

SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PAQUETES INSTRUCCIONALES

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



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

http://www.

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE
LAS PÁGINAS

ESC

PULSE PARA SALIR DEL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+L

PULSE PARA VOLVER AL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+W

PULSE PARA CERRAR LA
VENTANA ACTUAL



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS

Subdirector de Prestación de Servicios



MINSALUD

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANA MILENA MONTES CRUZ

Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

UNIÓN TEMPORAL



DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ
Dirección General del Proyecto

CLAUDIA DEL PILAR AGUDELO
ANA PATRICIA MOLINA WILCHES
Expertos Técnicos



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA
Agradecimiento por su participación



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	16
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	20
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	25
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	27
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Antecedentes	30
7.2 Justificación	37
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	44
7.4 Seguimiento y Monitorización	47
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	47
7.4.2 Indicadores	47
8. APROPIACIÓN	48
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	53
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	55
11. CONCLUSIONES.....	76
12. ANEXOS	78

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



1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE



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:

Enfoque de expertos técnicos: en esta participaron tres actores:

- 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.

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

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

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

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como Medline Y Embase de cada una de las preguntas., prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis, y ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura, por los expertos y epidemiólogos, para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

2. 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.

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

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el Aprendizaje Basado en Problemas, ABP. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de

análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico que le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\)](#).

El informe de 2002 de la Organización Mundial de la Salud con relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”. El error en la atención se define como un fallo en el proceso de atención en salud que claramente se relaciona con un resultado adverso. En 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (EE.UU.) publicó el estudio: “To Err is Human: Building a Safer Health System”, en el que se estima que los “errores médicos” causan entre 44.000 y 98.000 muertes anuales. Además, sugiere que ello genera un costo anual cercano a los 26 billones de dólares americanos y sitúa al error en la atención como una de las causas principales de muerte en ese país. Así, los eventos adversos no sólo constituyen un riesgo para los pacientes, sino que además representan un costo económico adicional para los sistemas de salud. Por otro lado, los errores asistenciales erosionan la confianza de los pacientes

en el sistema, dañando la imagen de las IPS y la reputación de los profesionales, convirtiendo a estos últimos en su “segunda víctima”. El principio hipocrático de *primum non nocere* es siempre prioritario en la práctica de la medicina, pero es evidente que llevado a su máximo y buscando la inocuidad absoluta puede llevar a impedir el logro de metas alcanzables de seguridad, en lo que se ha llamado la paradoja de la seguridad. En su interpretación más literal, este principio provocaría una parálisis operativa, pues obligaría a evitar cualquier acción médica, dado que todas ellas tienen el riesgo de generar algún daño.

Existen diversos tipos de reportes de incidentes publicados en la bibliografía que pueden dividirse de acuerdo al carácter mandatario (voluntario, obligatorio) y de acuerdo al tratamiento de los datos del reportante (confidencial, anónimo, público). Es recomendable que cada institución, o cada unidad, adopte el sistema más adecuado a la cultura y el proceso madurativo de los equipos interdisciplinarios. Los sistemas más recomendados por la bibliografía para instituciones que comienzan a abordar la temática son los voluntarios y anónimos. Es importante comprender que no hay evidencia disponible que asegure que un sistema de reporte voluntario sea la herramienta ideal para la gestión total de los errores. Por el contrario, diversos artículos hacen referencia a que la tasa de los reportes realizados representa entre el 10% y el 25% de lo que realmente ocurre.



Sin embargo se ha observado que estas herramientas poseen una gran utilidad en relación al fortalecimiento de la cultura, llevando a las unidades e instituciones a niveles de proactividad sorprendentes respecto de la detección de incidentes y el compromiso con el cambio y las mejoras implementadas.

Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos y de los incidentes que se producen en los servicios de salud sino conocer su epidemiología y también proporcionan información valiosa sobre los numerosos acontecimientos que llevan a la producción de eventos adversos. Además de cuestiones relacionadas con actitudes y hábitos profesionales, los objetivos de establecer un sistema de notificación de eventos adversos son:

- Aprender de la experiencia ajena.
- Valorar la evolución de los progresos propios en prevención.¹

¹ Recomendaciones Básicas en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Lic. Amanda N. Rubilar. Presidente del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina. Lic. Teresa Rossi. Secretaria del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.



2. OBJETIVO GENERAL

16



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.





3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

18



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Promover el conocimiento sobre la importancia de reportar todos los eventos adversos e incidentes en la UCI.
- Promover la investigación sobre la relación inversa que existe entre el reporte de eventos adversos e incidentes en la UCI y las altas tasas de complicaciones en estos servicios.
- Favorecer y facilitar la implementación de un sistema que permita reportar todos los eventos adversos e incidentes en la UCI.
- Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuales se presentan eventos adversos en incidentes en la UCI, de forma tal que sus procesos de atención puedan mejorarse continuamente.
- Generar una cultura de la notificación voluntaria de los eventos adversos e incidentes en la UCI, no punitiva, que cree confianza entre los responsables de la atención en este servicio.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

20



IR AL ÍNDICE



SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.²

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.³

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁴

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.⁵

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

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

4 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).

5 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica 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)⁶.

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)⁷.

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.

6 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).

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).

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).⁸ 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:** documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laborato-

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).

rio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

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

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.⁹

⁹ Tomado de WHO. Project to Develop the International Patient Safety Event con modificaciones UT Praxxis -UNAD

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante trabajar en el control de sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos?

¿Cuáles son las acciones inseguras (falla activa) más comunes que conllevan al no diligenciamiento del reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos - experiencias exitosas?

¿Cuáles son los factores contributivos más frecuentes que conllevan al no diligenciamiento del reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos?

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



6. METAS DE APRENDIZAJE

27



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición 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, involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.



