuelas.



INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso el referente realiza entrevista al ginecólogo tratante:

Referente: Doctor, ¿durante la cirugía realizada a la paciente, el electrobisturí generó alguna alarma?

Ginecólogo: No, señor, la cirugía transcurrió con normalidad.

Referente: ¿Se realizaron las revisiones habituales a los equipos de las salas de cirugía?

Ginecólogo: Supongo que sí, aunque el ingeniero renunció por falta de pago la semana pasada; no sé si ya tenga reemplazo.

El referente se dirige al director administrativo y pregunta:

Referente: ¿La institución cuenta con ingeniero biomédico?

Director Administrativo: No, desde hace una semana no tenemos.

Referente: ¿Se está tramitando el reemplazo?

Director Administrativo: Tenemos problemas de cartera con la empresa de mantenimiento; por eso el funcionario renunció. En esas condiciones es muy difícil contratar este recurso.

Referente: ¿Se avisó a la Gerencia?

Director Administrativo: No, en el Comité Mensual analizaremos el presupuesto para revisar cómo priorizamos.



ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia 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: Uso de equipos que estén en condiciones inadecuadas

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Deficiencia en las comunicaciones

Deficiencia en los procesos de supervisión

Inadecuado mantenimiento de los equipos

Sobrecarga Laboral

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Evaluación inadecuada del paciente

Incumplimiento de cronograma de mantenimiento

Revisión de equipos antes del procedimiento

Falta de alerta situacional



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. Teniendo en cuenta el caso anterior, describa las personas que a su criterio deben conformar el Comité de Seguridad (seleccione cuatro participantes), relacione por qué sí o por qué no los invitaría:

INVITADO	SI / NO	RAZÓN
a. Gerente		
b. Subgerente Administrativo		
c. Coordinador de Tecnovigilancia		
d. Coordinador de Enfermería		



e. Coordinador de Salas de Cirugía		
f. Jefe de Presupuesto		
g. Subgerente Científico		
h. Jefe de Control Interno		

2. Para evitar este evento adverso podría haberse adoptado una política de colocar un tiempo de vida útil de los equipos de una forma pronóstica; este control obedecería a una barrera de tipo:
 - a. Administrativa
 - b. Física
 - c. Tecnológica
 - d. Natural

3. El factor contributivo relacionado con la anterior barrera, sería de tipo:
 - a. Tarea y tecnología
 - b. Organización y gerencia
 - c. Equipo de trabajo
 - d. Individuo

4. ¿Qué barrera falló?

5. ¿Qué otras preguntas son relevantes para este caso en la investigación y por qué?

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

CASO 2

Paciente femenina de 40 años, programada para nefrectomía derecha, ingresa a salas de cirugía Número 1, donde la instrumentadora realiza preparación y cubre con campos quirúrgicos a la espera del cirujano, que se encuentra terminando turno en otra institución. El paciente permanece una hora en la sala, hasta el cambio de turno del medio día.

Hacia la 1:00 p.m. ingresa el cirujano, quien inicia colecistectomía abierta, hasta que el anestesiólogo le confirma la patología renal, por lo que inmediatamente suspende el procedimiento y pasa a la sala de cirugía número 2, donde lo esperaba el paciente programado para colecistectomía.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso, el referente realiza entrevista a la instrumentadora preguntando:

Referente: ¿El paciente estaba identificado correctamente?

Instrumentadora: Sí, el paciente contaba con su manilla de identificación.

Referente: ¿Se realizó la pausa quirúrgica antes de realizar el procedimiento?

Instrumentadora: Sí claro, preparé al paciente y el campo quirúrgico para optimizar el tiempo, ya que el cirujano estaba demorado.

Referente: ¿Estuvo presente durante la cirugía?

Médico: No, cambiamos turno al mediodía, por lo que mi compañera quedó encargada.

El referente se dirige al Cirujano y pregunta:

Referente: ¿La cirugía estaba programada para las once de la mañana?

