

ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD

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

ÁNGELA YASMÍN VELASCO QUIROZ
SORLAY ANDREA AREIZA BUSTAMANTE
Expertos Técnicos

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
ESE HOSPITAL DEL SUR DE ITAGUÍ
JAVESALUD IPS
VIRREY SOLIS IPS

Agradecimiento por su participación



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	15
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	19
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	27
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	29
7. MARCO TEÓRICO.....	30
7.1 Antecedentes	31
7.2 Justificación	42
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”....	43
7.4 Seguimiento y Monitorización	55
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	55
7.4.2 Indicadores	55
8. APROPIACIÓN	57
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	62
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	65
11. CONCLUSIONES.....	67
12. ANEXOS	70

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 éste modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

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

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

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

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

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

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

3. Experto técnico: Dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado 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.

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 ó prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos mas 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, I: Intervención , C: comparación y Out come: Desenlace y T el tiempo al que se evalúa el desenlace, esta metodología permite construir preguntas contestables que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como MEDLINE Y EMBASE de cada una de las preguntas. Prefiriendo por su nivel de evidencia artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas , meta análisis, y ensayos clínicos aleatorizados y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura por los expertos y epide-

miólogos para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y 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 mas comunes y de mayor impacto.

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

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

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el ABP, aprendizaje basado en problemas, este modelo está centrado en el aprendizaje

que busca 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 buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico, será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. ([hacer click aquí](#)).

Según la Organización Mundial de la Salud¹, los cinco riesgos globales principales de mortalidad en el mundo son la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el alto nivel de glucosa en sangre, la inactividad física y la obesidad o sobrepeso. Ellos son responsables de elevar el riesgo de las enfermedades crónicas, tales como afecciones cardíacas, diabetes mellitus o el cáncer. En este punto, queda evidenciado el potencial del autocuidado: por un lado, actúa en el nivel de la promoción a través de la enseñanza de prácticas saludables incluso en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tener manejo de su propia enfermedad (ejemplo: diabetes mellitus) y, por otro lado, el autocuidado interviene en el nivel de la prevención tratando de reducir las consecuencias de las enfermedades.

¹ http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Por último, debe resaltarse que los cinco riesgos globales principales mencionados anteriormente, afectan a los países a través de todos los grupos socio-económicos: altos, medios y bajos. Esto implica que la potencialidad del autocuidado puede plasmarse en todos los sectores de la sociedad a través de políticas estatales.

Vale la pena aclarar que, al buscar referencias estadísticas poblacionales sobre eventos adversos asociados o prácticas seguras de autocuidado, sólo se han reportado estudios de casos que no permiten realizar inferencias estadísticas poblacionales. Esta falencia estadística no es más que un punto de partida para futuras investigaciones que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de la sociedad a través del autocuidado.



2. OBJETIVO GENERAL

15



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en el autocuidado para la aplicación de prácticas seguras con el fin de lograr el involucramiento de los pacientes en el autocuidado de su salud.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



IR AL ÍNDICE



- Identificar prácticas seguras en el autocuidado del paciente y fomentarlas en las acciones individuales e institucionales.
- Detectar las fallas en la atención hospitalaria que tienen como consecuencia el no involucramiento de los pacientes en el cuidado y observancia de su seguridad.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de acciones inseguras en el autocuidado y la autonomía del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para involucrar al paciente en el autocuidado y autonomía de su seguridad.
- Resaltar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para la aplicación de prácticas seguras y disminución de fallas activas.
- Fomentar la realización de programas de autocuidado, a nivel de talleres vivenciales, para promover la auto-responsabilidad y autonomía.
- Presentar experiencias exitosas como guías en la aplicación de prácticas seguras.

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



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



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

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

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.

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.

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 contribu-

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).

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).

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

Ambiente: 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

AUTONOMÍA: hacer que las personas vivan durante más tiempo, libres de una o varias situaciones que les haga perder su capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

APOYO SOCIAL: el apoyo social se materializa en el trabajo en las redes de apoyo social. Las redes sociales conforman el principal sistema de apoyo natural que tiene una persona. El apoyo social en el trabajo aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás (Gil Monte & Peiró, 1997 citado en Tonon, 2003).

MODELO DE IDENTIDAD SOCIAL: se refiere a todos aquellos aspectos que hacen referencia al rol adjudicado y/o adjudicable, tanto a los programas que trabajan en situaciones de violencia como a las identidades gremiales y/o profesionales de sus componentes. Dentro de éstas se encuentran las necesidades de diferenciación y reconocimiento del valor de la labor realizada del programa frente a la institucionalidad, la diferenciación al interior de los equipos por profesión y experiencia.

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

MODELO DE IMPACTO EMOCIONAL: se refiere a todos aquellos aspectos transferenciales y contratransferenciales del trabajo con personas afectadas por la violencia, que implica el manejo y cuidado respecto de las emociones de los terapeutas. Dentro de éstas se encuentra la necesidad de legitimar los sentimientos rabiosos hacia los pacientes, dar cuenta de las agresiones que los pacientes ejercen hacia los terapeutas y equipos, las dificultades de contención del sufrimiento y los límites de ésta, y todo aquello que algunos han llegado a denominar traumatización secundaria.

MODELO DE SOCIABILIDAD: se refiere a los aspectos lúdicos, sociales y recreativos de los equipos. Dentro de éstos se encuentran la necesidad de establecer espacios y ritos de esparcimiento y fundamentalmente de pertenencia grupal a la vida informal del equipo, como participación en los cumpleaños, apoyo en situaciones sociales o de salud de familiares del profesional, celebraciones, que a veces gatillan la disolución de límites o las autolimitaciones.

AUTOCAUIDADO: se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

AUTOCONTROL: es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tiene la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud.

RESILIENCIA: aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”⁷. Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera mas ‘sana’ frente a los obstáculos a la calidad de vida.

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

26



IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante trabajar la promoción del autocuidado y la autonomía del paciente?

¿Cuáles son las acciones inseguras más comunes que perjudican el involucramiento del paciente en su autocuidado?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para promover el autocuidado en el paciente?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento permiten garantizar la seguridad del paciente a través de prácticas seguras de autocuidado y la auto-responsabilidad?

¿Cómo se implementan prácticas seguras de autocuidado para evitar eventos adversos?

¿Cuáles son los factores contributivos más frecuentes que perjudican el involucramiento del paciente en su autocuidado?

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



6. METAS DE APRENDIZAJE

28



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



7. MARCO TEÓRICO

30



IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante trabajar la promoción del autocuidado y la autonomía del paciente? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La importancia del autocuidado radica en ser una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos. Resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado constituye en una estrategia educativa y una instancia de enseñanza de prácticas básicas para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. En este sentido, al observar el estudio de Aguirre Gas encontramos que la información insuficiente constituye la sexta causa raíz de los problemas de seguridad del paciente¹⁰.