7. MARCO TEÓRICO

29



IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante trabajar en el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Porque el reporte de eventos adversos en la unidad de cuidado intensivo, UCI, hace parte de los mecanismos de control de calidad de la atención en salud, específicamente en la dimensión de seguridad de paciente, además, dada la complejidad de la atención del paciente crítico, la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, constituye un ámbito de alto riesgo para la aparición de eventos adversos, muchos de ellos evitables. “Un sistema de reporte se refiere a los procesos y tecnología de la información empleados en la estandarización, comunicación, devolución, análisis, aprendizaje, respuesta y diseminación de las lecciones aprendidas a través de los reportes de eventos”.¹⁰

Existe gran heterogeneidad en cuanto a las tasas de reporte de incidentes y eventos adversos en la literatura. En un estudio de 26 hospitales de atención aguda en los Estados Unidos, con sistemas de registro electrónicos, la tasa varió entre nueve y 95 reportes por 1000 días paciente.¹¹ En un estudio multicéntrico en Japón, la tasa me-

10 19. Esandi, M.E. Curso sobre seguridad del paciente. Modulo 2: ¿cómo implementar un sistema de información para la gestión de errores, casi errores, fallas latentes y eventos adversos. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. 2008

11 Milch CE, Salem DN, Pauker SG, et al. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis

dia de reporte por médicos fue de 0,26 y por enfermeros de 9,13 por 1000 días paciente¹². Un estudio australiano reporta tasas entre cuatro y seis reportes por 1000 días paciente¹³ Probablemente existen factores que dan cuenta de la variabilidad reportada entre estudios, como la diferencia en las poblaciones de pacientes, metodología del reporte y definición de los eventos adversos. Sin embargo, los aspectos culturales que afectan al personal de salud son probablemente los que más pesan. En Colombia no hay reportes de la incidencia de reporte en unidades de cuidado intensivo con respecto a incidencia de reporte de eventos adversos en cuidado intensivo, a pesar del interés que ha despertado la reglamentación de los sistemas de calidad en salud en Colombia.¹⁴ La incidencia de eventos adversos en UCI ha reportado alrededor de dos errores por paciente por día, mientras que uno de cada cinco pacientes presentan un evento adverso que se puede traducir en daño para su salud.¹⁵ Con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos que redunden en morbimortalidad, el reporte de los incidentes es de importancia crítica en UCI.¹⁶

of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med.* 2006;21:165-170..

- 12 Fukuda H, Imanaka Y, Hirose M, et al. Impact of system-level activities and reporting design on the number of incident reports for patient safety. *QualSaf Health Care.* 2010;19:122-127.
- 13 Evans SM, Smith BJ, Esterman A, et al. Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *QualSaf Health Care.* 2007;16:169-175.
- 14 11. Decreto 1011 de 2006. Presidencia de la República. Bogotá. 2006.
- 15 Riveros E, Cendales S. Modelos de calidad y mejoramiento continuo en cuidado intensivo: una mirada a Norteamérica y Europa. *Aplicación en Colombia. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2011;11:199-206.
- 16 Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM,

¿Cuáles son las acciones inseguras (falla activa) más comunes que conllevan al no diligenciamiento del reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos? ([regresar al escenario problémico](#))

Pese al interés creciente en relación a la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación. Se pueden observar una gran diversidad de abordajes en las experiencias internacionales y como denominador común una reticencia a la notificación por parte de los profesionales, que se basa especialmente en cuestiones legales y en la falta de confianza respecto a la confidencialidad de los datos.

Los principales obstáculos identificados para la notificación son los siguientes:

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y por qué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.

Katz JT, Czeisler CA, Charles A, Bates DW: The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med 2005, 33:1694-1700.

- La falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición.¹⁷

La potencialidad de cometer errores es inherente a la naturaleza humana y por ende a la práctica de la medicina y ocurre incluso en los sistemas más perfectos. Pero por ello no se puede considerar como una excusa para dejar de buscar la máxima seguridad en la atención en salud. El conjunto de elementos que integran el sistema sanitario debe aspirar a ofrecer unos servicios de máxima calidad, garantizando una atención adecuada y segura en aras del resultado deseado. En los últimos años, la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto y una prioridad de todos los sistemas sanitarios. Uno de los indicadores más importantes de la segu-

¹⁷ SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Equipo de elaboración del informe: Joaquim Bañeres Elisa Cavero Lidia López Carola Orrego Rosa Suñol MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

ridad del paciente es el número de eventos adversos relacionados con la práctica de la medicina. Por este motivo, diferentes organismos han puesto de manifiesto la importancia y magnitud del problema, implantando políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de errores en los sistemas de atención en salud. Así, el Instituto de Medicina de EE.UU. recomienda utilizar herramientas que permitan descubrir, analizar y rediseñar sistemas para eliminar los errores, mejorando la calidad y minimizando los riesgos.

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para fortalecer el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Se recomienda que el hospital fomente la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad. Ello supone el desarrollo de actuaciones¹⁸ como las siguientes: establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores, establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

18 Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med 2008;358;10 (www.nejm.org march 6, 2008). Downloaded from www.nejm.org at BIBLIOTECA VIRTUAL SSPA on January 27, 2009 .

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son los más eficaces para afianzar el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos? ([regresar al escenario problémico](#))

- Realizar reuniones periódicas del equipo de la UCI para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UCI y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.¹⁹

- . Realizar un análisis de riesgos proactivo (Análisis a Modo de Fallo y Efecto, AMFE o similar) de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UCI, con el fin de identificar los posibles riesgos de fallos que puedan existir e implantar medidas preventivas para evitar o mitigar su aparición. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

- Fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas con atención primaria.

- Promover la formación de los profesionales en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

¹⁹ Institute for Healthcare Improvement. Safety Briefings. 2004. [consultado 15/9/2008]. Disponible en:<http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf>

- Actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UCI.²⁰

¿Cómo se implementan prácticas seguras para optimizar el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La gestión del riesgo clínico mejora la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los pacientes, intentando suprimir o mitigar los errores evitables. Los sistemas de registro y notificación voluntarios y anónimos permiten identificar un importante porcentaje de estos eventos adversos, analizar los factores relacionados que contribuyen o limitan, establecer estrategias preventivas, permitiendo gestionar el riesgo y reducir potencialmente con todo ello la aparición y las consecuencias de los eventos adversos evitables. Iniciativas como el ICU Safety Reporting System (Sistema de Reporte de Seguridad en la unidad de cuidados intensivos, ICUSRS), que utiliza una base de datos web como sistema de registro e incluye notificaciones de diferentes hospitales, favorecen la cultura de la seguridad y del riesgo, imprescindible en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes críticos.

