

ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

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

OLGA LUCÍA CORREDOR CIFUENTES
Equipo Técnico

CLÍNICA CARRIAZO
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE LA SÁBANA
VIRREY SOLÍS
HOSPITAL PABLO VI BOSA
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
CLÍNICA NUEVA
JAVESALUD
Agradecimiento por su participación



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	14
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	18
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	23
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	25
7. MARCO TEÓRICO.....	27
7.1 Antecedentes	28
7.2 Justificación	34
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	35
7.4 Seguimiento y Monitorización	56
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	56
7.4.2 Indicadores	56
8. APROPIACIÓN	58
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	65
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	68
11. CONCLUSIONES.....	70
12. ANEXOS	72

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



1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE



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

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

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

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

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

a. Enfoque de expertos técnicos: en esta participaron tres actores:

- IPS acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.
- Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el

tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.

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

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

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

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

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

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

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

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

2. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

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

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

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

La incorrecta identificación de pacientes continúa siendo la principal causa de errores en la asistencia sanitaria. Los problemas en la identificación de pacientes están asociados frecuentemente a errores en la medicación, transfusión, realización de pruebas invasivas y no invasivas, procedimientos, etc, favoreciendo la aparición de eventos graves en el paciente.¹

¹ Tomado de Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En toda la industria de la atención sanitaria, la identificación incorrecta de los pacientes continua dando como resultado errores de medicación, errores de y errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a las familias equivocadas. Entre noviembre de 2003 y julio de 2005 la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes y casi pérdidas relacionadas con el extravío de pulseras o pulseras con la información incorrecta.²

La identificación incorrecta de los pacientes fue mencionada en más de 100 análisis de causas fundamentales individuales realizados por el Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) de los Estado Unidos, desde enero de 2000 hasta marzo de 2003. Afortunadamente, las intervenciones y estrategias disponibles pueden disminuir significativamente el riesgo de la identificación incorrecta de los pacientes.³

2 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutions> consultado 21 de noviembre de 2014

3 <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Identificaci%C3%B3n%20de%20pacientes.pdf> consultado 25 de noviembre de 2014



2. OBJETIVO GENERAL

14



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes 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 la posibilidad de eventos adversos relacionados.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

16



IR AL ÍNDICE



- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con la identificación del paciente.
- Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen los errores en la identificación del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces y su aplicación para mitigar los errores en la identificación del paciente.
- Socializar 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 identificación de los pacientes.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

18



 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.⁴

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁵

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.⁶

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.⁷

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

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

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

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc)⁸

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)⁹

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.

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).

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).

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

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

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).

- **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: error que no causa daño.¹¹

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

VERIFICACIÓN CRUZADA: procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ejemplo: verbal y a través de brazalete.

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN: las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control de acceso son brazaletes de distintos materiales y apariencias que cumplen con la función de identificar a un individuo o grupos de personas para lograr un rápido control de ingreso a eventos o lugares de concurrencia masiva.

¹¹ Tomado de WHO. Project to Develop the International Patient Safety Event con modificaciones UT Praxxis -UNAD

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



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

23



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante garantizar una correcta identificación de los pacientes?

¿Cuáles son las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la identificación de los pacientes?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con la identificación del paciente?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la identificación de los pacientes?

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



6. METAS DE APRENDIZAJE

25



 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

27



IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante garantizar una correcta identificación de los pacientes? (regresar al escenario problémico)

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación.¹²

La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo.¹³

Estandarizar los procesos de atención, tales como bandas de identificación del paciente, es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.¹⁴

12 Tomado de WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007.

13 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases>

14 Tomado de FAQ. Specifications for a standard patient identification band.

¿Cuáles son las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La identificación del paciente y su preparación para un tratamiento previsto es una actividad que se realiza de forma rutinaria en todos los ámbitos de atención. Los riesgos para la seguridad del paciente se producen cuando hay un desacuerdo entre la identificación del paciente y los componentes de su cuidado ya sean diagnósticos, terapéuticos o de apoyo.¹⁵

A lo largo de la atención de salud, la identificación incorrecta debe considerar fallas como captura incompleta de datos, ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital, manillas con información incorrecta, similitud de nombres y datos inexactos, traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación, ausencia de manillas, inexistencia de protocolos estandarizados que ocasionan errores en la persona equivocada, los procedimientos del lugar equivocados, errores de medicación, los errores de transfusión y los errores de las pruebas de diagnóstico.¹⁶

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Se recomienda que las instituciones organicen una serie de procedimientos para la identificación de los pacientes en el momento de su ingreso al sistema y posteriormente en cada uno de los pasos involucrados del proceso de tratamiento, por los

15 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Technology Solutions to Patient Misidentification Report of Review. 2008

16 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de National Safety and Quality Health Service Standards. 2012.

diferentes miembros del equipo de salud involucrado en su atención. El proceso debe incluir, por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relaciona con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales.

