

REDUCIR EL RIESGO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CARDIOVASCULARES

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

JAVIER MARTÍNEZ
ÁNGELA Y. VELÁSCO QUIRÓZ
Expertos Técnicos



**CLÍNICA CARDIOVASCULAR
VIRREY SOLÍS - IPS**

Agradecimiento por su participación





MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	15
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	19
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	25
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	27
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Antecedentes	30
7.2 Justificación	34
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	35
7.4 Seguimiento y Monitorización	53
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	53
7.4.2 Indicadores	53
8. APROPIACIÓN	56
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	64
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	68
11. CONCLUSIONES.....	71
12. ANEXOS	76

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





1. INTRODUCCIÓN

8



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



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

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 enfoques:

Enfoque de expertos técnicos en el que 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 ó prácticas seguras y factores contributivos según aplique.

Agregaciones: se invitó a las agregaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agregación.

b. 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.

2. 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 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 soporta 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 en el que se evalúa el desenlace; esta metodología permite construir preguntas fáciles e idóneas 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 parte de los expertos y epidemiólogos, para sintetizar la información relevante y para los casos en los que aplique la calificación de la evidencia, poder emitir la 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.

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. Le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. ([Hacer clic aquí](#))

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, las enfermedades cardiovasculares se clasifican en hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y otras miocardiopatías. Este grupo de patologías han sido consideradas las principales causas de muerte en el mundo, pues se ha identificado que cada año mueren más personas por alguna de ellas que por cualquier otra causa; se estima que afectan casi por igual a hombres y mujeres, principalmente en países con ingresos bajos a medios, en donde se producen más del 80% de las defunciones a nivel mundial por esta causa.¹

La OMS prevé que para 2030 las muertes por enfermedades cardiovasculares ascenderán a 23,3 millones. En los años transcurridos entre 2000 y 2013 la principal causa de muerte, a nivel mundial, fueron las enfermedades cardiovasculares, específicamente la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares.² En 2012 se reportaron alrededor de 56 millones de muertes en todo el mundo. Las enfermedades no transmisibles

1 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/ consultado el 19 de noviembre de 2014

2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/> consultado el 19 de noviembre de 2014

(ENT) fueron responsables de más del 68% de estas muertes que en comparación con el 60% registrado para el año 2000, evidencia un aumento importante; su principal causante fueron las enfermedades cardiovasculares.³

Frente a esta situación, en 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a los países miembros a una reunión para abordar el tema de la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT), haciendo un especial énfasis en los países en desarrollo, al reconocerlas como uno de los principales obstáculos para el desarrollo del siglo XXI.⁴

3 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> consultado el 19 de noviembre de 2014

4 Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, OMS 2011



2. OBJETIVO GENERAL

15



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Fortalecer el conocimiento técnico en la atención a pacientes cardiovasculares y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la atención a pacientes cardiovasculares.
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de fallas activas o acciones inseguras en la atención a pacientes cardiovasculares.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención a pacientes cardiovasculares.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas en la atención a pacientes cardiovasculares.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



MINSALUD



IR AL ÍNDICE



- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.⁵
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁶
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁷
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.⁸

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

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

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

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



- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que fíene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).⁹
- **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)¹⁰
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

⁹ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

¹⁰ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).



- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).¹¹ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
 - **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
 - **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
 - **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, 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:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

¹¹ Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).



- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.¹²
- **INFARTO DE MIOCARDIO:** se define, en patología, como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada. Tras la aparición de la isquemia miocárdica, la muerte celular histológica no es inmediata, sino que tarda algún tiempo en producirse, apenas 20 minutos o menos en algunos modelos animales. Pasan varias horas antes de que se pueda identificar necrosis miocárdica mediante examen macroscópico o microscópico post mortem. La necrosis completa de las células miocárdicas en riesgo requiere de dos a cuatro horas o más, dependiendo de si hay circulación colateral a la zona isquémica u oclusión

12 http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

arterial coronaria persistente o intermitente, la sensibilidad de los miocitos a la isquemia, el acondicionamiento previo y la demanda individual de oxígeno y nutrientes.

Clasificación universal clínica del infarto miocardio, IM:

- Infarto de miocardio espontaneo (infarto de miocardio tipo 1).
- Infarto de miocardio secundario a un desequilibrio isquémico (infarto de miocardio tipo 2).
- Muerte cardiaca debido a infarto de miocardio (infarto de miocardio tipo 3).
- Infarto de miocardio asociado a procedimientos de revascularización (infartos de miocardio tipo 4 y 5).¹³

• **ISQUEMIA CARDIACA:** la isquemia cardiaca es la reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón (miocardio), como consecuencia de un proceso que afecta a la pared de las arterias que llevan la sangre a dicho músculo (arterias coronarias).

¹³ Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio, disponible en: http://revvespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90185391&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=162&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v6n02a90185391pdf001.pdf

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



MINSALUD



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

- ¿Por qué es importante garantizar una atención segura a los pacientes cardiovasculares?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades cardiovasculares relacionadas con muerte?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares?
- ¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares?
- ¿Cuáles son las fallas más comunes relacionadas con daños a la salud del paciente con enfermedad cardiovascular?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos en la atención del paciente con enfermedad cardiovascular?
- ¿Cuáles son los factores contributivos más frecuentes que predisponen la aparición de fallas activas o acciones inseguras en la atención a pacientes con enfermedad cardiovascular?
- ¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con la atención a pacientes con enfermedad cardiovascular?
- ¿Cómo se implementan las prácticas seguras para evitar errores en la atención a pacientes con enfermedad cardiovascular?

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



6. METAS DE APRENDIZAJE

27



MINSALUD



- 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 y 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



MINSALUD



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante garantizar una atención segura a los pacientes cardiovasculares? ([regresar al escenario problémico](#))

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles (ENT) con una carga del 48% dentro de éste grupo y un 30% de todas las muertes reportadas en el mundo.¹⁴ En 2012 causaron 17,5 millones de muertes a nivel mundial, es decir 2,6 millones más que en 2000; de estas defunciones, 7,4 millones estuvieron relacionadas con cardiopatía isquémica y 6,7 millones con accidentes cerebrovasculares. Casi el 75% de las muertes por enfermedades no transmisibles (ENT) durante 2012 correspondió a países de ingresos medianos y bajos, en los países de ingresos altos, siete de cada 10 muertes ocurren en personas de 70 años en adelante teniendo como principales causas, patologías crónicas dentro de las cuales se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes mellitus (DM).¹⁵

Estudios han demostrado que la prevención funciona, más del 50% de las reducciones observadas en mortalidad por cardiopatía coronaria se relaciona con modificaciones en los factores de riesgo y el 40% se deriva de la intervención con tratamientos.¹⁶

¹⁴ Estadísticas sanitarias mundiales 2012, OMS 2013

¹⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> consultado el 19 de noviembre de 2014

¹⁶ European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). National Guideline Clearinghouse

En los pacientes con una presión arterial sistólica por encima de 150 mmHg o una presión diastólica por encima de 90 mmHg o un nivel de colesterol en la sangre mayor de 5,0 mmol/L, el tratamiento farmacológico reduce el riesgo relativo de eventos cardiovasculares entre un cuarto y un tercio. Si la presión arterial se reduce 10-15 mmHg (sistólica) y 5-8 mmHg (diastólica) y el colesterol en la sangre a aproximadamente 20% a través de tratamiento combinado con antihipertensivos y estatinas, la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad cardiovascular se reduciría hasta en un 50%.¹⁷

¿Cuáles son las principales enfermedades cardiovasculares relacionadas con muerte? ([regresar al escenario problémico](#))

Se estima que en el mundo, en 2008, el 42% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares estuvieron relacionadas con cardiopatía isquémica, un 34% con enfermedades cerebrovasculares, el 7% con hipertensión arterial y un 2% con cardiopatía reumática.¹⁸ Pese a la baja incidencia directa de la hipertensión arterial (HTA) en la mortalidad, históricamente ésta se ha asociado con el 51% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) mortales y el 45% de la mortalidad relacionada con coronariopatía.¹⁹

¿Cuáles son los principales factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares? ([regresar al escenario problémico](#))

17 Prevention of Cardiovascular Disease - Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. WHO 2007

18 http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf. Instituto Nacional de Salud, Colombia 2013

19 Estadísticas sanitarias mundiales 2012, OMS 2013

Los principales factores de riesgo asociados con enfermedades cardiovasculares son los comportamentales entre los cuales se resaltan: el tabaquismo, incluso el tabaquismo pasivo²⁰, el sedentarismo, los inadecuados hábitos alimenticios y el uso nocivo del alcohol. A dichos factores se les atribuye el 80% de las coronariopatías y enfermedades cardiovasculares. Estos factores de riesgo provocan cuatro alteraciones importantes en el organismo: aumento de la presión arterial, incremento del peso que puede llevar a obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia (colesterol en plasma y colesterol LDL). Los altos niveles de azúcar en sangre potencian el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares, se calcula que la hiperglucemia ha causado el 22% de muertes por coronariopatía y el 16% de accidentes cerebrovasculares (ACV) mortales.²¹