²⁰ UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTÁNDARES Y RECOMENDACIONES © MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid. NIPO EN LINEA: 840-10-098-6 . 2010

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

7.2 JUSTIFICACIÓN

Eventos adversos en las unidades de cuidados Intensivos.

La complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones entre el paciente y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de muchos fármacos, la mayoría de ellos intravenosos, el estrés y la fatiga y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales hace, entre otros, que los pacientes en las UCI se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran eventos adversos. Las teorías del error desarrolladas en la industria aeronáutica y otras industrias de alto riesgo sugieren que los errores tienen mayor probabilidad de ocurrir en los sistemas más complejos, como por ejemplo una UCI.

Algunos estudios ponen de manifiesto que los eventos adversos y los incidentes son frecuentes en las UCI, con incidencias entre el uno y el 32% según las series y la metodología empleada. Prácticamente todos los pacientes críticos estarían expuestos a sufrir un error, estos ocurrirían dos veces al día por paciente y uno de cada cinco pacientes de la UCI podría sufrir un evento adverso grave.

Extrapolando los datos de un promedio de 178 actividades diarias por paciente y una incidencia de eventos adversos del 1%, se considera que en EE.UU. ocurrirían aproximadamente 25.000 errores diarios potencialmente graves en pacientes críticos. Además, el riesgo de aparición de un evento adverso ha demostrado ser aditivo, incrementándose el riesgo de un segundo evento adverso del 16 al 30%.

Pero los eventos adversos no sólo ocurren con frecuencia en los pacientes que ingresan a la UCI, sino que en ocasiones constituyen el motivo de ingreso. Así, Lehmann y colaboradores estiman que el 1,2% de los ingresos en los UCI fueron debidos a un evento adverso, considerándose evitables el 34% de ellos. Sólo en contadas ocasiones se documentó la información del evento a la familia o al paciente.

Los sistemas de registro y notificación voluntarios y anónimos permiten identificar un importante porcentaje de eventos adversos e incidentes en pacientes críticos, reduciendo potencialmente su aparición y sus consecuencias, al analizarlos y establecer acciones correctivas y preventivas. Un estudio reciente, utilizando este sistema de reporte, estima una incidencia de eventos adversos del 31,9 por 100 ingresos o de 89,3 eventos adversos por 1.000 días de estancia en UCI.

Dada la importancia y repercusión de los eventos adversos en los pacientes críticos, las UCI son un lugar adecuado para poner en marcha sistemas que permitan la detección y el registro, así como medidas encaminadas a prevenir o minimizar la aparición de errores que puedan ocasionar eventos adversos. A pesar de la dificultad evidente de evaluar el ejercicio de la Medicina Intensiva, sin duda, quienes mejor pueden hacerlo, son los profesionales directamente implicados.

Uno de los primeros antecedentes de sistemas de notificación y registro de eventos adversos en los pacientes críticos ha sido el Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care Units, AIMS-ICU, que se basa en la notificación de aquellos incidentes

que ponen en riesgo la seguridad del pacientes, desde una visión enfocada al equipo y al sistema. Analiza los eventos adversos, cuándo y cómo se han producido, cómo se han detectado y qué factores han influido en su aparición o han limitado sus consecuencias.

Este sistema ha permitido valorar la magnitud e importancia de los eventos adversos en las UCI, analizando aspectos concretos tales como los eventos adversos relacionados con la vía aérea o los ocurridos durante los traslados intrahospitalarios. Con la misma filosofía y un diseño similar, la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos, en colaboración con otras entidades como la

AHRQ, ha desarrollado el sistema ICU Safety Reporting System, ICUSRS. Este último proyecto incluye a más de 30 UCI, tanto de adultos como pediátricas, y utiliza una página web para la notificación voluntaria y anónima de eventos adversos en pacientes críticos, permitiendo la comparación de resultados entre los diferentes centros de atención. El ICUSRS se basa más en una aproximación a los factores relacionados con el sistema, es decir, las condiciones bajo las cuales se trabaja, que en factores personales en los cuales suele considerarse al individuo como el responsable del evento. Analiza dos tipos de factores: aquellos factores que contribuyen o favorecen la aparición del evento y aquellos factores que minimizan o reducen el impacto negativo del evento, llamados factores limitantes.

A su vez subdivide a los dos tipos de factores en siete categorías que incluirían: factores relacionados con el paciente, con el prestador, con el equipo, con el entrenamiento, con las tareas, con la gestión y organizativos. Needham y colaboradores analizaron los eventos adversos ocurridos a 841 enfermos y notificados a través del ICUSRS durante el periodo de un año. El estudio valoraba los factores que favorecían y limitaban la aparición de eventos adversos relacionados con la vía aérea frente a otro tipo de eventos adversos. Se notificaron 78 eventos adversos relacionados con la vía aérea y 763 no relacionados.

La mayoría de los eventos adversos se clasificaron en relación con la anatomía de la vía aérea del enfermo y el tubo endotraqueal (50%), seguido de los relacionados con la extubación (21%), la autoextubación (14%) y otros (15%). El 13% ocurrió en las dos primeras horas de ingreso a la UCI, lo que concuerda con estudios previos y enfatiza la importancia del tratamiento precoz y adecuado en el enfermo crítico.

Aunque no es extrapolable a nuestro ámbito por el modelo organizativo de las UCI, un estudio reciente demuestra que la valoración precoz, es decir, menor de seis horas, por parte del médico especialista de la UCI al ingreso del paciente al servicio, se relaciona con una menor mortalidad, incrementándose el riesgo de muerte en un 1,6% por cada hora de retraso. El responsable de la notificación del acontecimiento fue el supervisor en el 41% de los casos, la enfermera, en el 21%, y el médico en el

13%. Otros autores ponen de manifiesto que las profesionales de enfermería y los médicos en formación están más abiertos a la utilización de los sistemas de registro y notificación de eventos adversos que los médicos responsables directos de la atención del paciente; más de la mitad de los eventos adversos se consideró evitable. El 20% de los caso se relacionó con lesión o daño al paciente, prolongación de la estancia hospitalaria e insatisfacción familiar; un paciente murió en relación con un evento adverso. Los factores asociados con este tipo de eventos adversos fueron la comorbilidad, es decir, las condiciones médicas del paciente y la edad del paciente en caso de ser menor de un año.