Dentro del proceso de atención en salud en las instituciones sanitarias, se debe trabajar en los pacientes y su familia, en el fomento del autocuidado, en la responsabilidad sobre su salud para que participen en el proceso de atención intrainstitucional. La importancia de este proceso es que el paciente se asume como partícipe de la atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Asimismo, la mayoría de estos eventos resultan de problemas creados por la complejidad del sistema de cuidado médico de hoy en día. Pero también ocurren errores cuando los

¹⁰ Aguirre-Gas, H., Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente, Revista CONAMED – Vol, México, 2008.

pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación. Por ejemplo, un estudio reciente patrocinado por la Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, (agencia federal que investiga maneras de mejorar la calidad de la atención médica) encontró que frecuentemente los médicos no hacen lo suficiente para ayudar a los pacientes a tomar las decisiones a partir de la información brindada¹¹.

En pocas palabras, la importancia de abordar el autocuidado se fundamenta en que los pacientes que no están involucrados ni informados completamente tienen menores probabilidades de tomar decisiones consientes acerca de su tratamiento y las recomendaciones del personal asistencial, por lo tanto tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para aprobar y alertar al personal asistencial en su diferentes tratamientos.

¿Cuáles son las acciones inseguras más comunes que perjudican el involucramiento del paciente en su autocuidado? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

- Desestimar la información y recomendaciones que suministran los pacientes, sus familiares y/o cuidadores, considerándolos sobreprotectores.
- Deficiente ilustración al paciente acerca del autocuidado de su seguridad, específicamente se le debe enseñar a interrogar sobre su situación, los pasos a seguir y las consecuencias de cada una de sus decisiones.
- Inadecuada verificación de la comprensión de las actividades de cuidado en casa al paciente y/o su cuidador.

¹¹ AHRQ Publication No. 00-PO39 Current as of March 2000; AHRQ Publication No. 07-0039-B (Poster)



- Limitado acceso a servicios de salud de buena calidad.¹²
- Deficiente educación interinstitucional dirigida a promover un mejor autocuidado.¹³
- Desinterés o evasión de responsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud.
- La escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables.¹⁴
- Comunicación no efectiva entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden.¹⁵

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para promover el autocuidado en el paciente? ([regresar al escenario problémico](#))

- Parafraseo para verificar el nivel de entendimiento por el paciente y/o cuidador.¹⁶
- Formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.¹⁷
- Evaluar la capacidad instalada del personal para asignación de tareas.¹⁸
- El apoyo mutuo de pares o entre personas con una misma enfermedad. Esta práctica puede incluir la formación de grupos que brindan apoyo. En este sentido, el

12 Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.

13 Ibídem.

14 Ibídem.

15 Ibídem.

16 Moir F, Brink R, Fox R, Hawken S. Effective communication strategies to enhance patient self-care. Journal of primary health care. 2009;1.

17 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2469-75.

18 Ibídem.

apoyo mutuo es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje colectivo o en conjunto que busca establecer una conexión entre dos o más personas.

- El apoyo mediante cuidadores informales.¹⁹
- La atención por vía telefónica o “telecuidado” y el contacto con enfermos a través del teléfono puede dar una mayor continuidad al tratamiento y apoyar a los pacientes a adoptar y mantener un estilo de vida que contribuya a controlar su enfermedad.²⁰
- Enseñar a los pacientes a estar alertas para identificar síntomas e ir modificando gradualmente el comportamiento hacia un correcto autocuidado.
- La educación del paciente y el aprendizaje de técnicas de autocuidado son esenciales para mejorar el desenlace de los tratamientos y evitar hospitalizaciones innecesarias.
- Las entrevistas motivacionales son un estilo directo focalizado sobre el paciente para lograr cambios de comportamiento.
- Los programas educativos que enseñan habilidades prácticas de autocuidado son más eficaces que el suministro de información por sí sola.
- Manejar el impacto emocional de la enfermedad sobre el paciente.

¹⁹ Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.

²⁰ Ibídem.

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento permiten garantizar la seguridad del paciente a través de prácticas seguras de autocuidado y la auto-responsabilidad? ([regresar al escenario problémico](#))

Si bien no hay un consenso generalizado sobre mecanismos de monitoreo y seguimiento ya que no se han construido indicadores poblacionales, es posible señalar algunos aspectos a tener en cuenta para verificar que las prácticas de autocuidado son efectivas. Algunos aspectos claves para monitorear podrían ser:

1. La habilidad del paciente para la resolución de problemas.
2. La capacidad del paciente para tomar decisiones respecto de su situación y los pasos a seguir.
3. La capacidad del paciente para utilizar los recursos que son brindados por las instituciones de salud.
4. La posibilidad de planificar acciones, adquirir nuevos comportamientos y controlar el impacto emocional de la enfermedad.
5. La habilidad de auto-adaptación por parte del paciente sin necesidad continúa de un aporte profesional.

Los cinco puntos referenciados implican la adquisición de conocimientos y prácticas sobre autocuidado. Éstos deben ser instruidos en las instituciones de salud a través de procesos de aprendizaje dirigidos a los pacientes y/o sus familiares o red social

de apoyo. De este modo, la eficacia de las políticas institucionales podría verificarse a través del monitoreo y seguimiento de las conductas y sus cambios en los pacientes. Esta recomendación supone la posibilidad de utilizar, principalmente, métodos cualitativos como por ejemplo la entrevista motivacional: este instrumento metodológico permite ahondar en las acciones del paciente para monitorear las prácticas del autocuidado y, simultáneamente, realizar un trabajo motivacional.

Para realizar monitorios y seguimientos cuantitativos, solamente podemos referenciar los estudios de casos realizados. A modo de ejemplo, dejaremos algunos indicadores para hacer seguimiento de las actividades que se implementen para involucrar al paciente en el autocuidado de su seguridad:

- Proporción de pacientes que mejoran la toma de sus medicamentos vía oral.²¹
- Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les entregó información sobre autocuidado.²²

²¹ Tomado como ejemplo de la Versión 1 de este Paquete Instruccional.

²² Este indicador se ha tomado del Paquete Instruccional de Monitoreo y se detallará su ficha técnica en el apartado 7.4.2

¿Cómo se implementan prácticas seguras de autocuidado para evitar eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

A continuación se detallan estrategias y prácticas seguras que se han implementado en distintos estudios de caso.

Telefonía móvil para recordatorio de citas²³: la no asistencia a las consultas externas se traduce en problemas administrativos, económicos, la pérdida y la mala atención de los pacientes. Por este motivo, el estudio referenciado ha demostrado que la intervención a través del teléfono móvil podría mejorar la eficacia de las tasas de asistencia en la enfermedad crónica de seguimiento. En esta dirección, la conclusión del estudio indica que se mostraron leves mejorías en la asistencia cuando se hicieron llamadas telefónicas y enviaron mensajes de texto enviados a los pacientes o su familia. Por último, vale aclarar que en el estudio se indica que los resultados difieren de otras investigaciones donde se muestra una mejora significativa en la asistencia tras el uso de mensaje de teléfono o texto recordatorios.