La modificación de los factores de riesgo ha demostrado reducir la mortalidad y la morbilidad en las personas con enfermedad cardiovascular diagnosticada o no. La OMS ha enfocado sus esfuerzos en promover la prevención primaria en toda la población con enfermedades no transmisibles a través de la Convención Marco para el Control del Tabaco y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Estas actividades se dirigen a factores de riesgo común que son compartidos por crecimiento del ventrículo derecho, CVD, el cáncer, la diabetes mellitus, DM, y la enfermedad respiratoria crónica. Su aplicación es crítica con respecto a la creciente carga de enfermedades no transmisibles que buscan controlar.²²

²⁰ European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). National Guideline Clearinghouse

²¹ Estadísticas sanitarias mundiales 2012, OMS 2013

²² Prevention of Cardiovascular Disease - Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. WHO 2007

¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

En Colombia, entre los años 2000 y 2012, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares evidencia un comportamiento de descenso (según datos reportados por la OMS), iniciando con una medición de 201,1 por 1000 habitantes en el año 2000; para 2012 la tasa fue de 150,2 por 1000 habitantes. En cuanto a la participación de hombres y mujeres, durante este mismo periodo de tiempo se observan mayores tasas de mortalidad en el sexo masculino que en el femenino, con tasas de 226,6 y 180,4, respectivamente, para el año 2000 y 178,2 y 128,0, respectivamente, para 2012.

Para 2012, en América Latina la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón fue de 55 y por enfermedad cerebrovascular de 40. En cuanto a Norte América las tasas fueron de 119,2 y 41,2 respectivamente. Para Colombia, estas tasas mostraron mediciones de 75,4 para enfermedad isquémica y 34,9 para enfermedad cerebrovascular (datos por 1000 habitantes).²³

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

23 Situación de salud de las Américas: indicadores básicos 2014, OMS - OPS



7.2 JUSTIFICACIÓN

34

Teniendo en cuenta los antecedentes mundiales y nacionales presentados anteriormente, con el fin de reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes en su atención y las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores.

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

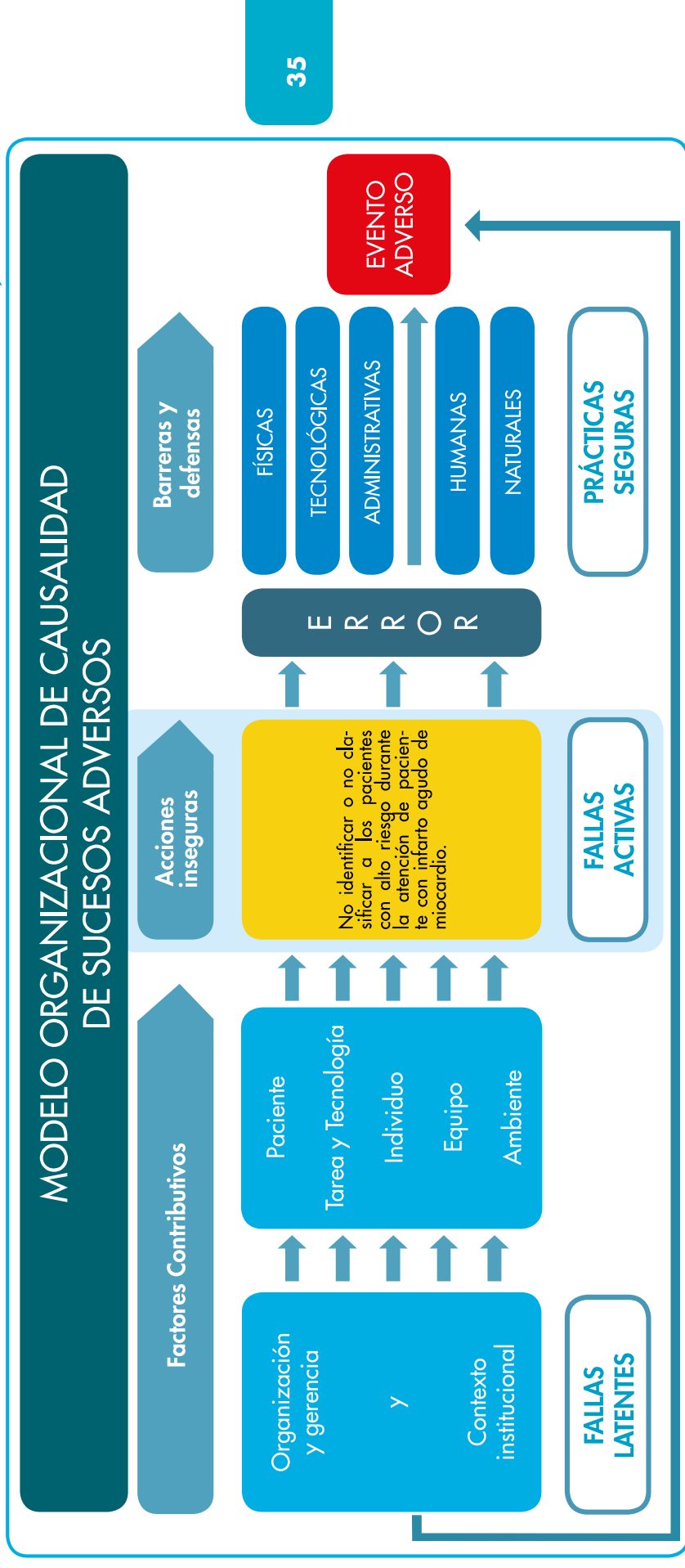
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 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

- No educar al personal para informar los eventos o antecedentes cada vez que haya cambio de turno.
- Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las mismas.
- Ausencia de políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Programas de capacitación y actualización.
- Ausencia de políticas que garanticen la disponibilidad de equipos biomédicos.
- No implementación de rondas de seguridad.
- Inadecuado clima laboral.
- Políticas inadecuadas de contratación y de manejo de personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación o educación continuada.
- Ausencia de socialización de guías de práctica clínica / consulta externa y protocolos.
- Sobrecarga de trabajo en el personal.
- Ausencia de soporte administrativo y gerencial.

Contexto Institucional

- Contexto normativo y relaciones con instituciones externas (aseguradoras, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud)

Individuo

- Personal no idóneo o incompetente.
- Inadecuadas habilidades o competencias.
- Desconocimiento de la aplicación del instrumento de clasificación del riesgo.
- Fatiga del personal.
- Desconocimiento, por parte del personal, de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr el plan de tratamiento.
- Salud física y/o mental deficientes.

Paciente

- Desconocimiento de la patología.
- Personalidad.
- Edad.
- Nivel educativo.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Estilo de vida.
- Antecedentes de infarto antiguo.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica y protocolos de manejo.
- Ausencia de un proceso de atención en salud desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- Ausencia de un modelo de seguimiento a la tarea y Acciones que el paciente debe aprender.
- Ausencia de claridad de la estructura terapéutica.
- Ausencia de herramienta para evaluación y formulación del nivel de riesgo: leve, moderado, grave, extremo.

Equipo

- Estructura del equipo de trabajo.
- Inadecuada comunicación verbal y escrita.
- Inadecuada comunicación horizontal.
- No identificación e integración de todas las áreas de comunicación.
- Ausencia de supervisión y disponibilidad de personal de soporte.
- Inadecuada identificación e integración de todas las áreas de comunicación.

Ambiente

- Cantidad de personal insuficiente respecto a la demanda de usuarios del servicio.
- Patrón de turnos inadecuado.
- Clima organizacional alterado.
- Ambiente físico inadecuado (luz, ruido, espacios).
- No disponibilidad de equipos o falta de mantenimiento.
- Inadecuado mantenimiento de infraestructura física.

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
EVIDENCIAS
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

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](#)

37

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo (TMI, GRA-CE, según criterio médico).
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar con un familiar o responsable del paciente.
- Adherencia a protocolos y guías de práctica clínica y de consulta externa.
- Adherencia a directrices institucionales de seguridad del paciente.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo.
- Uso de equipos biomédicos para apoyo en el clasificación del paciente.