Los factores que limitaron su aparición se relacionaron con factores tales como la asistencia por un equipo de UCI cualificado y una supervisión adecuada del proceso. Este estudio, sin embargo, no permite analizar los factores condicionantes que ponen al paciente en situación de riesgo al no incluir los pacientes en los que no se produjeron eventos adversos. El estudio concluye que un número significativo de pacientes críticos se ven perjudicados por incidentes evitables y no intencionados relacionados con la vía aérea.

El análisis de los factores relacionados con este tipo de incidentes sugiere que los esfuerzos para prevenirlos deberían focalizarse en los pacientes de alto riesgo, es decir, los pacientes pediátricos y aquellos con mayor complejidad médica. Otros autores han relacionado previamente los eventos adversos con la gravedad del



paciente y con poblaciones pediátricas. Además, los factores relacionados con el entrenamiento y la atención por parte de profesionales con las competencias necesarias para el cuidado del paciente crítico, podrían reducir el impacto de estos eventos adversos.

Estudios recientes demuestran la importancia y la repercusión de factores organizativos y personales sobre la seguridad y resultados de los pacientes críticos. Otros autores ponen de manifiesto la importancia de los errores por omisión (no seguimiento de la evidencia científica) en el ámbito de la Medicina Intensiva, al estimar el número de muertes evitables por la no realización de intervenciones que han demostrado disminuir la mortalidad de los pacientes críticos.

Diferentes medidas han demostrado ser efectivas en la reducción de la aparición de eventos adversos en las UCI, tales como la incorporación de un químico farmacéutico en el equipo, el concepto de unidades cerradas coordinadas por médico intensivista o la historia clínica electrónica, entre otras. Finalmente, el estudio demuestra que los sistemas de registro y notificación voluntarios y anónimos de eventos adversos son viables y ofrecen información útil sobre la naturaleza de los mismos, e identifican los factores que contribuyen y los que limitan su aparición.

Aunque el estudio analizado pone de manifiesto la baja notificación de eventos adversos, dado el escaso número de eventos notificados por 18 UCI en el período de un año, la validación del ICUSRS mediante la revisión de datos administrativos, observación directa o revisión de historias clínicas permitiría estimar el número de eventos adversos e incidentes no reportados.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, consciente de la necesidad de disponer de herramientas que permitan mejorar la calidad y seguridad del paciente crítico, ha llevado a cabo en los últimos años proyectos tales como el desarrollo del mapa de competencias de sus profesionales, los estándares de acreditación y la elaboración de indicadores de calidad del paciente crítico.

Con relación a este último, cabe destacar que muchos de estos indicadores, relacionados con la seguridad del paciente, facilitan el reconocimiento y permiten identificar muchas de las condiciones latentes y eventos adversos, tanto por comisión como por omisión, que puede ocurrir en las UCI. Además, pueden identificar las causas y factores responsables, mediante el registro de los mismos, la comparación de resultados y el desarrollo de estrategias encaminadas a disminuir el riesgo y mejorar la calidad en la atención de los pacientes críticos.

En cualquier caso, a corto plazo y en nuestro ámbito, es recomendable que los profesionales del paciente crítico atiendan e incorporen en su cultura los conceptos que se han tratado de introducir en este marco teórico.

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados y con el fin de mejorar el reporte de eventos adversos en UCI a continuación se presentan las principales fallas y las prácticas seguras.

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

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



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

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

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Ausencia de objetivos específicos claros cuando se implantan sistemas de reporte.
 - Dificultad para definir con claridad el alcance del sistema de reporte.
 - Falta de transparencia de las autoridades sanitarias con respecto a la gestión de información.
 - No hay estímulos adecuados y suficientes para lograr un nivel de implicación suficiente.
 - Necesidades de financiación para afrontar los costos de su implantación.
 - Decisión política de llevarlo a cabo que puede resultar cuestionable entre los profesionales.
 - Ausencia de una cultura de seguridad que desaconseja poner en marcha sistema de reporte.
 - Falta de implicación de los líderes de las instituciones sanitarias.
 - Desconocimiento por parte de los directivos de los temas de seguridad del paciente.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013
- Cultura que genera el reporte, falta de cultura de seguridad.
 - Posibilidad de una acción jurídica o fiscalizadora con ánimo punitivo a partir de la información del sistema de reporte.

Contexto Institucional

- Legislaciones que no generan un marco de confianza entre los profesionales.
 - Realidades distintas y sistemas diversos en cada región.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013

Individuo

- No aceptación de un sistema de reporte entre los profesionales.
 - Desinterés entre los profesionales a la hora de reportar.
 - Clasificación de los eventos adversos como complicaciones y no como fallas en la atención en salud.
 - Carencias en competencias cognitivas entre los profesionales para reconocer eventos adversos/incidentes.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013.
- No lograr una implicación suficiente entre los profesionales: **infraregistro.**
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013

Equipo

- Escasa retroalimentación de los resultados a los profesionales.
- Limitada información entre los profesionales sobre qué notificar.
- Comunicación de resultados deficientes que limite la confianza en el sistema de reporte.
- Falta de implicación de los líderes de las instituciones sanitarias.

Paciente

- Paciente con múltiples patologías y polimedicado.

Tarea y tecnología

- No lograr un sistema informático amigable.
 - Posibilidad que el sobregistro de un determinado tipo de evento adverso genere una impresión equívoca de la realidad del servicio.
 - Carencias en estructura de personal encargado de analizar la información recogida.
 - Dificultades de terminología, uso de diversas taxonomías.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C.: OPS, 2013
- Ausencia de una metodología claramente definida para analizar la información recogida en los sistemas de reporte.

Ambiente

- Temor entre los profesionales a que la notificación se vuelva en su contra.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Concientización de los funcionarios acerca de la responsabilidad ante la atención del paciente.

- Riveros E, Cendales S. Modelos de calidad y mejoramiento continuo en cuidado intensivo: una mirada a Norteamérica y Europa. Aplicación en Colombia. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.2011;11:199-206.

- Análisis por expertos: los informes en lo posible deben ser evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.

- Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

- Equipo de elaboración del informe: Joaquim Bañeres, Elisa Cavero, Lidia López, Carola Orrego, Rosa Suñol Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica. Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid.