Los pacientes deben recibir una manilla al ingreso a la institución y esta debe ser utilizada durante su estadía mientras recibe tratamiento.

Se recomienda identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.¹⁷

Si es posible, utilizar una tecnología como la identificación automatizada y captura de los datos (por ejemplo: sistema de código de barras, radiofrecuencia), debe ser utilizada para la identificación del paciente. Las instituciones que utilicen este tipo de tecnología (tecnologías automatizadas con captura de datos) deben tener previamente consideradas políticas, procedimientos y capacitación para que las situaciones que amenacen la seguridad del paciente utilizando sistemas de identificación automatizados puedan ser evitadas.¹⁸

17 Tomado de Guía de Práctica Clínica del Recién nacido sano. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.

18 Tomado de "Safe Administration of Systemic Cancer Therapy Part 1: Safety During Chemotherapy Ordering, Transcribing, Dispensing, and Patient Identification" M. Leung, R. Bland, F. Baldassarre, E. Green, L. Kaizer, S. Hertz, J. Craven, M. Trudeau, A. Boudreau, M. Cheung, S. Singh, V. Kukreti, R. White, and the Safe Administration of Systemic Cancer Treatment

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la identificación de los pacientes? [\(regresar al escenario problemático\)](#)

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud:

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:

- Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
- Fomenten el uso de, al menos, dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente y/o de la cama.
- Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos

Expert Panel. GRADE: Quality Very Low.

establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) o la implementación de tecnologías biométricas.

- Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y pos analíticos.
- Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de aná-

lisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.

- Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.

2. Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.

3. Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.¹⁹

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados ante-

¹⁹ Tomado de WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007.

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

7.2 JUSTIFICACIÓN

riormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir los errores en identificación de los pacientes, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas con este tipo de errores de identificación, así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.

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

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

SIGUIENTE FALLA



35

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](#)

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial que obvia este paso durante el proceso esperando realizar la identificación después de la atención inicial.
- Error en el registro de ingreso del paciente con identificación incompleta, con errores, que no verifica con el usuario la exactitud de los datos.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno).

Tarea y tecnología

- Desactualización o no socialización de procesos de identificación de pacientes: falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente.
- No contar con manillas o brazaletes en el lugar de recepción del paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Paciente

- Estado mental (desorientación, agitación psicomotora), edad paciente adulto mayor o menores de cinco años).
- Uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez.
- Problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación), alteraciones del estado de conciencia: coma, estupor, confusión, paciente que ingresa a la institución sin identificación y en estado de inconciencia.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.
- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).
- Realizar la identificación a través de manillas y registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.
- (Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES. Sistema Sanitario Público de Andalucía.)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.
- (Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES. Sistema Sanitario Público de Andalucía.)
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

TECNOLÓGICAS

- Falta de herramientas tecnológicas, que permitan la adecuada identificación del usuario.

FÍSICAS

- Manillas o brazaletes de identificación.
- (Use of color-code patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory supplement, Vol.2 Sup 2. Harrisburg, Pennsylvania Patient Safety Authority, 2005)

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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



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 conllevarán 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](#)

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial con dificultades para la recolección de los datos.
- Error en el registro inicial de ingreso del paciente con identificación incompleta, con errores, que no verifica con el usuario la exactitud de los datos.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno).

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de identificación de pacientes: falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Paciente

- Estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos).
- Edad (paciente adulto mayor o menores de cinco años).
- Uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez.
- Problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación), alteraciones del estado de conciencia: coma, estupor, confusión, paciente que ingresa a la institución sin identificación y en estado de inconciencia.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la Institución para la adecuada recolección de la información.
- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).