NATURALES

- Entorno habilitante.
- Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Supervisión de la herramienta de valoración del riesgo cardiovascular.
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de evento adverso o incidente relacionados con pacientes con enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad.
- Definición de un programa de educación continuada con evaluación de la adherencia.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- Definir programas de tecnovigilancia que garanticen la disponibilidad de equipos biomédicos y sus condiciones para operación segura.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto.
- Disponibilidad de equipos para la atención del paciente y diagnóstico oportuno.
- Disponibilidad de la herramienta para valoración del riesgo.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

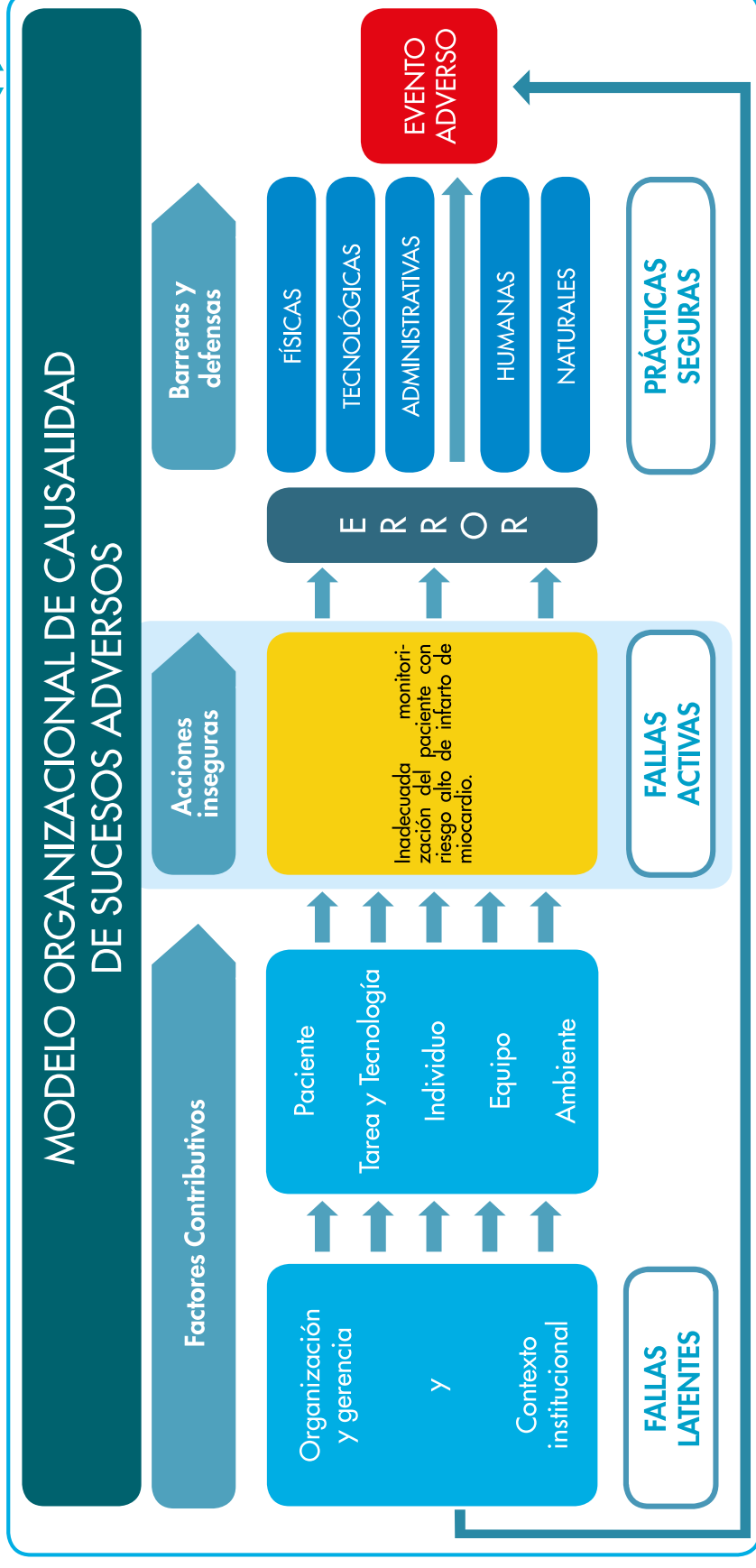
IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



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

Falla activa No. 2 (regresar al escenario problemático)



38

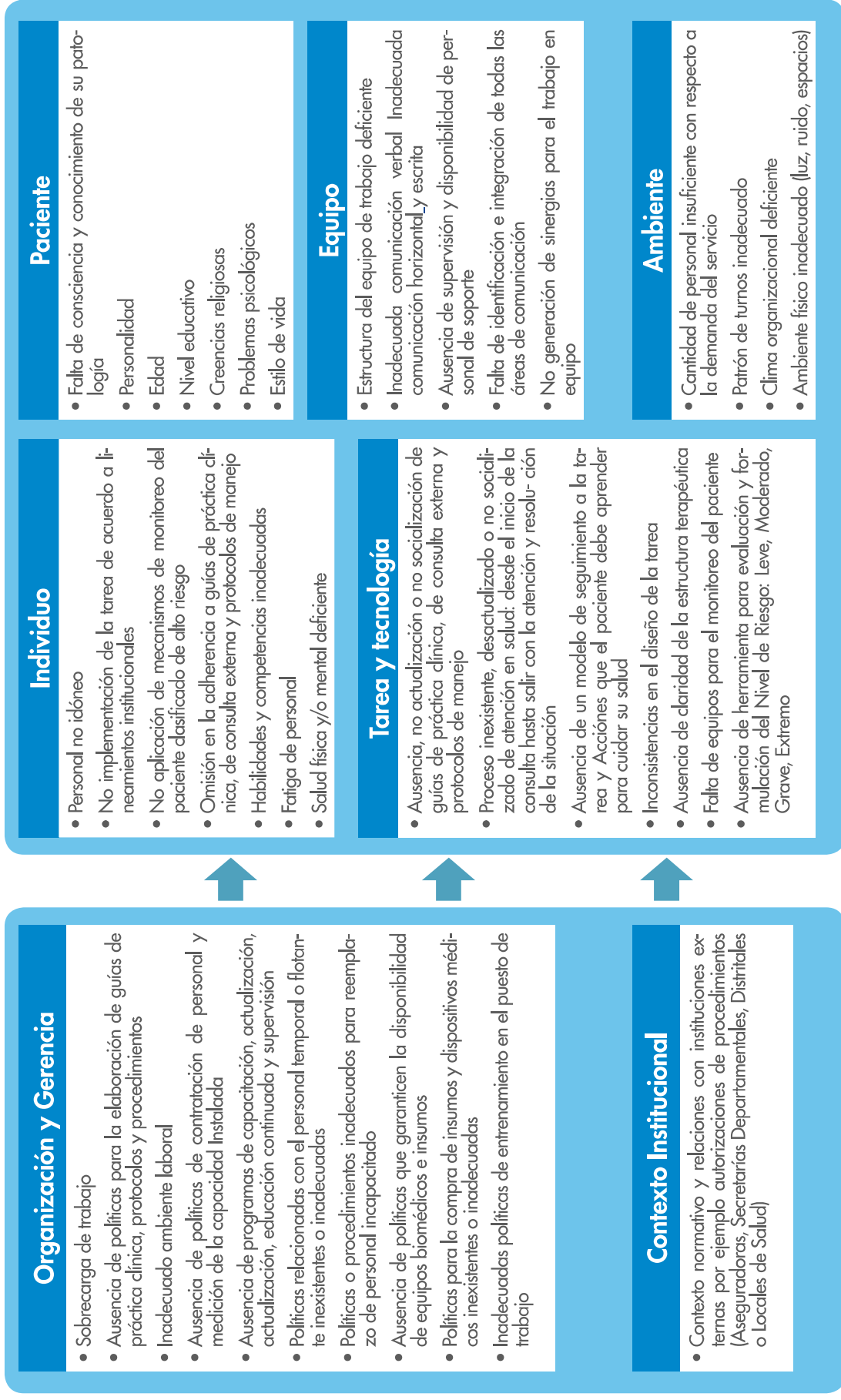
1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. (Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. (Si no tiene claridad 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](#)

39



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.2 - Barreras y defensas

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

40

HUMANAS

- Adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica y de consulta externa.
- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo (TMI, GRA-CE, según criterio médico)
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Supervisión de la herramienta de valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular garantizando la confidencialidad.
- Implementar un programa institucional de educación continuada dirigido al personal asistencial.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo

NATURALES

- Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería
- Entorno habilitante

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto
- Disponibilidad de equipos para la atención del paciente y diagnóstico oportuno
- Disponibilidad de la herramienta para valoración del riesgo

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAS
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