Capacitación web sobre controles de glucemia²⁴: debido al aumento de la prevalencia de diabetes tipo dos, la educación para el autocontrol de la diabetes (DSME) es un proceso crítico a través del cual los pacientes con diabetes obtienen conocimientos y habilidades con el fin de mejorar su estilo de vida. El Internet ofrece fuentes de información e interactivos a los pacientes con diabetes de manera eficiente y con un

23 Sachdev P., Gunn E., Harron K., Natarajan A.; Clinic appointment reminders and their effect on 'Did not attend' (DNA) rates & HbA1C, in a paediatric diabetes clinic; Hormone Research in Paediatrics (2012) 78 SUPPL. 1 (68-69). Date of Publication: September 2012

24 Kim Y., McCollum H.; A meta-analysis of randomized controlled trials of Internetbased diabetes self management intervention in patients with type 2 diabetes; FASEB Journal (2013) 27 Meeting Abstracts. Date of Publication: April 2013

coste mínimo. La educación basada en la Web se ha utilizado recientemente para prevenir y controlar las enfermedades crónicas. El objetivo del estudio referenciado fue revisar sistemáticamente los informes anteriormente publicados para determinar el efecto de la capacitación sobre el control de la glucemia en pacientes con diabetes tipo dos, a partir del uso de la Web.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en dos bases de datos científicas entre enero de 1990 y octubre de 2012. Los siete estudios seleccionados incluyeron 869 pacientes con diabetes tipo dos. El meta análisis mostró una mejora del 0,40% (IC del 95% -0.604 -0.209) en la HbA1c entre los diabéticos que recibieron la “diabetes educación” para el autocuidado a través de Internet. Además, el análisis reportó una mejora en la glucemia en ayunas (0,368; IC del 95%: -0,491 -0,245) entre las personas que tenían educación para el autocontrol de la diabetes a través de Internet. En conclusión, las mejoras en el control glucémico se observó en los pacientes con diabetes tipo dos que tenían educación para el autocontrol de la diabetes a través de Internet en comparación con los pacientes con diabetes tipo dos que habían recibido educación para el autocuidado a través de charlas y folletos o ninguna educación.

Cancerstories²⁵: es un innovador programa de video-diario con el objetivo de ser

²⁵ Mitchell A.J.; Introducing nullcancerstoriesnull an innovative video diary programme providing peer support online: Development and pilot

aceptable, eficaz y ampliamente disponible. *CancerStories* presenta en las cuentas personales de los pacientes de la vida real cómo se las arreglaron con el cáncer en el vídeo. La grabación fue llevada a cabo por médicos experimentados con la ayuda de pacientes voluntarios. Los videos son editados y aprobado por los pacientes.

En términos generales, los principales problemas para los pacientes con cáncer incluyen: “viviendo con cáncer”, la comunicación con los médicos para hacer frente con el tratamiento, las complicaciones emocionales, reacciones de amigos, la vuelta al trabajo y la maximización de la calidad de vida. El análisis preliminar del programa de vídeo realizado por 25 pacientes sugiere alta satisfacción y percepción clínica. Asimismo, la mayoría de los pacientes vieron el programa tan fácil de usar y se lo recomendarían a otros.

Los enlaces de vídeo están en www.youtube.com o un sitio personalizado www.CancerStories.info donde hasta la fecha se ha creado 50 cuentas.

Tele-rehabilitación para accidente cerebro vascular²⁶: tele-rehabilitación es una forma alternativa de la prestación de servicios de rehabilitación. Se utilizan tecnologías de la información para facilitar la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente en una ubicación remota. El uso de tele-rehabilitación es cada vez más viable gracias a la velocidad y la sofisticación de las nuevas tecnologías de comu-

evaluation; *Psycho-Oncology* (2013) 22 SUPPL. 3 (61-62). Date of Publication: November 2013

26 Laver K.E., Schoene D., Crotty M., George S., Lannin N.A., Sherrington C.; *Telerehabilitation services for stroke.*; The Cochrane database of systematic reviews (2013) 12 (CD010255). Date of Publication: 2013

nicación. Sin embargo, las conclusiones de la tele-rehabilitación no han mostraron evidencia significativa de un efecto beneficioso en comparación con la atención habitual.

Intervenciones educativas en enfermedades crónicas²⁷: con el fin de crear un abordaje estructurado para garantizar una correcta autogestión, en el estudio referenciado se investiga la importancia de brindar atención primaria y enseñar ofreciendo información al paciente sobre su propia situación. El estudio concluye que las personas que han recibido atención primaria y educación sobre su enfermedad y el respectivo tratamiento, han mejorado su autocuidado y su calidad de vida.

Intervenciones por telemedicina a fines de controlar la glucemia en pacientes con Diabetes Tipo dos²⁸: el estudio señalado investiga el efecto de las intervenciones a través de telemedicina en el autocuidado y el manejo de las condiciones de salud de pacientes con diabetes tipo dos. Si bien el estudio indica que no ha llegado a conclusiones determinantes, afirma que se puede suponer un efecto positivo y un mejoramiento de la salud cuando se realizan intervenciones a través de telemedi-

27 Collins C., Beirne S., Doran G., Patton P., Gensichen J., Kunnamo I., Smith S., Eriksson T., Rochfort A.; Systematic Review: The effectiveness of educational interventions for primary care health professionals designed to improve self-management in patients with chronic conditions; *European Journal of General Practice* (2014) 20:1 (56). Date of Publication: March 2014

28 Cassimatis M., Kavanagh D.J.; Effects of type 2 diabetes behavioural telehealth interventions on glycaemic control and adherence: A systematic review; *Diabetes Technology and Therapeutics* (2014) 16:SUPPL. 1 (S60-S61). Date of Publication: 2014

cina. Asimismo, el estudio sugiere conveniente realizar intervenciones diferenciadas según la situación médica del paciente. En este sentido, las aplicaciones informáticas de software pueden ser programadas para abordar las especificidades de cada paciente con el objetivo de mejorar el nivel de conocimiento, el comportamiento, las habilidades y los dominios emocionales de autogestión a través de comentarios, asesoramiento personalizado, la fijación de objetivos y recordatorios.

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

7.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados y con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad originada por deficiencias en el autocuidado, a continuación se presentan las principales fallas y prácticas seguras que buscan involucrar al paciente y/o cuidador(es) en su propio tratamiento para comprobar y optimizar los efectos del mismo.

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

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

SIGUIENTE FALLA



43

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

- Políticas deficientes en cuanto a la generación de espacios de comunicación.

Contexto Institucional

- Comunicación deficiente por ARP, EPS u otras instituciones sobre autorizaciones, tiempos de atención, etc que impidan que el paciente gestione.
- Recomendaciones confusas a través de internet o contrarias a las suministradas en la institución.

Individuo

- No asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el paciente y/o cuidador formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible.¹⁰

- 10. Clinical Excellence Commission. Literacy-and-Communication-Improving-Communication. Available from: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/hlg/literacy-and-communication-improving-communication>.