TECNOLÓGICAS

- Selección adecuada del sistema de reporte de fallas a ser utilizado, según los objetivos y las necesidades de la institución (un sistema suficientemente flexible y autónomo)

- Sistemas de reporte de fallas que respeten la confidencialidad de la información y el anonimato del informante, que deben basarse en la voluntariedad.

- Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

- Equipo de elaboración del informe: Joaquim Bañeres, Elisa Cavero, Lidia López, Carola Orrego, Rosa Suñol Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica. Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid.

ADMINISTRATIVAS

- Implementación de la política de estímulo al reporte y castigo al no reporte, (hacer reforzamiento positivo de las conductas del personal en el reporte)

- Riveros E, Cendales S. Modelos de calidad y mejoramiento continuo en cuidado intensivo: una mirada a Norteamérica y Europa. Aplicación en Colombia. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.2011;11:199-206.

- Proporcionar feedback de los resultados del análisis.

- Reforzamiento de la socialización y conocimiento de los procesos, guías, manuales y procedimientos de la unidad y de la institución.

- Educación continua con énfasis en cultura de seguridad.

- El manejo del entorno legal direccionado hacia la protección de la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos, además de tener claro el concepto de que el EA no está sujeto a sanción o castigo.

- Propiciar un marco legal no punitivo que favorezca el reporte.

- Definir con suficiente claridad qué, quién y cómo reportar y en qué forma llevar a cabo la retroalimentación de la información.

- Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

- Equipo de elaboración del informe: Joaquim Bañeres, Elisa Cavero, Lidia López, Carola Orrego, Rosa Suñol Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica. Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid.

- Garantizar a los profesionales que realicen las notificaciones, seguridad, confidencialidad y protección de los datos.

- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C. : OPS, 2013.

FÍSICAS

- Contar con una terminología y taxonomía de incidentes para la seguridad de los pacientes común y compartida. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

- Equipo de elaboración del informe: Joaquim Bañeres, Elisa Cavero, Lidia López, Carola Orrego, Rosa Suñol Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica. Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid.

PRÁCTICAS SEGURAS

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



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 [“Monitoreo de aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

7.4.2 Indicadores

Indicador de práctica segura.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS UCI.²⁰

DOMINIO

Gestión del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de enfermos con registro completo de eventos adversos.

DENOMINADOR

Número de enfermos revisados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de enfermos con registro completo de eventos adversos} \times 100}{\text{Número de enfermos revisados (selección aleatoria de pacientes)}}$$

20 Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. 2005



8. APROPIACIÓN

48



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Paciente gestante de 30 años, con 5 hijos, ama de casa, sin control prenatal. Parto atendido en casa, ingresa al servicio de urgencias pálida, diaforética, con abundante sangrado vaginal, TA: 90/50, FC: 120 por minuto, Hemoglobina: 6 gr/dl. Es llevada a cirugía de urgencia para realización de histerectomía, se solicitan unidades de sangre, sin disponibilidad de hemoderivados en la institución compatibles con el tipo de sangre del paciente, se remite a Unidad de Cuidado Intensivo en donde se estabiliza y se da de alta 7 días después.

INVESTIGACIÓN:

Mediante búsqueda activa, se identifica el caso en el servicio de ginecología por lo que se decide iniciar la investigación con la revisión de la historia clínica y entrevistas a los profesionales tratantes interrogando:

Referente: ¿cuál fue el diagnóstico de ingreso de la paciente?

Ginecólogo tratante: la paciente ingresa posterior a parto domiciliario con atonía uterina y sangrado profuso, por lo que se llevó a cirugía urgente.

Referente: ¿se realizó la transfusión ordenada?

Ginecólogo: no. El laboratorio tenía desabastecimiento, no tenía stock de unidades de sangre, por lo que inicie trámite de remisión urgente.

A continuación el referente de seguridad realiza entrevista a la bacterióloga:

Referente: ¿el laboratorio cuenta con servicio transfusional?

Bacterióloga: sí, pero hemos presentado desabastecimiento

Referente: ¿a que se debe el desabastecimiento?

Bacterióloga: la institución no ha solucionado el contrato con el banco de sangre, creo que tienen problemas de cartera atrasada.

Referente: ¿este inconveniente lo sabe el director administrativo?

Bacterióloga: la coordinadora de laboratorio lo expreso en un comité administrativo.

El referente se dirige a la coordinación administrativa, para entrevistar al encargado de contratación:

Referente: ¿el contrato con el banco de sangre se encuentra activo?

Coordinador de contratación: no, nadie me había informado que fuera tan urgente, tenemos una cartera vencida que no se ha podido subsanar, está programado el pago para el siguiente mes.

ANÁLISIS:

Para este caso en particular, aparte de los miembros permanentes, fue invitada la bacterióloga.

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: Omisión de la aplicación de los hemoderivados requeridos.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Urgencia vital por atonía uterina y sangrado profuso, requirió cirugía urgente.
TA: 90/50, FC: 120 por minuto, Hemoglobina: 6 gr/dl.

Desabastecimiento, ausencia del stock de unidades de sangre.

Deficiente comunicación.

Cartera atrasada con el banco de sangre.
Inexistencia de contrato para proveer sangre y componentes.

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

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

1. ¿Este caso es un evento o es incidente?
2. ¿Qué otras personas deben ser invitadas al comité?
3. Clasifique las causas indentificadas en la investigación según el factor contributivo al que esta relacionada.

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



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

53





MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Pregunta No 1.

Es un evento adverso, por aumento de la gravedad de la enfermedad y remisión a UCI; larga estancia.

Pregunta No 2.

Profesional que atendió el paciente en UCI.

Pregunta No 3.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente.

Urgencia vital por atonía uterina y sangrado profuso, requirió cirugía urgente.
TA: 90/50, FC: 120 por minuto, Hemoglobina: 6 gr/dl.

Tarea y tecnología

Desabastecimiento, ausencia del stock de unidades de sangre.

Equipo de trabajo

Deficiente comunicación.

Organización y gerencia

Cartera atrasada con el banco de sangre.