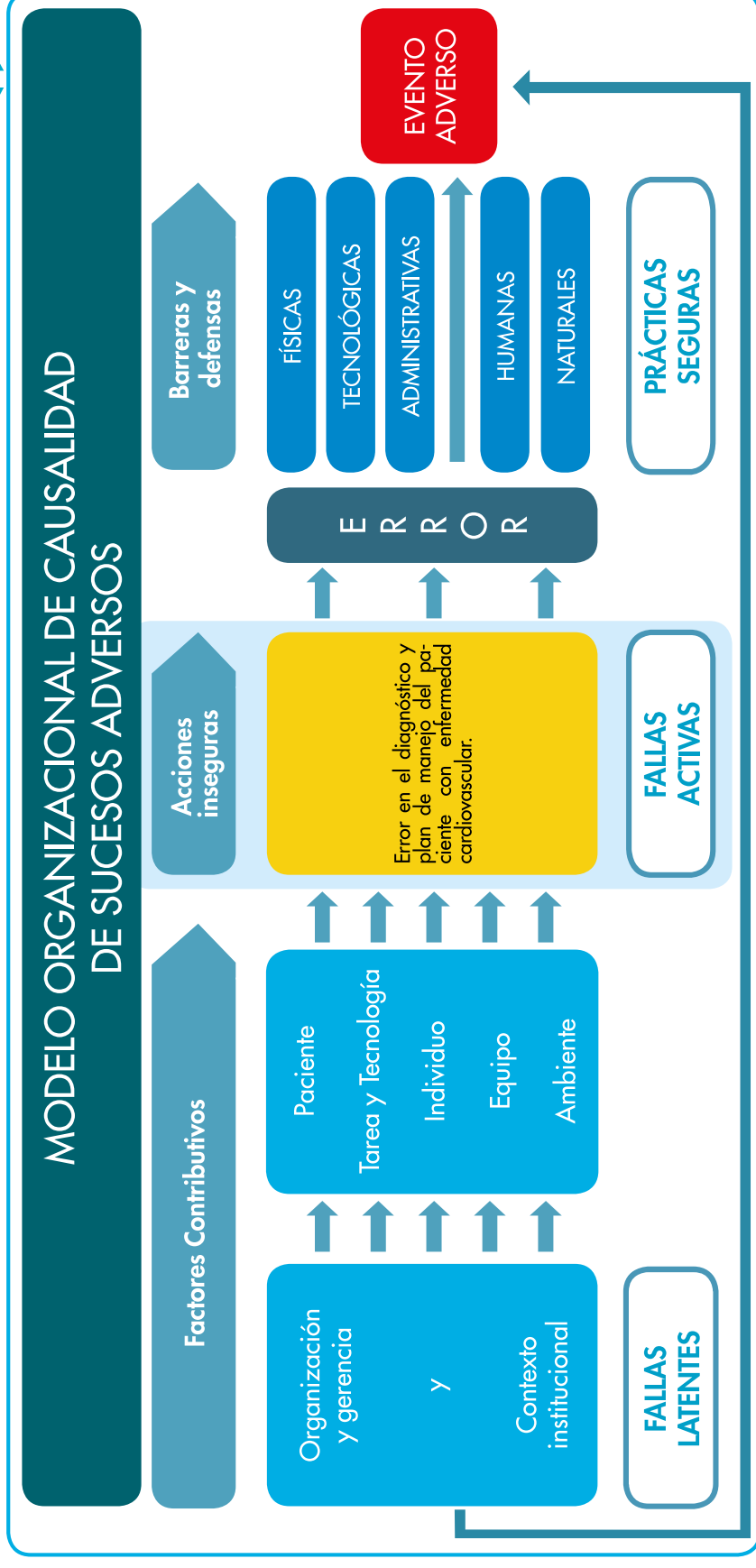
IR A
ANEXOS

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)



41

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

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

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Ausencia de soporte administrativo y gerencial.
- Sobrecarga de trabajo en el personal.
- Ausencia de políticas para la elaboración de guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos institucionales.
- Inadecuado ambiente laboral.
- Ausencia de políticas de contratación de personal y de medición de la capacidad instalada.
- Falta de programas de capacitación, actualización y educación continuada.
- Ausencia de políticas de manejo de personal temporal o flotante.
- Ausencia de políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.
- Ausencia de políticas que garanticen la disponibilidad de equipos y suministros.
- Ausencia de políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

Contexto Institucional

- Contexto normativo y relaciones con instituciones externas (Aseguradoras, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud)

Individuo

- Omisión en la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos para la atención del paciente con enfermedad cardiovascular.
- Personal no idóneo.
- No implementación de las tareas de acuerdo a lineamientos institucionales.
- Inadecuadas habilidades y competencias.
- Fatiga de personal.
- Salud física y/o mental inadecuadas.
- Deficiente entrenamiento en el puesto de trabajo.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica o protocolos de manejo.
- Ausencia de un proceso de atención en salud integral desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- Ausencia de un modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Ausencia de claridad de la estructura terapéutica.
- Falta de equipos para el diagnóstico del paciente.
- Ausencia de herramienta para evaluación y formulación del nivel de riesgo: leve, moderado, grave, extremo.

Paciente

- Desconocimiento de su patología y personalidad.
- Adulto mayor.
- Nivel educativo.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Estilo de vida.
- Antecedentes de infarto antiguo personal y familiar.
- Consumo de alcohol o tabaco.

Equipo

- Estructura del equipo de trabajo inadecuada.
- Inadecuada comunicación verbal y escrita.
- Inadecuada comunicación horizontal.
- Ausencia de supervisión y disponibilidad de personal de soporte.
- falta de identificación e integración de todas las áreas de comunicación.
- No generación de sinergias para el trabajo en equipo.

Ambiente

- Patrón de turnos inadecuado.
- Inadecuado clima organizacional.
- Ambiente físico inadecuado (luz, ruido, espacios).

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.3 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo (TMI, GRA-CE según criterio médico)
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente.
- Aplicar directrices institucionales relacionadas con la seguridad del paciente.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo,

HUMANAS

- Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.
- Entorno habilitante.

ADMINISTRATIVAS

- Socializar con el personal asistencial, las guías de práctica clínica y protocolos de manejo.
- Diseño de la herramienta para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Supervisión de la herramienta de valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno.
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto.
- Disponibilidad de instrumento para evaluación del riesgo cardiovascular.

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

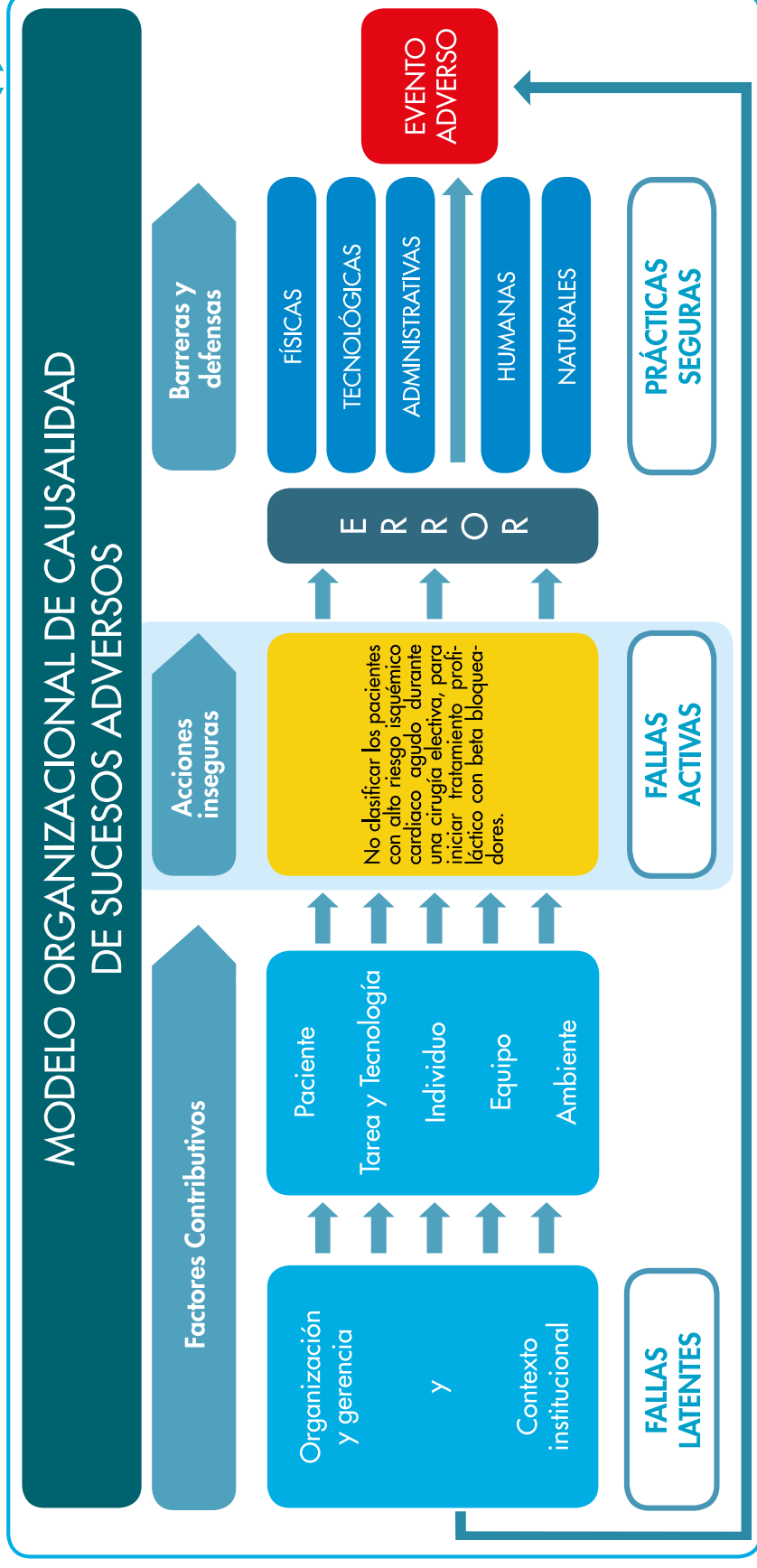
IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

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

Falla activa No. 4 (regresar al escenario problemático)



44

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

- Falta de entrenamiento al personal en el puesto de trabajo.
- Sobrecarga de trabajo por omisión del cálculo de capacidad instalada frente a la demandada del servicio.
- Ausencia de soporte administrativo y gerencial.
- Ausencia de políticas para la elaboración de guías de atención, protocolos y procedimientos.
- Ausencia de políticas de contratación de personal y de medición de la capacidad instalada.
- Políticas de manejo de personal temporal o flotante deficientes.
- Ausencia de programas de educación continua, entrenamiento y supervisión.
- Ausencia de políticas para garantizar la disponibilidad de equipos y suministros.
- Políticas para la compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos insuficientes.