Médico: Sí, tenía la intención de llegar a tiempo, pero estuve de turno de fin de semana en otra institución y se presentó una complicación en la última cirugía, que me demoró.

Referente: ¿Cuántas horas estuvo de turno?

Médico: Estuve 48 horas, que se prolongaron por la urgencia que atendí.

Referente: ¿Realizó la pausa quirúrgica antes de realizar el procedimiento?



Médico: Realmente no; esta lista la revisó la instrumentadora que salió de turno.

Referente: ¿Qué considera que desencadenó el error en el procedimiento?

Médico: Estaba cansado, agitado y no me percaté de que fuera el paciente que tenía programado para la realización de la colestectomía.

El referente se dirige al anestesiólogo y pregunta:

Referente: ¿Estuvo presente en la realización de este procedimiento?

Anestesiólogo: Sí, estuve comunicándome con el cirujano vía telefónica para avisarle que el paciente estaba listo y relajado, tuve que salir a la otra sala por un momento mientras él llegó.

Referente: ¿Usted se da cuenta de la equivocación en el paciente?

Anestesiólogo: Sí, cuando regresé a la sala corroboré los datos y la historia clínica, por lo que avisé al cirujano y se suspendió inmediatamente el procedimiento.

ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia 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:

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FALLA
Falta de adherencia a protocolos	Inoportunidad en la atención
Deficiencias en las comunicaciones	
Deficiencias en los procesos de supervisión	
Sobrecarga Laboral	

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. ¿Qué barrera falló?
2. Clasifique las causas identificadas en el caso en los factores contribuyentes, según la siguiente tabla del protocolo de Londres.

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencias en las comunicaciones	
Deficiencias en los procesos de supervisión	
Sobrecarga Laboral	
Inoportunidad en la atención	
Falta de adherencia a protocolos	

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



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

87



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

Caso 1

1. Teniendo en cuenta este caso anterior, describa las personas que, a su criterio, deben conformar el Comité de Seguridad (seleccione cuatro participantes), relacione por qué si o por qué no los invitaría.

INVITADO	SI / NO	RAZÓN
a. Gerente		
b. Subgerente Administrativo		
c. Coordinador de Tecnovigilancia		
d. Coordinador de Enfermería		
e. Coordinador de Salas de Cirugía		
f. Jefe de Presupuesto		
g. Subgerente Científico		
h. Jefe de Control Interno		



- a. Gerente, Sí. En este caso hubo un error gravísimo de comunicación que contribuyó enormemente con el caso y generó un desabastecimiento importante de un recurso, como lo es el mantenimiento de los equipos. Es importante su presencia para establecer conductas en relación con las políticas institucionales.
- b. Subgerente Administrativo, Sí. Es la persona que toma las decisiones en lo relacionado con el pago de contratistas; por tanto, debió dar parte de la situación con anticipación, analizando la proyección de pagos.
- c. Coordinador de Tecnovigilancia, Sí. Es parte de las actividades que debe hacer y reportar; por tanto, es un actor fundamental en las decisiones que se tomen en el Comité.
- d. Coordinador de Enfermería, NO. En este caso no sería tan necesario, pues no tiene actuación directa dentro del evento adverso.
- e. Coordinador de Salas de Cirugía, Sí. Es parte de sus funciones el desarrollo de los protocolos y la seguridad del paciente en salas; por tanto, debe estar presente.
- f. Jefe de Presupuesto, NO. Aunque de su área dependía el control del gasto y la provisión de aspectos vitales de la IPS, puede estar representado por el Subgerente Administrativo, quien debe articular este y otros temas más.
- g. Subgerente Científico, Sí. A pesar de que en este caso depende más de su subalterno que de la gestión al nivel directivo que puede desarrollar, el Subgerente Científico debe participar siempre según las norma de habilitación.

h. Jefe de Control Interno, NO. En este caso podría estar por haberse puesto en riesgo a la entidad en muchas circunstancias, pero su participación dependerá del Gerente.