Inexistencia de contrato para proveer sangre y componentes.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

55



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Desarrollo del sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos – SRSUCI

- Antecedentes

El SRSUCI fue desarrollado por un equipo de investigadores médicos y de salud pública de la Universidad Johns Hopkins, como parte de un proyecto piloto financiado por la AHRQ. A través de una asociación con la Sociedad de Medicina

Crítica, 30 UCI en EE.UU. fueron identificadas y reclutadas para participar en el proyecto SRSUCI. El objetivo era reclutar a hospitales en diferentes zonas geográficas que estuviesen dispuestos a participar mediante el reporte y en hacer esfuerzos para el mejoramiento, más que obtener una muestra representativa de los hospitales o de las UCI.

Entre los participantes se incluyeron UCI, tanto de adultos como pediátricas, así como quirúrgicas, médicas, de trauma y de servicios de cardiología. Se creó un equipo de trabajo en cada UCI, incluyendo al director de la UCI u otras personas que atendieran la UCI (investigador principal), la jefe de enfermería (coinvestigador), una docente de enfermería y un administrador del riesgo.

- Problemas de implementación.

En un esfuerzo por abordar el problema del subregistro y desarrollar un sistema que el personal de la UCI usara más a menudo, se han tenido que eliminar tantos obstáculos a la información como fuera posible. La primera decisión de los investigadores

fue utilizar la información en medio magnético en lugar de papel o formularios escaneables. El uso de computadoras y tecnología de la web en la atención en salud es cada vez mayor, especialmente en aquellos hospitales donde se ha instalado una terminal de cómputo al lado de la cama.

Los investigadores consideraron que un formato electrónico sería más eficiente y rentable que el papel o los formularios escaneados, ya que se suprimirían los documentos perdidos, la letra ilegible, la doble entrada de datos (del papel a la base de datos) y algunas de las causas de los errores en la entrada de datos. Se eligió una interfaz basada en web, lo que podría ser accesible desde cualquier ordenador con acceso a Internet, ya sea en el lugar de trabajo, en casa o en la carretera. Para ayudar a cambiar la cultura de la culpa y que el personal redujera la reticencia a reportar los eventos adversos, el SRSUCI se diseñó voluntario, anónimo y confidencial.

Aunque prácticamente todas las instituciones de salud tienen algún mecanismo en el hospital para la comunicación de eventos adversos, por lo general estos sistemas son obligatorios, no son anónimos, se centran en la culpa de los individuos y como resultado sufren de un grave subregistro. Decidir sobre la cantidad de información que podría brindar el prestador sin violar la confidencialidad del paciente era otro problema. No se piden los nombres y se evita la recopilación de datos que pudieran identificar a los pacientes, a los prestadores o a las unidades de atención.



Por ejemplo, puede pedirse el mes y año del evento adverso pero no el día exacto y la edad del paciente se toma en un rango en vez de una edad exacta; tampoco se registran las direcciones IP. Si quien reporta quiere garantizar el anonimato, pueden optar por no identificar su UCI, aunque con fines de la implementación se solicitaron identificadores de las UCI con el único propósito de enviar los datos individualizados a cada UCI, generando apropiación a cada UCI de sus propios datos. El anonimato puede llevar a que varias personas de la UCI reporten el mismo incidente.

Dado que el propósito del SRSUCI es centrarse en los fallos del sistema (es decir, cómo se organiza el trabajo) y su efecto en los resultados, no en determinados pacientes o prestadores de servicios médicos, no hay problema entonces a que se reporte varias veces el mismo evento adverso. Cada profesional aporta una perspectiva basada en su experiencia profesional, que puede ayudar a aclarar los factores que contribuyen a ese evento adverso.

Finalmente, aunque el SRSUCI ha sido propuesto para ser implementado en una plataforma en Internet, puede iniciarse su aplicación de forma individual en cada UCI. Para tal fin pueden utilizarse sistemas de gestión de bases de datos relacional como Access™, cuya información puede administrarse en Excel™.

El Sistema de Reporte de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos (SRSUCI) es un sistema de reporte voluntario para mejorar la seguridad del paciente en la

UCI. El SRSUCI fue diseñado para ser no punitivo y confidencial, basado en el análisis de los responsables de la atención, ofrecer un análisis y una retroalimentación oportuna, además está orientado para sistemas de baja carga y sencillos y es sostenible en el largo plazo; su fortaleza más importante es la confidencialidad.

El SRSUCI fue desarrollado conjuntamente por un grupo de investigadores de las Facultades de Salud Pública y de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, liderados por el Doctor Peter J Pronovost y la Doctora Christine G. Holzmueller, y patrocinado por la Agency for Healthcare and Research Quality (AHRQ), en 2005.

En los EE.UU. se encuentra en una plataforma en Internet a la cual se obtiene acceso a través de los portales de la Universidad Johns Hopkins, de la AHRQ, o de la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos y actualmente es utilizado de forma regular por 23 UCI ese país, lo que ha permitido generar información confiable que permite identificar la frecuencia de sus eventos adversos.

El reporte es anónimo tanto para el paciente como para quien lo realiza; el formulario inicia con un recuento literal de los hechos, seguido por preguntas cerradas sobre diferentes factores de la UCI que podrían haber contribuido tanto a reducir el riesgo al mínimo como a prevenir eventos adversos e incidentes similares. Los resultados evaluados incluyen la muerte, lesiones físicas, quejas, insatisfacción y resultados económicos. El formato del reporte permite ser revisado y editado antes de

presentarlo; después de esto, al informe se le retiran los identificadores que pudiese tener, es analizado por los líderes del proceso de seguridad del paciente en la UCI y se hace la retroalimentación a cada UCI.

SRSUCI Sistema de Reporte de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos

Por favor describa el evento adverso o el incidente en sus propias palabras.

Incluya la presencia de acontecimientos que condujeron al evento adverso o al incidente y desde cuándo se presentaron, incluyendo detalles sobre los factores que cree que hayan contribuido o limitado el impacto del evento adverso o del incidente.