Individuo

- Personal no idóneo. No adherencia a las tareas.
- Habilidades o competencias deficientes.
- Fatiga del personal.
- Salud física y/o mental inadecuadas.
- Omisión en la adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica y consulta externa.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica o de consulta externa y protocolos de manejo.
- Ausencia de un proceso de atención en salud: desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- Ausencia de un modelo de seguimiento a la tarea y Acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Ausencia de claridad de la estructura terapéutica.
- Ausencia de herramienta para evaluación y formulación del nivel de riesgo: leve, moderado, grave, extremo.
- Ausencia de equipos necesarios para la clasificación del paciente o malas condiciones de los mismos.

Paciente

- Desconocimiento de patología.
- Personalidad.
- Edad.
- Nivel educativo.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Estilo de vida.
- Antecedentes de infarto antiguo personal y familiar.

Equipo

- Estructura equipo de trabajo inadecuada (congruencia, consistencia, etc).
- Comunicación verbal y escrita deficiente.
- Comunicación horizontal deficiente.
- Ausencia de supervisión y disponibilidad de personal de soporte.
- Falta de identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- No generación de sinergias para facilitar el trabajo en equipo.

Ambiente

- Patrón de turnos inadecuado.
- Inadecuado clima organizacional.
- Ambiente físico inadecuado (luz, ruido, espacios).

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.4 - Barreras y defensas

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

46

HUMANAS

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo (TMI, GRA-CE, según criterio médico).
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente.
- Aplicar la lista de chequeo quirúrgico (cirugía segura por la OMS).
- Adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica y consulta externa.
- Implementar directrices institucionales relacionadas con seguridad del paciente.
- Implementar herramientas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- Usar equipos necesarios para la clasificación del riesgo del paciente.

NATURALES

- Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.
- Entorno habilitante.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Diseñar programas de educación continuada enfocados al personal asistencial.
- Supervisión de la herramienta de valoración de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Diseño del programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos garantizando la confidencialidad.
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno.
- Capacitar al personal en adecuadas técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- Definir programas de vigilancia que garanticen la disponibilidad de equipos biomédicos y sus condiciones para operación segura.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular.
- Disponibilidad de instrumento de clasificación del riesgo.

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
MÁRCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

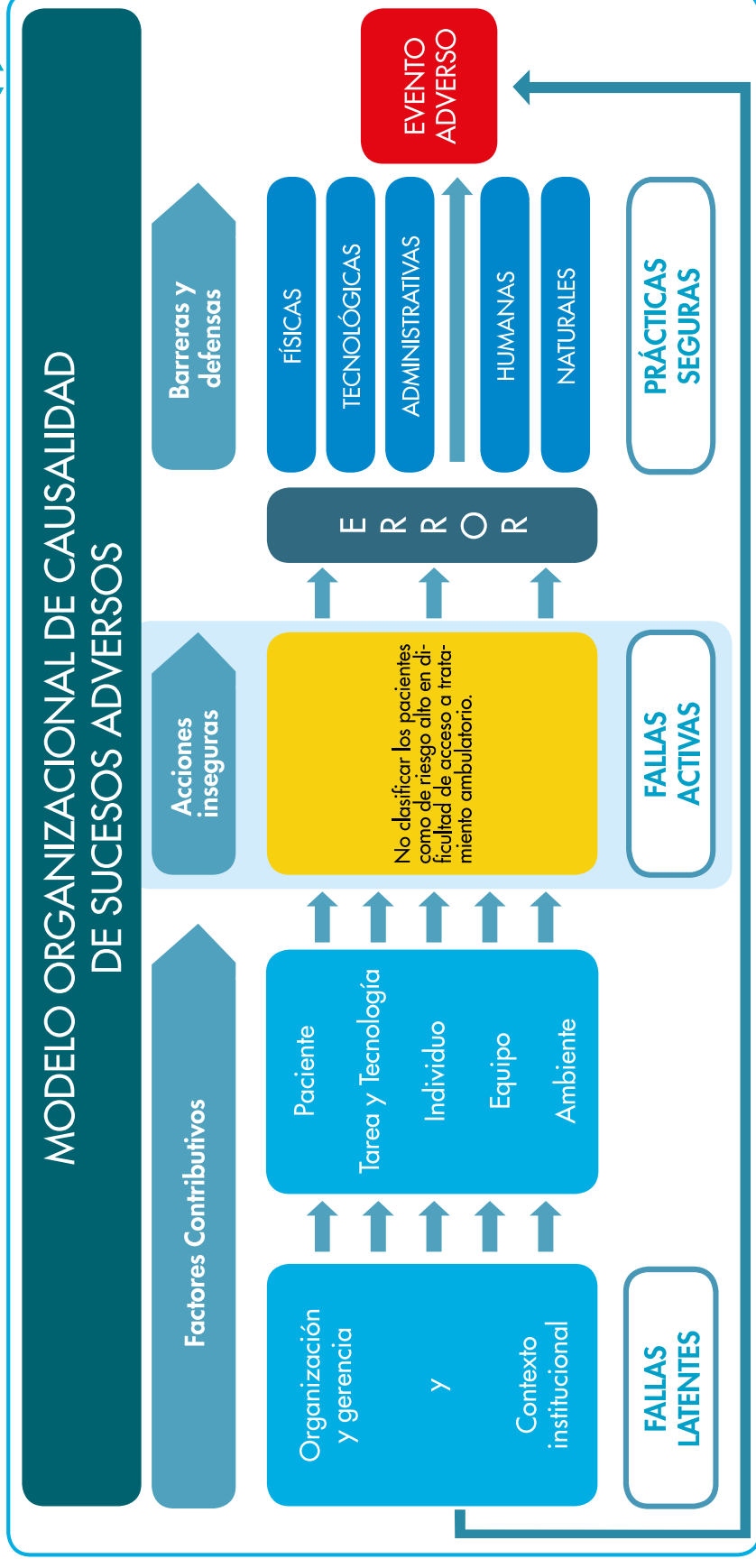
IR A
ANEXOS

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)



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

- Ausencia de políticas para documentación, actualización y socialización de guías de manejo y protocolos institucionales.
- Ausencia de un programa de educación continuada del personal.
- Sobrecarga de trabajo por omisión del cálculo de capacidad instalada frente a la demandada del servicio.
- Ausencia de soporte administrativo y gerencial.
- Ausencia de políticas de contratación de personal y de medición de la capacidad instalada.
- Políticas de manejo de personal temporal o flotante deficientes.

Contexto Institucional

- Políticas de cobertura o aseguramiento de EPS, preparadas, etc.

Individuo

- No adherencia a guías de práctica clínica o protocolos de manejo.
- No aplicación de herramienta de valoración del riesgo para paciente cardiovascular diagnosticado.
- Desconocimiento de Acciones comunitarias y redes de apoyo.
- Uso de inadecuadas técnicas de comunicación efectiva con el paciente.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica o protocolos de manejo para casos en los cuales no se cuente con acceso a tratamiento ambulatorio.
- Ausencia de Acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar el tratamiento farmacológico.
- Ausencia de una herramienta de valoración del riesgo que incluya dificultades de acceso a tratamiento ambulatorio.
- Inadecuado diseño de la tarea.
- Inadecuada claridad de la estructura terapéutica.

Paciente

- Complejidad de la patología.
- Pluri-patologías.
- No consciencia o desconocimiento de la patología.
- Lenguaje y comunicación.
- Edad: adultos mayores.

Equipo

- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.
- Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo.
- Ausencia de Acciones comunitarias y redes de apoyo.

48

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
EVIDENCIAS
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](#)

49

HUMANAS

- Adherencia a guías clínicas y protocolos de manejo.
- Aplicar herramienta de valoración del riesgo que incluyen dificultades de acceso a tratamiento ambulatorio.
- Identificación e implementación de Acciones comunitarias y redes de apoyo.
- Brindar información clara y sensibilizar al paciente de potenciales riesgos y complicaciones derivados de la falta de un completo tratamiento ambulatorio.

ADMINISTRATIVAS

- Capacitación al personal médico y de enfermería encargado del alta hospitalaria en comunicación efectiva con el paciente y equipo de trabajo.
- Socializar con el personal asistencial las guías y protocolos de manejo.
- Hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos de manejo.
- Diseño de la herramienta de clasificación del riesgo que incluya dificultades de acceso al tratamiento ambulatorio.
- Capacitar al personal asistencial en la aplicación de la herramienta para valoración del riesgo en paciente diagnosticado.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Herramienta de valoración del riesgo para paciente cardiovascular diagnosticado, integrada a la historia clínica.