- La mecanización y deshumanización de los procesos.¹¹

- 11. Commission TJ. "What Did the Doctor Say?": Improving Health Literacy to Protect Patient Safety 2007:[1-61 pp.]. Available from: psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4901.

- Uso de tecnicismos médicos.

- Deficiencias en áreas como: la comprensión del paciente, respeto de su situación, las opciones terapéuticas, los riesgos y el cuidado.¹²

- 12 Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)

Tarea y tecnología

- No contar con una herramienta de estandarización de la comunicación con el paciente.¹

- 1. SaferHealthcare. Communication. Available from: <http://www.saferhealthcare.com/high-reliability-topics/communication>

- No utilizar al menos dos identificadores en la identificación y las ayudas diagnósticas.²

- 2. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Paciente

- Patología.
- Nivel cultura y socioeconómico.
- Edad.
- Desinterés o evasión de responsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud.
- Diversidad cultural y/o de creencias.
- Angustia.
- Alteraciones de la conciencia y estado mental.
- Estilo de vida.
- Perdida de confianza en el equipo de atención.

Equipo

- Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.
- Brechas en la comunicación e interrupciones en la continuidad de la misma.¹⁴

- 14 Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.

Ambiente

- Ambiente laboral punitivo y restrictivo.
- Deficiente clima laboral.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Verificar por parte del personal asistencial la comprensión en el paciente, familia y/o cuidador de las órdenes médicas verbales y escritas.
- Instaurar comunicación preventiva con el registro en la historia clínica de la actividad que deben ser especificadas al paciente.³
 - 3. Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)
- Invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición.⁴
 - 4. Commission TJ. "What Did the Doctor Say?:"Improving Health Literacy to Protect Patient Safety2007:[1-61 pp]. Available from: psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4901.
- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.⁵
 - 5 Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Dedicar tiempo extra a explicar a los pacientes la información en un lenguaje no técnico.⁶
 - 6 A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement, 93 (2013).
- Usar guías con ilustraciones para la explicación de la información.⁷
 - 7 Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3).
- Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.⁸
 - 8 Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.⁹
 - 9 Ídem 64.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permita adquirir e intercambiar conocimientos.

ADMINISTRATIVAS

- Garantizar la continuidad de la atención.
- Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende el paciente.¹⁵
 - 15 Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes2007. Available from: <http://www.min-salud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Establecer listas de chequeo para los pacientes.¹⁶
 - 16 Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.
- Desarrollo de programas de pacientes por la seguridad del paciente.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Adecuación de espacios que permitan una comunicación fluida, confidencial y oportuna.
- Estandarizar lista de chequeo y redundancias; todo sistematizado.¹³
 - 13 Patient-centered care improvement. Practical approaches for building a patient-centered culture2008:[77-91 pp.]. Available from: <http://www.patient-centeredcare.org/inside/practical.html>.

PRÁCTICAS SEGURAS



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

Falla activa No. 2 ([regresar al escenario problémico](#))



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

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

Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Sobrecarga de trabajo.
- Ausencia de un programa de educación continuada al personal.

Individuo

- Deshumanización de la atención.
- No diligenciamiento de las entrevistas.
- La mecanización de los procesos.¹⁷
- 17 Commission TJ. "What Did the Doctor Say?": Improving Health Literacy to Protect Patient Safety 2007:[1-61 pp.]. Available from: psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4901.
- Deficiencias en áreas como: la comprensión del paciente, respeto de su situación, las opciones terapéuticas, los riesgos y el cuidado.¹⁸
- 18 Ramírez J, Ocampo R, Pérez I, Velázquez D, Yarza E. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011;9(3)
- No asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el paciente y/o cuidador formule y responda preguntas sin interrupciones.

Equipo

- Comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo.
- Falta de supervisión a las actividades realizadas.

Ambiente

- Mal clima laboral.
- Retiro de la familia y/o cuidadores que poseen información de las instalaciones de atención.

Tarea y tecnología

- Ausencia de medios de comunicación con el paciente, familiares y/o cuidadores primarios.
- Ausencia de protocolos para entrevistas y actividades educativas entre personal asistencial y pacientes.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Humanización del servicio y la atención.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente familiares y/o cuidadores primarios.
- Generación de canales comunicativos a través de las TIC con el paciente y sus familiares.
- Métodos educativos interactivos de fácil manejo y comprensión.
- Registro clínico de las actividades educativas.
- Disponibilidad de atención por vía telefónica o "telecuidado" que ofrezca mayor continuidad al tratamiento y apoyar a los pacientes a adoptar y mantener un estilo de vida que contribuya a controlar su enfermedad.¹⁹

- 19 Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.

ADMINISTRATIVAS

- Capacitaciones en humanización del servicio.
- Generación de una cultura de seguridad.
- Rondas de seguridad multidisciplinarias.
- Personal suficiente y entrenado.

NATURALES

- Generar espacios naturales para el adecuado intercambio de información y conocimientos acerca de la patología del paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

Falla activa No. 3 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



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

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

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes o actividades asignadas).
- Políticas institucionales poco claras acerca de las actividades educativas necesarias.
- Inadecuada planeación o ausencia de cronograma de actividades educativas y evaluación de las mismas.
- Ausencia de programa de capacitación para el fomento de las actividades educativas.



Individuo

- Fatiga del personal.
- Personal no idóneo para las actividades educativas.
- Omisión o no adherencia a los protocolos educativos.
- Mecanización de los procesos.

Tarea y tecnología

- Ausencia o deficiente modelo educativo e informativo al paciente, familiares y/o cuidador(es).
- No disponibilidad de los materiales educativos.
- Desconocimiento de las tareas, protocolos y guías educativas.



Paciente

- Personalidad.
- Desinterés o evasión de responsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud.
- Nivel educativo y socioeconómico.

Equipo

- Falta de supervisión al personal que realiza las tareas educativas.
- Falta de canales de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Fallas en la comunicación de los profesionales de atención para pacientes polimedicados.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.

Ambiente

- Clima laboral deficiente.
- Infraestructura inadecuada para las actividades educativas.
- Ruido.

FALLAS LATENTES



Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Adherencia a los protocolos educativos.
- Garantizar la fluidez de la información entre los diferentes actores del sistema.
- Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento previo, durante y posterior a la atención.
- Invitar siempre a preguntar al paciente y sus familiares durante los procesos de atención.
- Apoyo mediante cuidadores informales.²⁰

- 20 Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.

NATURALES

- Generar espacios naturales para el adecuado intercambio de información y conocimientos acerca de la patología del paciente.

ADMINISTRATIVAS

- Supervisión a los mecanismos de comunicación y trasmisión de la información al paciente y su familia.
- Personal suficiente y entrenado.
- Desarrollo de programas de pacientes por la seguridad del paciente.
- Programas educativos que enseñan habilidades prácticas de autocuidado.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente, familiares y/o cuidadores primarios.
- Diseños y accesibilidad de programas interactivos de educación para los pacientes y los familiares.
- Disponer canales de comunicación a través de chat, redes sociales y mensajes de texto, teléfonos que promuevan estilos de vida saludables y específicos de acuerdo a la patología.
- Disponibilidad de atención por vía telefónica o "telecuidado" que ofrezca mayor continuidad al tratamiento y apoyar a los pacientes a adoptar y mantener un estilo de vida que contribuya a controlar su enfermedad.²¹

- 21 Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

Falla activa No. 4 [\(regresar al escenario problémico\)](#)



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

- Políticas institucionales poco claras acerca de las actividades de verificación requeridas.
- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes o actividades asignadas).