2. Para evitar este evento adverso podría haberse adoptado una política de colocar un tiempo de vida útil de los equipos de una forma pronóstica; este control obedecería a una barrera de tipo:

- a. Administrativa
- b. Física
- c. Tecnológica
- d. Natural

Selección Correcta

c. **Tecnológica:** si bien le corresponde a la parte administrativa definir los lineamientos de la organización, es una barrera tecnológica dado que la adopción de políticas para el uso y control de la tecnología hacen parte del ciclo de vida de un elemento tecnológico dentro de la organización.

Selección incorrecta

a. Administrativa: no es administrativa, dado que no hace parte de las actividades de gestión rutinarias de la organización.



- b. No son físicas, pues estas, aunque evitan el fallo de intangibles, no corresponden a la intervención del equipo en sí, sino de la cultura de la organización en su uso.
 - d. Las barreras naturales dependen de las condiciones del ambiente, no de los equipos o la cultura.
3. El factor contributivo relacionado con la anterior barrera, sería de tipo:
- a. Tarea y tecnología
 - b. Organización y gerencia
 - c. Equipo de trabajo
 - d. Individuo

Selección correcta

a. **Por cuanto es una política institucional, relacionada con la gestión de la tecnología en la organización.**

4. ¿Qué barrera falló?

RTA. La verificación del estado de los equipos biomédicos disponibles en las salas de cirugía.



5. ¿Qué otras preguntas son relevantes para este caso en la investigación y por qué?

- ¿Los pagos al personal asistencial son puntuales?
- ¿Las placas de electrobisturí utilizadas son de buena calidad?
- ¿Cuándo se realizó el último mantenimiento a este equipo?
- ¿La paciente firmó consentimiento informado? A y C son correctas.

CASO 2.

¿Qué barrera falló?

RTA. Verificación de la identidad del paciente y procedimiento quirúrgico a realizar.

2. Clasifique las causas identificadas en el caso en los factores contribuyentes según la siguiente tabla del protocolo de Londres.

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencias en las comunicaciones	EQUIPO DE TRABAJO
Deficiencias en los procesos de supervisión	EQUIPO DE TRABAJO
Sobrecarga Laboral	AMBIENTE
Inoportunidad en la atención	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA
Falta de adherencia a protocolos	INDIVIDUO



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

93



MINSALUD



IPS INSTITUTO DE ORTOPEdia INFANTIL ROOSEVELT

Implementación de barreras y controles durante la ruta de atención del paciente desde su programación hasta la realización del procedimiento.

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

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Durante la ruta de atención del paciente se implementan barreras (prácticas seguras) orientadas a controlar factores contribuyentes. Es así como se diseñan e implementan:

- Lista de chequeo de cirugía
- Pedidos conforme a la programación de cirugías
- Recuento de material utilizado durante la cirugía
- Entrada y salida de material de injertos
- Aplicación de consentimientos informados
- Lista de chequeo de preparación de salas
- Evaluación de procedimientos de esterilización
- Lista de chequeo de anestesia
- Lista de chequeo paciente alérgico al látex
- Lista de chequeo de entrega y recibo en salas de cirugía
- Lista de chequeo paciente en recuperación
- Lista de chequeo de paquete quirúrgico
- Lista de chequeo de identificación de procedimiento quirúrgico
- Control de radiológicos de planeamiento quirúrgicos previos.
- Durante la ruta de atención del proceso se aplican listas de chequeo cruzadas relacionadas con cada paso de la atención por los diferentes miembros del equipo de salud



IPS CLÍNICA EL COUNTRY

Evaluación del riesgo del paciente quirúrgico.

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

95

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

Por ser innovadora. Es una estrategia basada en el modelo de gestión del riesgo, es preventiva y favorece la planeación del manejo del paciente quirúrgico.