FÍSICAS

- Contar con los equipos necesarios para la adecuada recolección de los datos del paciente, (Formatos).

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de formatos de Historia Clínica que contenga lo datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

NATURALES

- Asegurar un ambiente adecuado para la recolección de datos inicial.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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



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.3 - Factores Contributivos

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

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial con dificultades para la recolección de los datos.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno).

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de identificación de pacientes: falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Paciente

- Estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos).
- Edad (paciente adulto mayor o menores de 5 años).
- Uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez.
- Problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación), alteraciones del estado de conciencia: coma, estupor, confusión, paciente que ingresa a la institución sin identificación y en estado de inconciencia.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).
- Realizar la identificación por medio de los datos personales y realizar identificación cruzada.

ADMINISTRATIVAS

- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

FÍSICAS

- Contar con los medios de identificación como son manillas y brazaletes e identificadores en la habitación y cama del pacientes.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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



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.4 - Factores Contributivos

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

Individuo

- Personal asistencial que no se asegura de la presencia del brazalete en el paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de identificación de pacientes; ausencia de manillas y/o brazaletes en la institución.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno).

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Colocar a todos los pacientes al ingreso a la institución la manilla o brazalete de identificación.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).

ADMINISTRATIVAS

- Definir una política clara de compra y aprovisionamiento de manillas de identificación.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

FÍSICAS

- Contar con los medios de identificación como manillas y brazaletes e identificadores en la habitación y cama del pacientes.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).

PRÁCTICAS SEGURAS

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](#)

Individuo

- Personal asistencial que no se asegura de la presencia del brazalete en el paciente o de la identificación del paciente en el momento de realizar el traslado.
- Falta de adherencia a los protocolos de identificación.

Tarea y tecnología

- Falta de procedimientos claros de identificación durante el traslado de los pacientes.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).
- Deficiente Número de profesionales en la atención del paciente

Paciente

- Alteraciones del estado de conciencia (coma, estupor, confusión).

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del traslado, errores de remisión entre servicios.
- Falta de comunicación entre las personas que entregan y reciben un pacientes desde o hacia un diferente servicio.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No. 5 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Realizar identificación cruzada al momento del traslado del paciente.

ADMINISTRATIVAS

- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

FÍSICAS

- Contar con los medios de identificación como manillas y brazaletes.

PRÁCTICAS SEGURAS

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 conllevarán 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](#)

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial que obvia este paso durante el proceso esperando realizar la identificación después de la atención inicial.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (ineducada entrega de turno).

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de identificación de pacientes: falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente.
- No contar con manillas o brazaletes en el lugar de recepción del paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Paciente

- Estado mental (desorientación, agitación psicomotora), edad (paciente adulto mayor o menores de cinco años).
- Uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez.
- Problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación), alteraciones del estado de conciencia: coma, estupor, confusión, en estado de inconciencia.
- Ausencia de documentación y/o acompañante que facilite los datos de identificación.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.
- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- (WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007).
- Realizar la identificación a través de manillas y registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

NATURALES

- Separación de ambientes para pacientes con el mismo nombre.

TECNOLÓGICAS

- Falta de herramientas tecnológicas, que permitan la adecuada identificación del usuario.