Individuo

- No adherencia a los protocolos del programa educativo.
- Fatiga, cansancio.
- Mecanización de los procesos.
- Omisión de los mecanismos de redundancia y parafraseo.
- Personal no idóneo.
- Desconocimiento de las tareas, habilidades, competencias.

Paciente

- Timidez y temor a cuestionar o manifestar que no entendió (vergüenza).
- Nivel educativo y sociocultural.
- Edad.
- Estado de alteración de la conciencia.
- Patología.

Equipo

- Falta de supervisión al personal que realiza las actividades educativas.
- Falta de comunicación verbal y escrita acerca de los cuidados en casa para cada patología y egreso.
- Ausencia de soporte técnico y humano.

Tarea y tecnología

- Ausencia de folletos ilustrativos en lenguaje comprensible a los pacientes.
- Documentación incompleta a cerca de las recomendaciones de continuidad del tratamiento, signos de alarma y medios de comunicación con la institución en caso de requerirlos.

Ambiente

- Deficiente ambiente laboral.
- Inadecuados espacios para la verificación de la comprensión.
- Ruido, hacinamiento.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No. 4 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Generar listas de chequeo, manuales, Instructivos previos y posteriores a la atención y realizar gestión documental.
- Incentivar al paciente y su familia a indagar constantemente sobre su patología y el plan de tratamiento.
- Generación de redundancias y repetición por parte del paciente y sus familiares de lo explicado.
- Rondas de seguridad del paciente con equipos multidisciplinares que interactúen con los pacientes.
- Plan padrino de los pacientes.
- Entrega escrita de las recomendaciones de egreso y cuidados en casa.

NATURALES

- Disponer de espacios tranquilos e iluminados que fomenten la interacción.
- Generar espacios naturales para el adecuado intercambio de información y conocimientos acerca de la patología del paciente.

ADMINISTRATIVAS

- Personal suficiente y entrenado.
- Formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.
- Promoción sostenida de estilos de vida saludables.
- Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.
- Apoyo mediante verificadores informales.
- Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. [Innovative care and self-care strategies for people with chronic diseases in Latin America]. Rev Panam Salud Publica. 2010 Jan;27(1):1-9.
- Fomento a la conformación de alianzas y redes de autocuidado.
- Implementación de diferentes modelos de enseñanza.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de material educativo con: Información esencial, diseño claro y sencillo, fácil comprensión y manejo, material ilustrado.
- Pagina web con los folletos y recomendaciones suministradas a los pacientes para los cuidados en casa, garantizando un lenguaje comprensible.
- Adecuación de recomendaciones y plan de tratamiento en casa de acuerdo a las condiciones del paciente con alguna discapacidad.

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

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

Proporción de pacientes hospitalizados quien se les entregó información sobre autocuidado.

DOMINIO

Gerencia del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes hospitalizados a los cuales se les entregó información sobre autocuidado.

DENOMINADOR

Total de pacientes hospitalizados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / Denominador x 100

Tal como se indicó al comienzo del presente paquete instruccional, en la temática autocuidado no se han construido indicadores que permitan obtener estadísticas de poblaciones. En este sentido y considerando lo expuesto en este trabajo, es oportuno recomendar que las encuestas como mecanismos de monitoreo cualitativo y aleatorizado deban abordar los siguientes aspectos:

- Nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre su propia situación médica.
- Autoeficacia y autogestión.
- Cambios en el apoyo social que garanticen una red de apoyo.
- Nivel de la calidad de vida del paciente.
- Eficacia de intervenciones a partir del uso de nuevas tecnologías.

Estos cinco aspectos constituyen aristas que, de algún modo, se encuentran implícitas en los distintos casos de estudio citados en el apartado “7.1 - Antecedentes”.



8. APROPIACIÓN

57



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



CASO 1

Paciente de 54 años, fumador pesado, bebedor diario de alcohol, quien consulta en octavo día postoperatorio de colecistectomía por presentar secreción purulenta en herida quirúrgica. Al examen se encuentra alerta, hidratado, febril, TA: 115/70, FC: 100 por minuto, T: 38 grados. Abdomen globoso, abundante panículo adiposo, sitio quirúrgico ocluido con apósito y esparadrapo en malas condiciones higiénicas, calor, edema y rubor local. Se retira apósito, se realiza curación y drenaje en salas de cirugía de absceso de pared, se da egreso 10 días posterior a manejo antibiótico y evolución satisfactoria.

INVESTIGACIÓN

Posterior al reporte del evento el referente realiza revisión documental y realiza entrevista al personal de la hospitalización, preguntando:

Referente: ¿cómo fue la evolución posterior a la colecistectomía?

Enfermera: luego de la cirugía, evolucionó muy bien, se dio egreso al tercer día.

Referente: ¿se dieron las recomendaciones para el cuidado en la casa?

Enfermera: cuando se dio egreso, le expliqué sobre los cuidados normales. El paciente no cuenta con apoyo familiar, siempre estuvo solo durante la hospitalización, no recibió visitas.

Referente: ¿se ordenaron curaciones?

Enfermera: no, el médico no lo considero necesario, ya que la evolución fue buena.

Referente: ¿se cercioró que el paciente entendiera las recomendaciones?

Enfermera: no, solamente le entregué las ordenes y le dije que regresara a control en 10 días. En este servicio siempre estamos llenos y no tenemos tiempo para eso.

ANÁLISIS

Para este caso en particular, aparte de los miembros permanentes, se ha invitado al coordinador de cirugía.

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: Inadecuada verificación de la comprensión de las actividades de cuidado en casa al paciente y/o su cuidador.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	TIPO DE FALLA
Paciente sin apoyo social.	Paciente.
Deficiencia en la comunicación, falta de información al usuario.	Individuo.
Deficiencia en los procesos de supervisión.	Equipo de trabajo.

No adherencia a los protocolos del programa educativo.

Individuo.

Fatiga, cansancio.

Individuo.

Mecanización de los procesos.

Individuo.

Sobrecarga laboral.

Organización y gerencia.

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. Para tener un mejor abordaje y cumplimiento de recomendaciones de cuidado en este caso, se debería:

- a. Tener interconsulta con trabajo social para canalizarlo a un programa de ayuda por su falta de soporte social.
- b. Tener en cuenta las condiciones sociales del paciente para realizar el ajuste al plan de las curaciones.

- c. Aumentar el tiempo de internación con el ánimo de garantizar el proceso completo de curación ideal.
 - d. Solicitar el consentimiento informado del paciente para inclusión en el programa de atención domiciliaria.
2. La persona indicada para verificar la comprensión de las instrucciones al paciente frente a su cuidado es:
- a. El médico en el momento de la evolución clínica.
 - b. El personal de enfermería en el momento del egreso.
 - c. El personal auxiliar en el momento de la atención.
 - d. El equipo de salud que interactúa con el paciente.