¿Cuándo sucedió el evento adverso o el incidente? Mes _____ Año _____

¿Qué día de la semana sucedió el evento adverso o el incidente? _____

¿Era día festivo? Sí _____ No _____

¿En qué horario sucedió el evento adverso o el incidente? (seleccione uno)

- 7 a.m. – 10 a.m. _____
- 10 a.m. – 1 p.m. _____
- 1 p.m. – 4 p.m. _____
- 4 p.m. – 7 p.m. _____
- 7 p.m. – 10 p.m. _____
- 10 p.m. – 1 a.m. _____
- 1 a.m. – 4 a.m. _____
- 4 a.m. – 7 a.m. _____

¿El evento adverso o el incidente ocurrió durante? (seleccione uno)

- El ingreso a la UCI. _____
- La atención rutinaria. _____

- El cambio de turno. _____
- La atención de una emergencia. _____
- La atención de un código azul. _____

¿Dónde ocurrió el incidente? (seleccione uno)

- Dentro de la UCI. _____
- Durante el transporte. _____
- En el quirófano. _____
- Durante un procedimiento fuera de la UCI. _____

¿Este evento adverso o incidente involucró algún equipo o algún dispositivo médico?

Sí _____ No sé _____ No _____

En caso afirmativo, sírvase responder lo siguiente:

- Tipo de dispositivo: _____
- Nombre del fabricante: _____
- Marca: _____
- Número de modelo: _____
- Edad: _____
- Fecha de vencimiento: _____

¿Alguno de los siguientes tipos de factores contribuyeron a este evento adverso o al incidente?

Instrucciones: seleccione todos los factores que apliquen. Ingrese factores adicionales en el espacio de comentarios adicionales que está al final de esta sección.

Factores del paciente que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Condición (complejidad, gravedad, agitación).

_____ Lenguaje / comunicación.

_____ Personalidad y factores sociales.

Explicación del factor:

Factores del personal que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Fatiga.

_____ Motivación / actitud.

_____ Salud física o mental.

Explicación del factor:

Factores del hospital que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

- _____ Precisión de los resultados de las pruebas diagnósticas.
- _____ Disponibilidad de guías de práctica clínica o de protocolos.
- _____ Disponibilidad de los resultados de las pruebas diagnósticas.

Explicación del factor:

Factores del grupo de trabajo que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Estructura del grupo de trabajo y liderazgo.

_____ Comunicación verbal o escrita durante la crisis.

_____ Comunicación verbal o escrita durante la manipulación.

_____ Comunicación verbal o escrita durante la atención rutinaria.

Explicación del factor:

Factores de entrenamiento y educación que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Seguir la guía de práctica clínica o el protocolo establecido.

_____ Conocimiento, habilidades, y competencia.

_____ Supervisión y búsqueda de ayuda.

Explicación del factor:

Factores de la tecnología de la información o de la historia clínica electrónica que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Error en el computador o en el software.

_____ Funcionamiento defectuoso del computador o del software.

_____ Error del usuario.

Explicación del factor:

Factores del ambiente de la UCI que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

_____ Apoyo administrativo y de gestión.

_____ Disponibilidad o mantenimiento del equipo.

_____ Ambiente físico (por ejemplo: espacios estrechos, mucho ruido).

_____ Adquisición de habilidades.

_____ Nivel de dotación del personal.

_____ Carga de trabajo.

Explicación del factor:

Factores del ambiente institucional que contribuyeron a este evento adverso o incidente.

- _____ Recursos financieros.
- _____ Entrenamiento del personal de laboratorio, problemas administrativos.
- _____ Infraestructura del laboratorio, políticas, procedimientos.
- _____ Personal del laboratorio.
- _____ Entrenamiento del personal de la farmacia, problemas administrativos.
- _____ Infraestructura de la farmacia, políticas, procedimientos.
- _____ Personal de la farmacia.
- _____ Presiones de tiempo.

Explicar el factor:

Comentarios adicionales, si son necesarios:

¿El evento adverso o el incidente, involucró a más de un paciente?

Sí _____ No sé _____ No _____

Instrucciones: si la respuesta fue sí o no sé, responda las preguntas que se relacionan con el paciente que más se haya afectado por el incidente.

Género: Masculino _____ Femenino: _____ No sé: _____

Edad: (seleccione una)

- _____ < 1 mes
- _____ 1 mes – < 1 año
- _____ 1 año – < 5 años
- _____ 5 años – 12 años
- _____ 13 años – 17 años
- _____ 18 años – 29 años

- _____ 30 años – 39 años
- _____ 40 años – 49 años
- _____ 50 años – 59 años
- _____ 60 años – 69 años
- _____ 70 años – 79 años
- _____ > 80 años

Raza: (selecciones una)

- _____ Mestizo
- _____ Negro
- _____ Indígena
- _____ Blanco
- _____ Oriental
- _____ Otra; ¿cuál?: _____

¿El paciente tuvo alguna cirugía durante este ingreso? (seleccione una)

- _____ Ninguna.
- _____ Cerebro.

- _____ Cabeza y cuello.
- _____ Tórax.
- _____ Abdomen.
- _____ Genitourinaria.
- _____ Extremidades.
- _____ Pelvis.
- _____ Columna.
- _____ Otra; ¿cuál?: _____

¿Qué tratamientos recibía el paciente al momento del evento adverso o el incidente?
(seleccione todos los que apliquen)

- _____ Diálisis.
- _____ Transfusiones de hemoderivados.
- _____ Balón de presión intraaórtica.
- _____ Catéter en arteria pulmonar.
- _____ Monitor de presión intracraneal.
- _____ Restricciones físicas.

- _____ Inotrópicos.
- _____ Vasopresores.
- _____ Ventilación mecánica.
- _____ Otro; ¿cuál?: _____

¿De qué magnitud fue el daño que sufrió el paciente? (seleccione todas las que apliquen)

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave
Cambios fisiológicos				
Trauma físico				
Trastornos psicológicos				
Incomodidad				
Insatisfacción del paciente o de un familiar				

¿El evento adverso o el incidente prolongó la estancia del paciente en el hospital?

No _____ Sí, por < 24 horas _____ 24-48 horas _____ > 48 horas _____

¿Al momento de hacer el reporte, el paciente había fallecido por causa del evento adverso o el incidente? Sí _____ No sé _____ No _____

¿Este evento adverso o incidente involucró algún error de medicamentos?