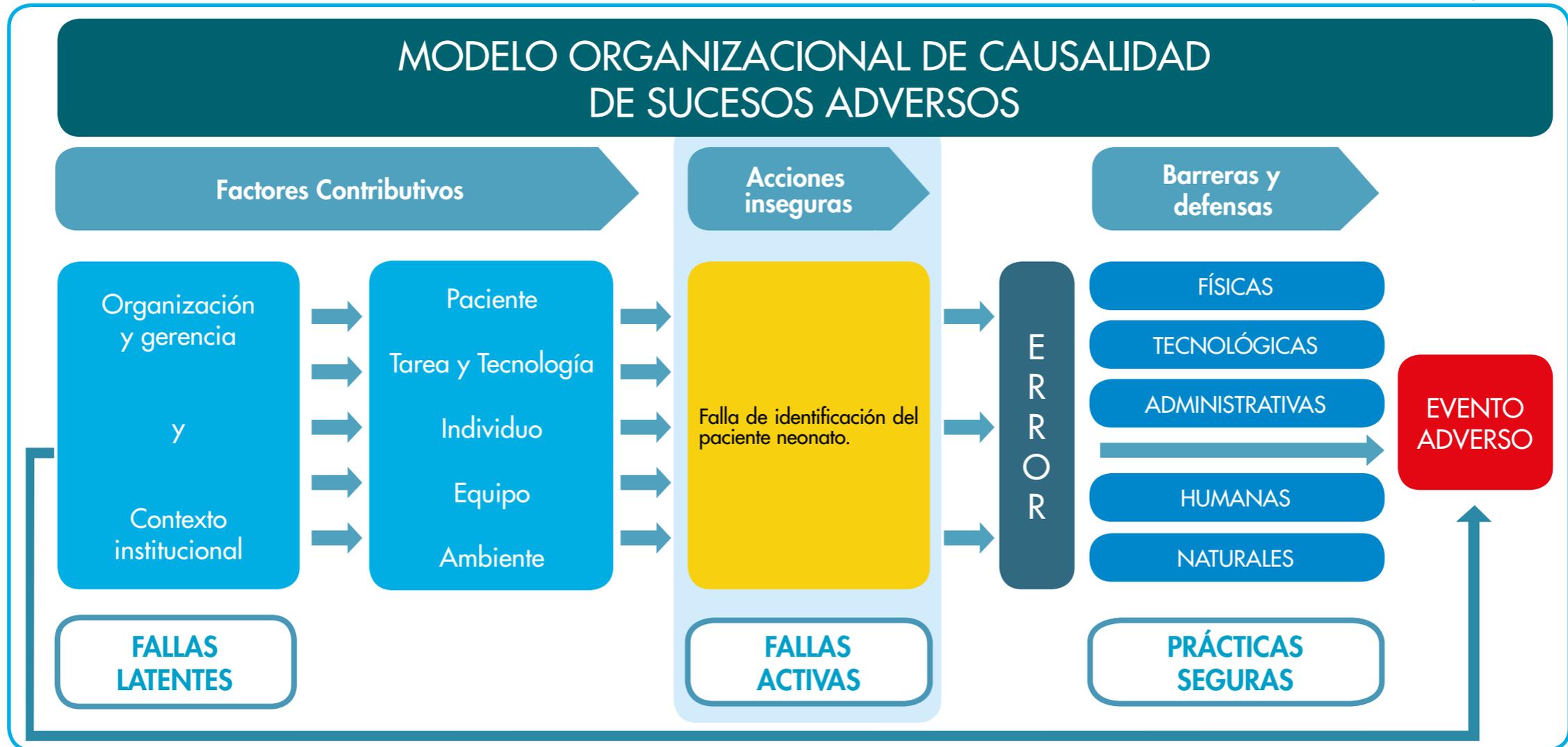
FÍSICAS

- Manillas o brazaletes de identificación.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

Falla activa No. 7 ([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.7 - Factores Contributivos

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

Individuo

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial que obvia este paso durante el proceso esperando realizar la identificación después de la atención inicial.

Tarea y tecnología

- Falta de procesos de identificación de pacientes: falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente.
- No contar con manillas o brazaletes en el lugar de recepción del paciente.

Paciente

- Edad.
- Problemas de comunicación del paciente.

Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (ineducada entrega de turno).

FALLAS LATENTES



Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

- Realizar la identificación a través de manillas y registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.

FÍSICAS

- Manillas o brazaletes de identificación.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

NATURALES

- Alojamiento conjunto cuando sea posible.

TECNOLÓGICAS

- Falta de herramientas tecnológicas, que permitan la adecuada identificación del usuario.

PRÁCTICAS SEGURAS

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

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

7.4.1 Mecanismos de monitoreo.

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

7.4.2 Indicadores.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.

DOMINIO

Seguridad del Paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete.

DENOMINADOR

Total de pacientes identificados con brazalete.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de Incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente.

DENOMINADOR

Total de eventos adversos presentados en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN REDUNDANTE.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes con incidentes o eventos adversos relacionados con la falla en la identificación redundante.

DENOMINADOR

Total de eventos adversos presentados en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

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





8. APROPIACIÓN

58



IR AL ÍNDICE



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

Estos casos fueron contruidos basándose en situaciones reales aportadas por IPS a nivel nacional. Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso y seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.