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

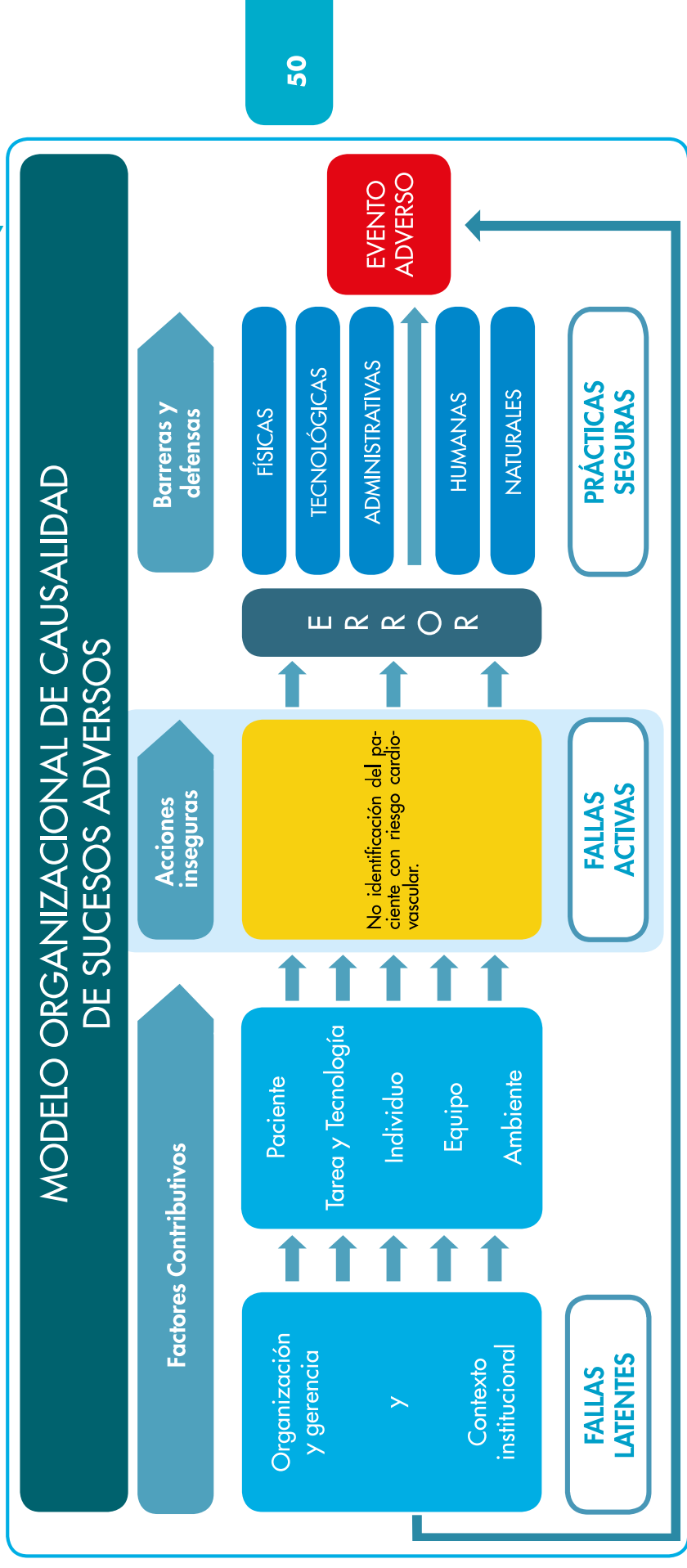
IR A
ANEXOS

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)



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

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de guías de práctica clínica y protocolos de manejo.
- Sobrecarga laboral.
- Ausencia de programas de educación continuada al personal asistencial.
- Ausencia de políticas de manejo de recurso humano flotante de acuerdo al monitoreo de la capacidad instalada del servicio frente a la demanda de los usuarios.
- Ausencia de lineamientos de seguridad del paciente

Individuo

- Omisión a la adherencia de guías de práctica clínica y protocolos de manejo institucionales.
- Omisión a la adherencia a lineamientos de programas para la promoción de la salud y prevención del riesgo cardiovascular.
- Omisión en la aplicación del instrumento de valoración del riesgo cardiovascular.
- Estrés.
- Personal asistencial sin habilidades y competencia en la atención a paciente cardiovascular.

Paciente

- No consciencia o desconocimiento de la patología.
- Edad: pacientes jóvenes.
- Lenguaje y comunicación.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica y protocolos de manejo que contemplen el antecedente de hipercolesterolemia familiar para clasificación del paciente como de alto riesgo.
- Ausencia de programas para la promoción de la salud y prevención del riesgo cardiovascular.
- Ausencia del instrumento para valoración del riesgo cardiovascular.
- Ausencia de estrategias de apoyo al personal asistencial para la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención.
- Tiempo de consulta insuficiente.

Equipo

- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.
- Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo.

51

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO DE
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
ÉXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

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

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, actualizar y socializar guías de práctica clínica y protocolos de manejo que establezcan que todo paciente con antecedentes de hipercolesterolemia familiar sea reconocido como paciente de alto riesgo para enfermedad cardiovascular
-(European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice - version 2012).
- Entrenar al personal asistencial en la aplicación de herramienta de valoración del riesgo cardiovascular.
- Definir programas de promoción y prevención del riesgo cardiovascular enfocados a:
 - Identificación oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente de niveles sub óptimos de colesterol y presión arterial en el paciente (guidelines for management of absolute) y las condiciones clínicas que pueden influir en el pronóstico y tratamiento.
 - Determinar la presencia de daño en órganos diana (corazón, riñones y retina)
 - Identificar pacientes de alto riesgo y la necesidad de una intervención urgente.
 - Identificar aquellos que necesitan investigaciones o remisiones especiales (por ejemplo en la hipertensión secundaria)
-(Prevention of Cardiovascular Disease - Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. WHO 2007).
 - Implementar estrategias de apoyo a personal asistencial para la adopción de guías de práctica clínica y protocolos: socialización, capacitación y formación, auditoría a la adherencia y retroalimentación, disposición de recordatorios o herramientas de apoyo en la toma de decisiones, invitarlos a participar en su actualización (guidelines for management of absolute)
 - Diseñar escalas de valoración que incluyan factores como HDL-C, triglicéridos elevados, hipertrofia ventricular izquierda, la creatinina sérica elevada, albuminuria, la proteína C reactiva, la hiperuricemia y fibrinógeno
-(Prevention of Cardiovascular Disease - Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. WHO 2007).
 - Estandarizar tiempos de consulta de 40 minutos.
 - Implementar programas de educación continuada al personal asistencial.
 - Capacitar al personal asistencial en técnicas de trabajo en equipo y comunicación efectiva.

HUMANAS

- Sensibilizar y motivar al paciente en el control de factores de riesgo ya que cualquier reducción en éstos se asocia con algún beneficio
-(guidelines for management of absolute). usando intervenciones educativas de diversos tipos (Gabriela Lima de Melo Ghisi a.b, Flavia Abdallah b, Sherry L. Grace b.c, Scott Thomas a, Paul Oh. A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? / Tae Wha Lee, Seon Heui Lee, Hye Hyun Kim, Soo Jin Kang. Effective Intervention Strategies to Improve Health Outcomes for Cardiovascular Disease Patients with Low Health Literacy Skills: A Systematic Review [Calificación de la evidencia: @@@@ VERY LOW](#)).
- Adherencia a guías clínicas y protocolos de manejo.
- Aplicar herramienta de valoración del riesgo para paciente.
- Implementar directrices relacionadas con seguridad del paciente.
- Implementar herramientas de trabajo en equipo y comunicación efectiva.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de instrumento para valoración del riesgo cardiovascular.
- Disponibilidad de material didáctico para sensibilización al paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS

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



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 la práctica segura:

- Mortalidad al año de episodio de IAM.
- Tasa de mortalidad hospitalaria en bypass coronario.
- Tasa de mortalidad hospitalaria en ICC.
- Proporción de pacientes remitidos a rehabilitación cardiaca.
- Prescripción de beta bloqueador al egreso.
- Uso de beta-bloqueadores para prevenir eventos cardiacos peri-operatorios.
- Prevalencia de re-hospitalización por falla cardiaca en los primeros seis meses después del ingreso.
- Prevalencia de re-hospitalización por infarto agudo de miocardio en los primeros seis meses después del ingreso.



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PREVALENCIA DE HTA.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de pacientes con diagnóstico de HTA.

DENOMINADOR

Total de pacientes atendidos por consulta externa.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100.

FÓRMULA DE CÁLCULO

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

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial, presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la guía de práctica clínica.

DENOMINADOR

Número total de pacientes hipertensos diagnosticados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR HTA.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes hospitalizados por diagnóstico de HTA.

DENOMINADOR

Número de pacientes hospitalizados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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

55

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de planes de manejo pertinentes de acuerdo a guías de práctica clínica.