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

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE





11. CONCLUSIONES

%

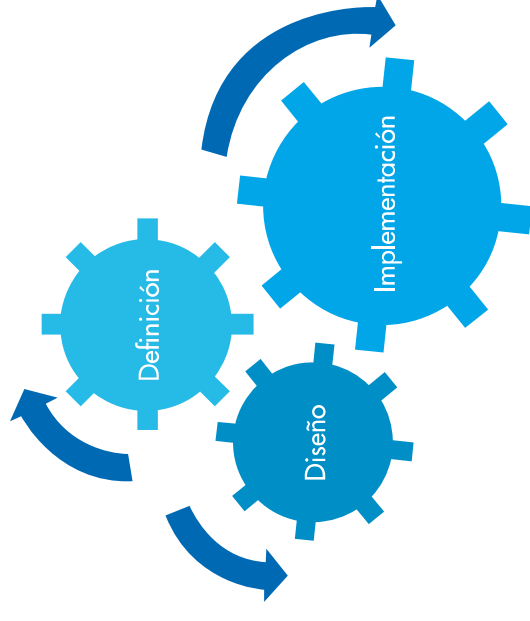


MINSALUD

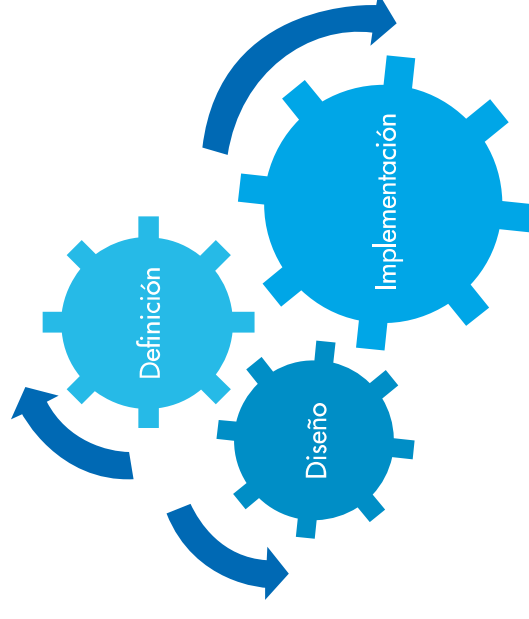
IR AL ÍNDICE



- La seguridad en los procedimientos quirúrgicos no se debe enfocar simplemente en la aplicación de listas de verificación o chequeo; es importante motivar en el personal asistencial y administrativo una cultura de seguridad, que se refleje en todas sus actuaciones en la atención del paciente.
- Es imprescindible, en todas las instituciones que ofrecen servicios de cirugía, contar con programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas de procedimientos quirúrgicos (de alta, media o baja complejidad)



- El compromiso de la organización a nivel gerencial y administrativo es primordial, ya que ellos son quienes toman decisiones estratégicas en el mejoramiento de los servicios, las cuales deben siempre tener en cuenta la seguridad del paciente.
- Los procedimientos quirúrgicos, no se realizan únicamente en los quirófanos de las salas de cirugía; es necesario incluir en la socialización de este paquete instruccional a odontólogos, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas, quienes realizan procedimientos en salas especializadas de baja o mediana complejidad.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 8)

12. ANEXOS

99



MINSALUD



ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1.ª Edición) OMS

[illegible]

ENTRADA	☐ EL PACIENTE HA CONFIRMADO • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO
☐ DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE	
☐ SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA	
☐ PULSÓXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO	
¿TIENE EL PACIENTE: ALERGIAS CONOCIDAS?	☐ NO ☐ SÍ
VÍA AEREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?	☐ NO ☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE
RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?	☐ NO ☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

PAUSA QUIRÚRGICA	☐ CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN
☐ CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO	
PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	☐ EL CIRUJANO REVISAR: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA
☐ EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAR: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO	
☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAR: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS	
¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	☐ SÍ
☐ NO PROCEDE	
¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	☐ SÍ
☐ NO PROCEDE	

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

- ☐ EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
- ☐ QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)
- ☐ EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
- ☐ SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
- ☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

ANEXO 2 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA



ANEXO 3 - **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.

ANEXO 6 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

[\(regresar a Falla Activa\)](#)

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?

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de ervicios 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 apropiar el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entreo otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

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.