CASO 1

Durante el turno de la noche del sábado, la enfermera nueva en el servicio, prepara los medicamentos y los deja todos en la misma bandeja en diferente posición para no confundirse: los de las camas A hacía arriba y los de las camas B hacia abajo. Ingresa a la habitación 305, en donde el bombillo de la habitación se encontraba dañado. Administró por error toda la medicación de un paciente a su compañero de habitación, por la oscuridad omitió identificar al paciente, no vio los nombres en la cabecera de la cama y confundió el orden de los medicamentos. El paciente no sufrió daños.

INVESTIGACIÓN:

El comité de seguridad se reúne e inicia la investigación. A continuación se describe:

El referente de seguridad llama a entrevista a la enfermera de turno para preguntar el desarrollo del evento interrogando de la siguiente forma:

Referente: ¿en este servicio cómo están identificados los pacientes?

Enfermera: los pacientes se identifican con manillas, pero en la entrega de turno me informaron que se acabaron, la mayoría de los pacientes del piso no tenían.

Referente: ¿solicitó las manillas?

Enfermera: hacia la media noche le pedí prestado a mi compañera del otro piso, pero se me pasó el tiempo y no las alcance a colocar.

Referente: ¿usted conoce el procedimiento y las fechas para la solicitud de las manilla?

Enfermera de turno: en este servicio es mi primer turno, no se cómo se piden.

Referente: ¿los medicamentos que preparó para la administración fueron marcados con los nombres de los pacientes?

Enfermera de turno: no, solo los ordené por camas.

Referente: ¿al ingresar a la habitación, no había luz suficiente?

Enfermera: el bombillo estaba fundido, solo veía con la luz que entraba por la ventana.

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
Desabastecimiento de manillas.	Omisión en instalación de las manillas.
Incumplimiento en el proceso de pedidos.	Falta de verificación de identidad de los pacientes.
Desconocimiento de los procesos administrativos.	
Bombillos dañados.	Alistamiento y dispensación inadecuado de medicamentos.
Procesos de inducción y capacitación del personal.	
Mantenimiento de servicios públicos inadecuado.	
Personal sin entrenamiento en puesto de trabajo.	
Falta de adherencia a protocolos.	

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. Como resultado de la reunión del comité de investigación del evento usted quedó inquieto con la valoración que realizaron de los factores contributivos por cuanto:

a. La falta de mantenimiento de las instalaciones si fue una falla latente o factor contributivo de tipo tarea y tecnología importante para este caso por cuanto se podía prever.

b. Considera que la falta del bombillo en la habitación es realmente la falla activa y por tanto no debía haberse contemplado allí.

c. Se necesitaría mayor evidencia de la oportunidad de respuesta a los requerimientos que podía revelar mejor su importancia.

d. Considera que la probabilidad de que la oscuridad hubiese influido en el evento adverso es muy baja y no debió analizarse.

2. Usted realmente considera como la falla activa fundamental:

a. La oscuridad del momento que impidió la lectura correcta de los carteles de identificación de los pacientes en cama.

b. La falta de colocación de la manilla en el momento del ingreso que posibilitaba estos errores y otros más durante la atención.

c. La falta de rotulación de los medicamentos que no permitiese mezclar los mismos entre los pacientes presentes esa noche.

d. La omisión y la falta de verificación de la correcta identificación de los pacientes en el momento de aplicar los medicamentos.

3. Correlaciones las siguientes causas con el tipo de factor contributivo:

#	CAUSA	relación	#	CLASIFICACIÓN
1	Disponibilidad de insumos para la correcta atención de los pacientes.	()	a	Tarea y tecnología.
2	Pobre iluminación al momento de la aplicación del medicamento.	()	b	Individuo.
3	El haber detectado un problema y no dar aviso al personal encargado.	()	c	Organización y Gerencia.
4	Falta de socialización de los procedimientos administrativos.	()	d	Equipo de trabajo.
5	Rotulación de los medicamentos al momento del alistamiento.	()	e	Ambiente.

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



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

65



IR AL ÍNDICE



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

Pregunta No 1.

Selección correcta:

a. La falta de mantenimiento de las instalaciones si fue una falla latente o factor contributivo de tipo tarea y tecnología importante para este caso por cuanto se podía prever.