DENOMINADOR

Número de planes de manejo auditados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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

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





8. APROPIACIÓN

56



MINSALUD

A continuación se presentará un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto.

Este caso fue construido 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. Finalmente seleccione la respuesta que considere correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlás.

CASO 1

Varón de 46 años, fumador de un paquete de cigarrillos al día, en tratamiento con un fármaco antidepresivo y un fármaco ansiolítico, que acude al servicio de Urgencias del hospital a causa de un dolor torácico de tres horas de evolución, en hemitórax izquierdo, opresivo, no irradiado, que empeoraba con el movimiento y mejoraba con el reposo, con episodios anteriores cedidos espontáneamente. Es valorado por Médico Residente de primer año, quien lo encuentra consciente y orientado, buen estado general, hidratado, ansioso. Tensión arterial: 130/80. Auscultación cardiaca: rítmica, no soplos ni rones. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular normal. Resto de examen físico normal. Se solicita electrocardiograma interpretado como normal. Se ingresa a observación por 6 horas, se formula Diazepam y se da de alta con diagnóstico de osteocondritis; analgesia según dolor. En la tarde del día siguiente fallece a causa de un infarto agudo de miocardio y en la autopsia se detecta arteriosclerosis coronaria severa, signos de isquemia crónica y signos de la isquemia aguda con trombosis coronaria reciente.



INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso, el referente de seguridad del paciente realiza entrevista al médico tratante:

Referente: ¿Se encontraba de turno cuando el paciente consultó?

Médico: Sí, era mi primer turno de la residencia en urgencias.

Referente: ¿Se encontraba acompañado por el docente?

Médico: Sí, siempre realizamos turnos con ellos, aunque en ese momento estaba descansando y no consideré prudente despertarlo para este caso.

Referente: ¿El docente está disponible para resolver sus inquietudes?

Médico: Sí, siempre están dispuestos a aclararlas, pero no lo quise molestar.

Referente: ¿Se revaloró al paciente?

Médico: No, el paciente permaneció tranquilo con la medicación, así que no lo volví a examinar.

Referente: ¿Considera que la conducta realizada cumple con los protocolos establecidos?

Médico: Cuando lo veo en retrospectiva, creo que debí ser más acucioso en la valoración y los paraclínicos del paciente.



El referente de seguridad del paciente se dirige al docente y pregunta:

Referente: ¿Realiza supervisión a los residentes a su cargo?

Docente: Sí claro, ellos están en la obligación de preguntar cualquier duda que tengan con los pacientes.

Referente: ¿Verificó que los pacientes vistos por el residente tuvieran un manejo acorde con los protocolos?

Docente: No. Tuve que preparar la clase para el siguiente día y no puedo estar revisándoles todos los manejos, se supone que ellos deben tener los conceptos básicos claros.

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	FALLAS
Desconocimiento de protocolos.	No búsqueda de ayuda del docente.
Deficiencia en las comunicaciones.	
Deficiencia en los procesos de supervisión.	
Falta de supervisión a personal en formación.	
Organización de actividades docencia - servicio.	
Omisión de verificación de conductas tomadas por personal en formación.	
Omisión en el seguimiento a la evolución del paciente.	
Políticas de turnos y asignación de personal en entrenamiento como responsable de un servicio.	

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. Califique como verdadera o falsa las siguientes oraciones:
2. El hecho de que el coordinador de residentes no esté en el mismo hospital, en el momento de la calificación, es un factor contributivo de tipo:

a	La evolución favorable del paciente en urgencias caracteriza la evolución como una complicación de su patología.	()
b	La falta de supervisión por parte del especialista y docente constituye un factor contributivo del equipo de trabajo.	()
c	La falla activa principal es la falta de consulta del residente al docente por cuanto esta en formación.	()
d	Es un factor contributivo del contexto institucional la conferencia que debía preparar el docente para el siguiente día.	()

- a. Individuo.
 - b. Ambiente.
 - c. Contexto institucional.
 - d. Organización y cultura.
3. Establezca una barrera que evite que se presente un nuevo caso como el del paciente y clasifíquela en cuanto a si es física, natural, humana, tecnológica o administrativa.



Barrera: _____

63

Clasificación: _____

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

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



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

64



MINSALUD



IR AL ÍNDICE

CASO 1 [\(regresar a aprobación\)](#)

1. Califique como verdadero o falso las siguientes oraciones:

a	La evolución favorable del paciente en urgencias caracteriza la evolución como una complicación de su patología.	()
b	La falta de supervisión por parte del especialista y docente constituye un factor contributivo del equipo de trabajo.	()
c	La falla activa principal es la falta de consulta del residente al docente por cuanto esta en formación.	()
d	Es un factor contributivo del contexto institucional la conferencia que debía preparar el docente para el siguiente día.	()

Selección correcta.

- Falso, una complicación depende de la evolución de la patología de forma necesaria, este evento se hubiese podido evitar.
- Verdadero, la falta de supervisión por parte del docente es un factor contributivo del equipo de trabajo.
- Verdadero, por obligación, un personal en formación no puede tomar decisiones por su cuenta y esto ocasionó el déficit de poder complementar la exploración adecuada del paciente.



d. Falso, teniendo en cuenta que la participación del docente se enmarca en la relación decencia – servicios, no es un factor externo del contexto institucional, es un factor contributivo del individuo o del equipo de trabajo.

2. El hecho de que el coordinador de residentes no esté en el mismo hospital, en el momento de la calificación, es un factor contributivo de tipo:

- a. Individuo.
- b. Ambiente.
- c. Contexto institucional.
- d. Organización y cultura.

Selección correcta

d. **Organización y gerencia.** La ubicación del coordinador de residentes fuera del hospital es un factor contributivo de los procesos de soporte; el convenio docencia – servicio no contempla su inclusión en la institución lo que dificulta el monitoreo del cumplimiento de las pautas del convenio docente asistencial.

Selección incorrecta.

- a. No es del individuo, pues éste no interviene en la atención sino en la relación docente.
- b. No es del ambiente, pues no interviene en la atención.
- c. No es del contexto institucional, pues no se presenta de forma externa a la institución.



3. Establezca una barrera que evite que se presente un nuevo caso como el del paciente y clasifíquela en cuanto a si es física, natural, humana, tecnológica o administrativa.

Barrera: _____

Clasificación: _____



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

68



MINSALUD



IR AL ÍNDICE



MONITOREO - INDICADORES

IPS VIRREY SOLIS

Programa de crónicos subprograma “Corazones positivos”

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

69

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA

El programa de crónicos busca captar la población a riesgo con el fin de disminuir la morbilidad en nuestros usuarios; dentro de dicha población se evidencia un porcentaje importante de adultos mayores con morbilidades frecuentes como hipertensión y diabetes mellitus los cuales fueron incluidos en el programa, además de los pacientes diagnosticados con dislipidemia e insuficiencia renal estadio II. Con el fin de controlar los factores de riesgo cardiovascular se ha iniciado el subprograma “Corazones positivos”, cuyas estrategias fundamentales son:

- La capacitación y educación a los usuarios sobre riesgos cardiovasculares.
- El tratamiento de enfermedades cardiovasculares.
- El control nutricional de los pacientes.
- Promoción de estilos de vida para lograr adherencia al plan de manejo instaurado.
- Integración con las EPS en convenio.

nados.

FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE BUCARAMANGA

Adherencia a la guía de atención: Síndrome Coronario Agudo

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA
EXITOSA

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

¿POR QUÉ SE CONSIDERA UNA
EXPERIENCIA EXITOSA?

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

PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LA
EXPERIENCIA EXITOSA

ESTRATEGIAS PARA CONTAR CON
LOS RECURSOS FINANCIEROS
REQUERIDOS

¿HAY EVIDENCIA DE IMPACTO EN EL
USUARIO?

INDICADORES QUE ME
DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA
EXPERIENCIA EXITOSA

70

DESCRIPCIÓN

Desde hace más de 10 años, la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga ha desarrollado diferentes guías de atención para el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo, las cuales se han ido actualizando y mejorando a lo largo del tiempo. En el año 2018, se realizó una actualización de la guía de atención para el síndrome coronario agudo, la cual se basó en la evidencia científica más reciente y en la experiencia de los profesionales de la salud que trabajan en la entidad. Esta guía de atención se ha implementado en todas las unidades de atención de urgencias y en las unidades de internación de la entidad, lo que ha permitido mejorar la calidad de la atención y reducir la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

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

INDICADORES QUE ME DEMUESTRAN EL IMPACTO DE ESTA EXPERIENCIA EXITOSA

- Adherencia a la guía de práctica clínica. Meta: 90%.
- Cumplimiento de la administración al ingreso y al egreso del paciente del tratamiento farmacológico establecido: ASA / IECA o ARA II / Betabloqueador. Meta: 90%.

En los últimos 12 meses, se han implementado en la entidad las siguientes estrategias:

Se han actualizado las guías de atención basadas en la evidencia científica más reciente y en la experiencia de los profesionales de la salud que trabajan en la entidad. Se han implementado en todas las unidades de atención de urgencias y en las unidades de internación de la entidad, lo que ha permitido mejorar la calidad de la atención y reducir la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

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

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

71



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



La mortalidad por enfermedades no transmisibles ha demostrado una tendencia al aumento durante la última década.