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



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

62





MINSALUD

IR AL ÍNDICE



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

Para tener un mejor abordaje y cumplimiento de recomendaciones de cuidado en este caso, se debería:

- a. Tener interconsulta con trabajo social para canalizarlo a un programa de ayuda por su falta de soporte social.
- b. Tener en cuenta las condiciones sociales del paciente para realizar el ajuste al plan de las curaciones.
- c. Aumentar el tiempo de internación con el ánimo de garantizar el proceso completo de curación ideal.
- d. Solicitar el consentimiento informado del paciente para inclusión en el programa de atención domiciliaria.

Selección correcta.

b. Se debe adecuar cada atención a las condiciones de cada paciente, esa debe ser la aplicación de las guías.

d. Es válido proponer algún nuevo servicio que pueda suplir las dificultades del paciente en caso de no poder cumplir con las pautas de cuidado, sin embargo, lo ideal es el ajuste de las guías y la información que se le brinda al usuario.

Selección incorrecta

a. En el presente caso el no tener acompañamiento por familiares no implica que no pueda valerse por sí mismo, ante todo se debe desarrollar las competencias de los pacientes en el cuidado de su patología.

c. El generar mayor tiempo de internación implica mayores riesgos al paciente.

La persona indicada para verificar la comprensión de las instrucciones al paciente frente a su cuidado es:

a. El médico en el momento de la evolución clínica.

b. El personal de enfermería en el momento del egreso.

c. El personal auxiliar en el momento de la atención.

d. El equipo de salud que interactúa con el paciente.

Selección correcta.

d. Todo trabajador del equipo de salud debe estar pendiente de la comprensión que logre un paciente con relación a su patología y cuidados.

Selección incorrecta

a, b, y c son correctos pero no exclusivamente.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

65



IR AL ÍNDICE



MONITOREO - INDICADORES

ESE HOSPITAL DEL SUR DE ITAGUÍ

“Programa el usuario y su familia como gestores de seguridad”

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

67

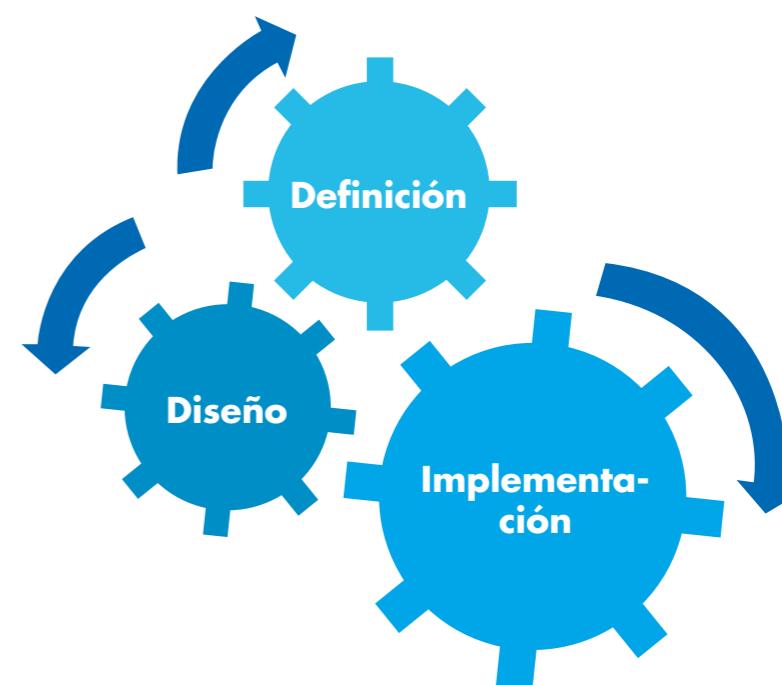


IR AL ÍNDICE

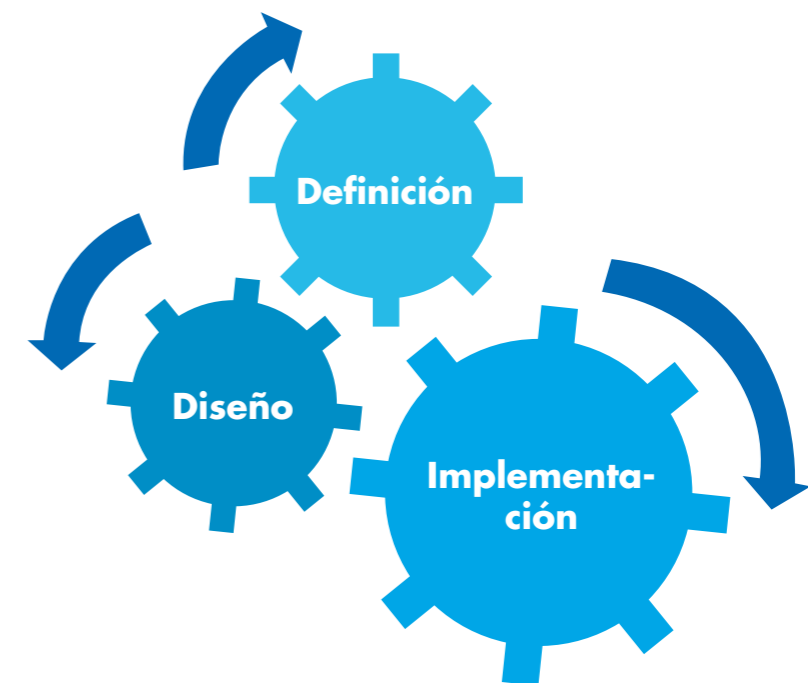


- La información educativa y la enseñanza de prácticas sobre autocuidado deben ser uno de los ejes básicos de la atención hospitalaria a fines de evitar acciones inseguras. Este aprendizaje debe llevar a que la persona asuma las responsabilidades de su rol de paciente para empoderarse de su propia salud y cuidado.
- El abordaje institucional del autocuidado requiere de la elaboración de un tríptico que contenga la información necesaria que indique las responsabilidades del propio paciente, las del personal en salud y las de la Dirección del hospital, difundirlo entre directivos de la unidad médica, personal, pacientes y familiares, verificar su aplicación y evaluar sus resultados¹.
- Además del abordar el tratamiento sobre la enfermedad del paciente, el autocuidado también debe emprenderse desde la gestión emocional del paciente, esto es: analizar cómo impacta psicológicamente la enfermedad y el proceso de recuperación sobre el paciente. De tal modo, se garantiza una atención integral que implica un abordaje clínico de la enfermedad y el impacto de la misma sobre la salud mental del individuo.

¹ Siguiendo al artículo de Aguirre Gas previamente citado, en Anexo se detalla la propuesta de este autor para la elaboración del tríptico.