Selecciones incorrectas:

b. No se considera una falla directa del personal a cargo que hubiese generado directamente el evento adverso.

c. El tener una mejor o peor respuesta a las solicitudes de mantenimiento son otro factor contributivo adicional y no son justificación de modificar la valoración que se haga frente al trámite en si.

d. Los condicionantes del ambiente tienen una probabilidad alta de contribuir a los eventos adversos.

Pregunta No 2.

Selección correcta:

La omisión y la falta de verificación de la correcta identificación de los pacientes en el momento de aplicar los medicamentos, por cuanto fue la acción insegura que realizó la enfermera y que directamente ocasionó el error.

Selección incorrecta:

Las condiciones ambientales obedecen a un factor contributivo que facilitó la falla activa principal.

El uso de las manillas era indispensable para la correcta atención del paciente, sin embargo la obligación de la enfermera era identificar correctamente a los pacientes usando otros medios de corroboración.

La falta de rotulación es otro factor contributivo pues en todo caso podía usar tarjetas u otro medio de confirmación de la entidad.

Pregunta No 3.**Selección correcta:**

1. c.
2. e.
3. d.
4. a.
5. b.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

68



IR AL ÍNDICE



CLÍNICA NUEVA

Implementación de la manilla de identificación del paciente desde su ingreso, con datos completos, número de identificación, fecha de ingreso y utilización de acrílicos en la cabecera de la cama con la identificación del paciente.

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

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE




11. CONCLUSIONES

70



 MINSALUD

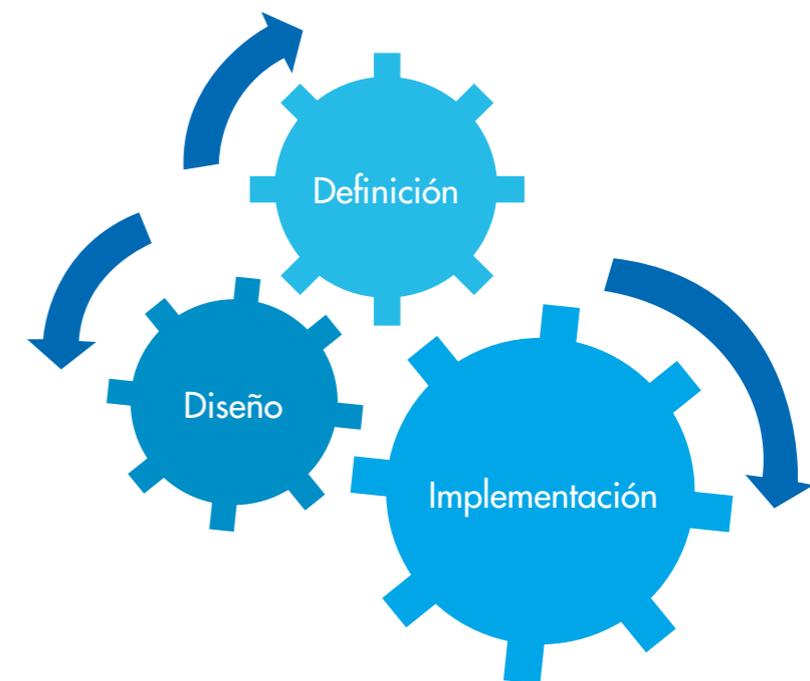
IR AL ÍNDICE



- Independientemente de la tecnología o el enfoque empleado para identificar a los pacientes con exactitud, la planificación cuidadosa de los procesos de atención asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier intervención médica y proporcionará una atención más segura, con, considerablemente, menos errores.²⁰
- Existen nuevas tecnologías que pueden mejorar la identificación del paciente, por ejemplo los códigos de barras.
- Se debe educar a los pacientes sobre la relevancia de la correcta identificación e incorporar a los procesos de capacitación institucionales permanentes a todos los funcionarios.
- Las políticas y los procedimientos de la organización deben reforzar la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la institución.²¹

20 WHO. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, Solución 2. Mayo de 2007

21 www.jointcommission.org



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



12. ANEXOS

72



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



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

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

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

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

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

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

Ejercicio:

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

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

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

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

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

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

1. Lea la falla activa o acción insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarán a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

ANEXO 5 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

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

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?

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.