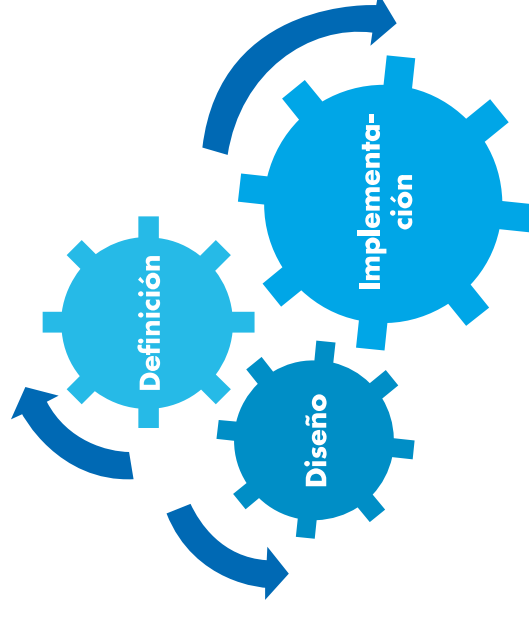
El riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles, específicamente cardiovasculares, es mayor en países de ingresos bajo a medios y su comportamiento es similar entre hombres y mujeres.

La tasa de mortalidad cruda por enfermedad cardiovascular a nivel mundial ha aumentado entre los años 2000 y 2012, lo cual puede tener relación con el envejecimiento poblacional.

Se debe hacer un entrenamiento al personal de urgencias para identificar a los pacientes que deben ser hospitalizados o llevados a cateterismo cardiaco urgente.

La socialización de las guías es un punto importante en el personal médico y auxiliar en el servicio de urgencias para lograr una adecuada clasificación de riesgo y así mismo tomar conductas adecuadas y oportunas en los pacientes.

La clasificación de los pacientes con alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva debe hacerse a través de El EuroSCORE II, Su capacidad de predecir mortalidad a los 30 días en pacientes de alto riesgo es



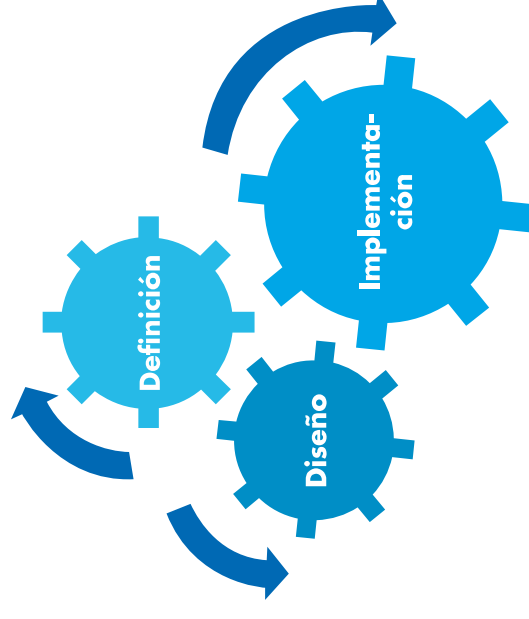
de particular importancia. El EuroSCORE II también es un buen predictor de supervivencia postoperatoria a los 30 y 90 días.²⁴

Las variaciones en la aplicación de las estrategias basadas en la evidencia se asocian a diferencias en los resultados clínicos. Varios registros de gran tamaño han mostrado deficiencias en el tratamiento de los pacientes con IAMSEST cuando se lo compara con las recomendaciones de las guías actuales. Es habitual que se produzca una infautilización de los tratamientos basados en la evidencia. La adherencia a las guías se ha correlacionado con una mejora en los resultados clínicos de los pacientes con SCA, incluida una reducción de la mortalidad. Por lo tanto, se debe dar prioridad a mejorar la aplicación de las guías basadas en la evidencia.²⁵

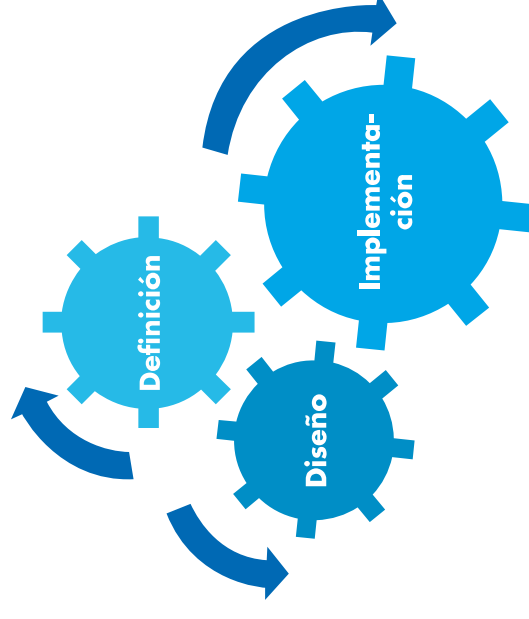
Es muy aconsejable la monitorización continua de los indicadores de actuación para aumentar la calidad del tratamiento y minimizar las variaciones injustificadas en el manejo basado en la evidencia. Una aplicación consistente de los tratamientos que se basan en evidencias robustas

24 <http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975%2812%2900426-2/pdf>

25 http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90093019&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=130&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n02a-90093019pdf001.pdf



puede tener más efecto en la salud cardiovascular en la vida real que el observado en poblaciones seleccionadas para estudios clínicos, especialmente con la implementación combinada de varias modalidades terapéuticas efectivas. Este tipo de programas se ha implementado con éxito en diversos países como Suecia (Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive care Admissions [RIKS-HIA]), Reino Unido (registro Myocardial Infarction National Audit Project [MINAP]), Alemania, Italia e Israel a escala regional: en programas intermitentes en muchos otros países, los hallazgos específicos en pacientes individuales pueden acabar en desviaciones de la estrategia propuesta, ya que los SCASEST engloban un espectro heterogéneo de pacientes con distintos niveles de riesgo de muerte, IAM o recurrencia de IAM. El médico debe tomar una decisión individual para cada paciente, teniendo en cuenta su historia clínica (comorbilidades, edad, etc.), su condición clínica, los hallazgos en la evaluación inicial durante el primer contacto y las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas disponibles.

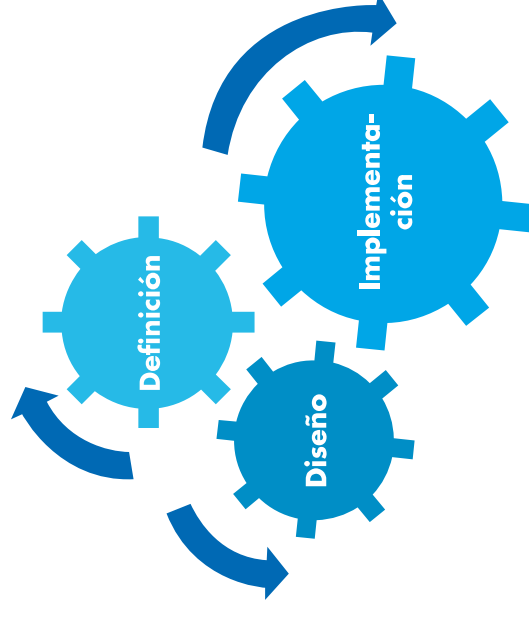


Se considera que la determinación del pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es un instrumento necesario para estratificar su riesgo y valorar el posible impacto de las diferentes intervenciones terapéuticas.²⁶

Los avances en el tratamiento cardiovascular de las últimas décadas permite ofrecer a los pacientes diferentes tratamientos en función de la gravedad de la enfermedad y su pronóstico. Determinar éste con la máxima exactitud posible sigue siendo un objetivo importante.²⁷

26 http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=13151000&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=25&ty=74&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n06apl.3a13113980pdf001.pdf

27 http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=13113980&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=25&ty=161&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v60nSupl.3a13113980pdf001.pdf



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP (Ir a Anexo 9)

12. ANEXOS

76



MINSALUD



ANEXO 1 - [ESCALA DE GRACE](#)

ANEXO 2 - [SCORE DE RIESGO DE TIMI PARA IM CON ELEVACIÓN DEL ST](#)

ANEXO 3 - [SCORE DE RIESGO TIMI](#)

ANEXO 4 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)



ANEXO 5 - 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.



ANEXO 6 - MODELO PEDAGÓGICO: MARCO TEÓRICO [\[regresar al MARCO TEÓRICO\]](#)

- [Antecedentes](#)

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 7 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

[\(regresar a Falla Activa No. 1\)](#)

80

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?



ANEXO 8 - MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS

(regresar a [Experiencias exitosas](#))

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

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

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

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

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas,

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



ANEXO 9 - MODELO PEDAGÓGICO: CONCLUSIONES [\(regresar a Conclusiones\)](#)

PASO 10. CONCLUSIONES

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

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

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

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

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

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