- En las prácticas de autocuidado influyen factores internos y externos. En cuanto a los primeros, incluimos la voluntad, los hábitos, el conocimiento y las actitudes del paciente; respecto de los factores externos, se deben considerar: el contexto cultural, la situación de género y el desarrollo científico y tecnológico. En lo referente al factor tecnológico y según se ha detallado en las experiencias exitosas mencionadas en el apartado 7.1, los recursos tecnológicos nos permiten utilizarlos como herramientas de intervención para mejorar el autocuidado; desde llamadas telefónicas hasta videos como “CancerStories”, se recomienda tener en consideración estos recursos para reforzar las prácticas de autocuidado.
- La necesidad de ahondar en el desarrollo de estudios que permitan aproximarnos a la construcción de indicadores poblacionales para tener un mejor conocimiento sobre cómo reducir las acciones inseguras que afectan el autocuidado.



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



12. ANEXOS

70



IR AL ÍNDICE



ANEXO 1 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

ANEXO 2 - PLAN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aguirre-Gas, H., , Revista CONAMED – Vol, México, 2008

Cuadro 2. Alianza Mundial por la Seguridad (Global Patient Safety) y la OMS.

Problemas de seguridad que requieren atención prioritaria	
1°	Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2°	Identificación correcta de pacientes
3°	Comunicación durante la entrega de pacientes
4°	Realización correcta del procedimiento correcto, en el paciente y lugar del cuerpo correctos
5°	Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6°	Asegurar la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales
7°	Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8°	Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9°	Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud

ANEXO 2 - PLAN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aguirre-Gas, H., , Revista CONAMED – Vol, México, 2008

Cuadro 3. Causas raíz de los problemas de seguridad.

1ª	Falta de seguridad en los traslados de pacientes
2ª	Omisión del lavado de manos
3ª	Omisión en la identificación correcta del paciente
4ª	Incumplimiento de los procedimientos normados para la atención segura del paciente
5ª	Integración deficiente u omisión en la integración del expediente clínico
6ª	Información insuficiente al paciente y familiares
7ª	Desconocimiento por el paciente y familiares de la identidad del médico tratante
8ª	Desconocimiento del reglamento del hospital por pacientes y familiares
9ª	Falta de información al médico de las alergias o reacciones adversas por medicamentos o transfusiones
10ª	Falta de un sitio en el hospital donde recibir atención en caso de dudas o inconformidades



ANEXO 2 - PLAN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aguirre-Gas, H., , Revista CONAMED – Vol, México, 2008

Cuadro 4. Medidas de seguridad del paciente que son responsabilidad del personal de salud.

1ª	El personal que presta la atención a la salud, debe lavarse las manos antes de atender al paciente y usar material nuevo, desechable o esterilizado.
2ª	Antes de trasladar un paciente en cama o camilla, el personal debe cerciorarse que se cuente con recursos de seguridad: barandales, piecera, cabecera y correas sujetadoras y aplicarlos.
3ª	Cada paciente debe contar con una pulsera en la muñeca derecha y una tarjeta de identificación en la cabecera de su cama, que indiquen su nombre, el de su médico, su grupo sanguíneo y Rh, alergias y reacciones graves por medicamentos.
4ª	Antes de realizarse cualquier procedimiento, el personal de salud debe confirmar la identidad del paciente: verbalmente, con la pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera y/o el expediente clínico.
5ª	Cada paciente debe contar con un expediente clínico personal, elaborado conforme a la Norma Oficial Mexicana 168.
6ª	El personal de salud debe informar al paciente y familiares acerca de su padecimiento, de su tratamiento y de los procedimientos que se le realizarán, y éste podrá hacer las preguntas que desee, tendrá derecho a que se le contesten y aceptar con su firma que se realicen o negarse a ello.



ANEXO 2 - PLAN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aguirre-Gas, H., , Revista CONAMED – Vol, México, 2008

Cuadro 5. Medidas para la autoseguridad del paciente que son responsabilidad del paciente y su familia.

1ª	El paciente debe conocer a su médico, identificarlo por su nombre, presentarse con él, plantearle sus dudas y atender a sus respuestas y sus indicaciones.
2ª	El paciente y sus familiares deben conocer el reglamento del hospital y respetarlo.
3ª	El paciente debe informarse con su médico, sobre los medicamentos que está recibiendo, los cuidados que debe tener, posibles molestias y signos de alarma, para poder avisar en caso de reacciones adversas.
4ª	Si alguno de los puntos previos para la seguridad del paciente no hubiera sido atendido, el paciente o sus familiares deben informarlo a su médico y solicitarle que se les aclaren sus dudas y en su defecto presentar su inconformidad, en el sitio y con la persona que el hospital haya determinado para ello y tienen derecho a ser atendidos.
5ª	El paciente es responsable de participar con el médico y el personal en sus cuidados y en la recuperación de sus necesidades de salud, mediante el cumplimiento de las instrucciones que se le den.
6ª	El paciente y sus familiares deben tener en cuenta que el médico y el personal de salud, son profesionales dedicados a satisfacer sus necesidades de salud y por ello deben tratarlos con la debida consideración.



ANEXO 2 - PLAN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aguirre-Gas, H., , Revista CONAMED – Vol, México, 2008

Cuadro 6. Medidas para la autoseguridad del paciente que son responsabilidad de la Dirección del hospital.

1ª	Promover el lavado de manos por el personal antes de atender a los pacientes y proveer las facilidades e insumos necesarios para hacerlo y verificar que se cumpla esta norma.
2ª	Implantar un sistema de seguridad para prevenir caídas y proveer el equipo requerido para la seguridad de los pacientes durante los traslados, incluyendo: barandales, pieceras, cabeceras y sujetadores y verificar que se utilicen.
3ª	Implantar un sistema de identificación de pacientes y proveer los insumos necesarios para la elaboración de pulseras y tarjetas de identificación en la cabecera de las camas y verificar que se utilicen.
4ª	Asegurarse que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que éste se utilice conforme a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico.
5ª	Contar en el ámbito de su competencia, con una instancia responsable de la identificación, prevención, registro y seguimiento de los eventos adversos y a disposición de pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus quejas e inconformidades.
6ª	Tiene la responsabilidad de proveer las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.
7ª	Debe garantizar que en las áreas operativas se cuente con los documentos normativos e instructivos de operación necesarios para prevenir las fallas de seguridad, asegurar su conocimiento por el personal y supervisar su cumplimiento.



ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

- **PREPÁRESE PARA LAS CITAS MÉDICAS, HAGA SU LISTA DE PREGUNTAS.**

Es importante que usted y su médico trabajen en equipo para tener mejor calidad en su atención médica. Si participa en el cuidado médico que usted o su familia va a recibir, puede mejorar la calidad de ella. Haga preguntas sobre su tratamiento. Esté seguro de que usted ha entendido su problema de salud. Evalúe sus opciones.

¿Le ha dado su médico un medicamento por prescripción?

¿Le tienen programado hacerse pruebas médicas?

¿Ha recibido recientemente un diagnóstico?

¿Está considerando tratamiento para una enfermedad o condición?