Sí _____ No sé _____ No _____

En caso afirmativo, ¿en qué parte del proceso de gestión de medicamentos se presentó el evento adverso o el incidente? (seleccione todas las que apliquen)

_____ Prescripción.

_____ Solicitud a farmacia.

_____ Dispensación en la farmacia.

_____ Administración.

_____ Vigilancia.

Nombre del medicamento: _____

Vía de administración: _____

¿El paciente fue informado sobre el hecho de haber presentado un evento adverso o un incidente? Sí _____ No sé _____ No _____

¿El paciente estaba participando en una investigación clínica?

Sí _____ No sé _____ No _____

¿Qué categoría de trabajo desempeña usted en la UCI? (seleccione uno)

_____ Médico especialista de la UCI.

_____ Médico especialista que responde interconsultas a la UCI.

_____ Médico general que labora en la UCI.

_____ Médico general que labora por fuera de la UCI.

_____ Médico residente.

_____ Interno de medicina.

_____ Enfermera especialista de la UCI.

_____ Enfermera profesional de la UCI.

_____ Estudiante de enfermería.

_____ Auxiliar de enfermería.

_____ Estudiante para auxiliar de enfermería.

_____ Personal administrativo.

_____ Personal del laboratorio.

_____ Personal de imagenología.

_____ Otro; ¿cuál?: _____

- Consideraciones finales.

Cuando la persona hace el reporte, el sistema permite revisar y hacer correcciones; asimismo, si la persona lo desea, puede imprimir una copia del reporte. Es muy importante entrenar a todo el personal de la UCI, tanto el que está trabajando al momento de implementar el SRSUCI como el personal nuevo que ingrese a trabajar al servicio. Este entrenamiento debe incluir: una revisión de los principios de seguridad del paciente, una demostración interactiva sobre la forma de hacer los reportes, y hacer al menos un ejercicio para que la persona, a modo de aprendizaje, haga un reporte de seguridad.

La demostración interactiva le permite al equipo de trabajo aprender a través de la práctica y de esta forma conocer detalladamente los pasos necesarios para hacer un reporte. Esto incluye una revisión de la terminología básica del sistema de información y muestra la forma en que se despliegan y se utilizan los menús, con el fin de facilitar el diligenciamiento del reporte. Debe hacerse hincapié en el concepto de que identificar las fallas del sistema y del proceso de atención de los pacientes de la UCI, mejorará sus condiciones de seguridad en el servicio.

- Retroalimentación.

Este paso es tan importante como el del reporte voluntario, pues si se genera una cultura del reporte voluntario, no punitiva, en el que se establece la infraestructura que le facilite este proceso al personal de la UCI, debe hacerse retroalimentación con base en la información que se está generando. No hacerlo, desanimaría al equipo de trabajo, lo que dificultaría mucho en el futuro cualquier intento por implementar un sistema de reporte voluntario.

Se ha recomendado que la información se evalúe una vez al mes por parte de un equipo multidisciplinario, en el que participe tanto personal médico y de enfermería de la UCI como personal por fuera de la UCI, con conocimientos sobre evaluación de la calidad o diseño de procesos. La información debe enviarse a los integrantes del equipo con una semana de anticipación, de forma tal que tengan tiempo de evaluarla para hacer las propuestas de mejoramiento, las cuales se propondrán como acciones correctivas o acciones preventivas a los procesos de la UCI. Es muy importante que los integrantes de este comité sean discretos con la información que se les envía, porque un mal manejo de la misma puede generar daños a la imagen de la UCI y riesgos legales a la institución y al mismo comité.

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



11. CONCLUSIONES

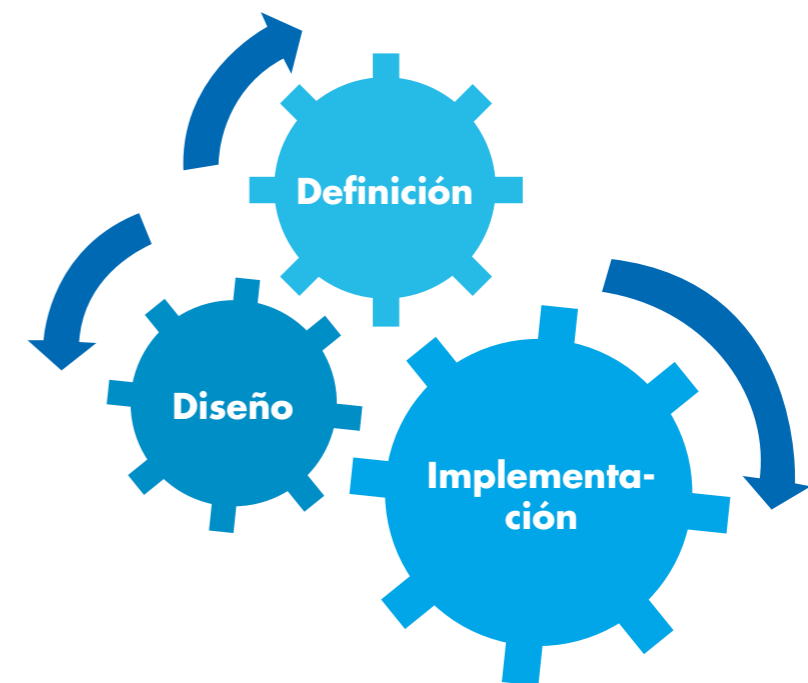
76



IR AL ÍNDICE



- En las instituciones de salud, se debe realizar un análisis encaminado a reconocer cuáles son las limitaciones para la notificación y el reporte de los eventos adversos y errores, para así poder generar mecanismos de equilibrio con estímulos a la notificación tales como: confidencialidad, apoyo, crecimiento profesional, etc.
- Se deben generar estrategias de difusión de los resultados de todos los análisis realizados a errores o eventos adversos, con el objetivo de prevenir la presentación de errores ya cometidos.
- Debe motivarse a un cambio cultural de todo el personal de las unidades de cuidado intensivo: pasar de una cultura de culpa y resistencia a una de compromiso por el mejoramiento de la atención al paciente.



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



12. ANEXOS

78



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



ANEXO 1 - [CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

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

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

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



ANEXO 3 - **MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO** ([regresar al escenario problémico](#))

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

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

Ejercicio:

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

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

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

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

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea 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 conllevarán 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 5 - 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 monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿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?

ANEXO 6 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

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

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

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

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