¿Le recomendó su médico recientemente una cirugía?

¿Está escogiendo un plan de seguro médico?

¿Está escogiendo un médico?

¿Está escogiendo un hospital?

¿Está escogiendo atención a largo plazo?

- **¿LE HA DADO SU MÉDICO UN MEDICAMENTO POR PRESCRIPCIÓN?**

PREGUNTE:

¿Cuál es el nombre del medicamento?

¿Cómo se deletrea el nombre?

¿Puedo tomar una versión genérica de este medicamento?

¿Para qué es el medicamento?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

¿Cómo se supone que debo tomarlo?

¿Cuándo debo tomar mi medicamento?

¿Cuánto medicamento debo tomar?

¿Por cuánto tiempo tengo que tomar el medicamento?

¿Cuándo comenzará a surtir efecto el medicamento?

¿Puedo dejar de tomar mi medicamento si me siento mejor?

¿Me pueden volver a surtir el medicamento?

¿Existen algunos efectos secundarios?

¿Cuándo debo decirle a alguien sobre un efecto secundario?

¿Debo evitar algunas comidas, bebidas o actividades?

¿Esta nueva prescripción significa que debo dejar de tomar cualquier otro medicamento que esté tomando en este momento?

¿Puedo tomar vitaminas con mi prescripción?

¿Qué debo hacer si se me olvida tomar mi medicamento?

¿Qué debo hacer si accidentalmente tomo más de la dosis recomendada?

¿Existe alguna información escrita que pueda llevarme a casa?

¿Hay algunas pruebas que necesite hacerme mientras estoy tomando este medicamento?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

- **¿LE TIENEN PROGRAMADO HACERSE PRUEBAS MÉDICAS?**

PREGUNTE:

¿Para qué es la prueba?

¿Cómo se hace la prueba?

¿Dolerá la prueba?

¿Qué tan precisa es la prueba?

¿Esta prueba es la única forma de conseguir esta información?

¿Cuáles son los beneficios y riesgos de hacerse esta prueba?

¿Qué necesito hacer para prepararme para esta prueba?

¿Cuántas veces usted ha realizado la prueba?

¿Cuándo obtendré los resultados?

¿Qué me dirán los resultados?

¿Cuál es el siguiente paso después de la prueba?

- **¿HA RECIBIDO RECIENTEMENTE UN DIAGNÓSTICO?**

PREGUNTE:

¿Cuál es mi diagnóstico?

¿Cuál es el nombre técnico de mi enfermedad o condición, y qué quiere decir en pocas palabras?

¿Cuál es mi pronóstico (perspectiva para el futuro)?

¿Qué cambios tendré que hacer?

¿Existen posibilidades que de alguien más en mi familia pueda tener la misma condición?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

¿Necesitaré ayuda especial en casa para mi condición?

¿Existe algún tratamiento?

¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?

¿Qué tan rápido necesito tomar una decisión sobre mi tratamiento?

¿Cuáles son los beneficios y riesgos asociados con mis opciones de tratamiento?

¿Existe algún ensayo clínico (estudio de investigación) que sea adecuado para mí?

¿Necesitaré pruebas adicionales?

¿Qué organizaciones y recursos recomienda para recibir apoyo e información?

- **¿ESTÁ CONSIDERANDO TRATAMIENTO PARA UNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN?**

PREGUNTE:

¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?

¿Qué recomienda usted?

¿Es doloroso el tratamiento?

¿Cómo puede controlarse el dolor?

¿Cuáles son los riesgos y beneficios de este tratamiento?

¿Cuánto cuesta este tratamiento?

¿Pagará mi seguro médico el tratamiento?

¿Cuáles son los resultados que debo esperar?

¿Cuándo podré ver resultados del tratamiento?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

- ¿Cuáles son las probabilidades de que el tratamiento funcione?
- ¿Existen algunos efectos secundarios?
- ¿Qué puede hacerse sobre ellos?
- ¿Qué tan pronto necesito tomar una decisión acerca del tratamiento?
- ¿Qué ocurre si escojo no hacerme ningún tratamiento en lo absoluto?
- **¿LE RECOMENDÓ SU MÉDICO RECIENTEMENTE UNA CIRUGÍA?**

PREGUNTE:

- ¿Por qué necesito cirugía?
- ¿Qué tipo de cirugía necesito?
- ¿Qué estará haciendo usted?
- ¿Cuáles son los beneficios y riesgos de tener esta cirugía?
- ¿Ha realizado usted esta cirugía antes?
- ¿Qué tan exitosa es esta cirugía?
- ¿Cuál es el mejor hospital para esta cirugía?
- ¿Dolerá la cirugía?
- ¿Necesitaré anestesia?
- ¿Cuánto tiempo tomará la cirugía?
- ¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme?
- ¿Cuánto tiempo estaré en el hospital?
- ¿Qué sucederá después de la cirugía?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

¿Cuánto costará la cirugía?

¿Pagará mi seguro médico la cirugía?

¿Existe otra forma de tratar mi condición?

¿Qué ocurrirá si espero o no me hago esta cirugía?

¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?

- **¿ESTÁ ESCOGIENDO UN PLAN DE SEGURO MÉDICO?**

PREGUNTE:

¿Cuáles son mis opciones?

¿Ofrece este plan de seguro médico los beneficios y servicios que necesito?

¿Ofrece este plan de seguro médico los médicos y hospitales que yo quiero?

¿Puedo pagar este plan de seguro médico?

- **¿ESTÁ ESCOGIENDO UN MÉDICO?**

PREGUNTE:

¿Es este médico parte de mi plan de seguro médico?

¿Tiene este médico la formación y entrenamiento que necesito?

¿Puede trabajar este médico en el hospital que me gusta?

¿Puedo hablar con este médico y hacer preguntas fácilmente?

¿Este médico me escucha?

¿Se lava las manos este médico antes de examinar cada paciente?

ANEXO 3 - PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL PACIENTE:

- **¿ESTÁ ESCOGIENDO UN HOSPITAL?**

PREGUNTE:

- ¿Qué hospital tiene la mejor atención para mi condición?
- ¿Cubre mi plan de seguro médico gastos en este hospital?
- ¿Cumple este hospital con los estándares de calidad nacional?
- ¿Cómo se compara este hospital con otros en mi área?
- ¿Ha tenido el hospital éxito con mi condición?
- ¿Tiene privilegios mi médico (se le permite trabajar) en este hospital?
- ¿Qué tan bien el hospital revisa y mejora su propia calidad de atención?

- **¿ESTÁ ESCOGIENDO ATENCIÓN A LARGO PLAZO?**

PREGUNTE:

- ¿Qué tipo de servicios necesito?
- ¿Cuáles son mis opciones de atención?
- ¿Pagará mi seguro médico atención a largo plazo?
- ¿Cumplirán estas instalaciones con mis necesidades?
- ¿Cómo ha sido calificada esta instalación de atención médica?

ANEXO 4 - **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 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.

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 7 - 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 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, 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.

ANEXO 9 - CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA - PREGUNTA No. 3

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

