

# GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO

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

**WALTER E. PINZÓN**  
**ÁNGELA Y. VELÁSICO QUIRÓZ**  
Equipo Técnico



**VIRREY SOLÍS - IPS**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**  
**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**  
**CLÍNICA DEL COUNTRY**  
**CLÍNICA FOSCAL**  
**HOSPITAL CIVIL DE IPIALES**  
Agradecimiento por su participación



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5. ESCENARIO PROBLÉMICO.....</b>	<b>23</b>
<b>6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS).....</b>	<b>25</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
7.1 Antecedentes.....	28
7.2 Justificación.....	33
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres” ....	34
7.4 Seguimiento y Monitorización.....	79
7.4.1 Mecanismos de monitoreo.....	79
7.4.2 Indicadores.....	80
<b>8. APROPIACIÓN.....</b>	<b>87</b>
<b>9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
<b>10. EXPERIENCIAS EXITOSAS.....</b>	<b>102</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>105</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>108</b>

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, entrevistas 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 dichas fallas.

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 invitaron 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 aplique.

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

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

Revisión sistemática de la literatura realizada con dos enfoques:

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

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión, se realizó consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad, sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos más los que contienen los actuales paquetes. Así mismo, 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, I: Intervención, C: comparación, O: Out come o Desenlace y T el tiempo en el que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas contestables que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referencia bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, su frecuencia e impacto.

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 epidemiólogos para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

b. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

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

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

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

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 inducir 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 clic aquí.](#)

Según la OMS, las complicaciones durante la gestación y el parto constituyen la primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo. Se calcula que durante el 2013 murieron cerca de 800 mujeres al día por esta causa y que la mayoría de estas muertes pudo haberse evitado<sup>1</sup>. El mayor riesgo de mortalidad materna es para las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo<sup>2</sup>. Por cada caso de muerte materna se estima que hay aproximadamente 135 casos de complicaciones o enfermedad. Se recomienda a los países que por cada medio millón de habitantes haya 4 centros que ofrezcan atención obstétrica básica y uno con cuidados obstétricos integrales que incluyan mayor complejidad tecnológica<sup>3</sup>.

De otro lado, la OMS reporta que el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos de menos de 28 días o en período neonatal<sup>4</sup>. Por esta razón, garantizar una atención segura en salud a la gestante y al recién nacido es de gran importancia para todos los trabajadores de la salud quienes son los responsables de impartirla.

1. [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/en/) consultado el 7 de noviembre de 2014
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 10 de noviembre de 2014
3. Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe y estrategias de reducción. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, OPS, OMS
4. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/) consultado el 7 de noviembre de 2014



## 2. OBJETIVO GENERAL

14



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido así como 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 y disminuir los riesgos en la atención.



## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

16



IR AL ÍNDICE





- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la atención a la gestante y el recién nacido.
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas en la atención a la gestante y el recién nacido.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención a la gestante y el recién nacido.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas en la atención a la gestante y el recién nacido.
- Presentar las 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.<sup>1</sup>
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>2</sup>
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>3</sup>
- **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.<sup>4</sup>

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

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

3 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).

4 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 tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).<sup>5</sup>
- **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)<sup>6</sup>
- **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.

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

6 Tomado 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).<sup>7</sup> Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
  - **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
  - **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
  - **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
  - **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

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

- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.<sup>8</sup>
- **PARTO:** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como objetivo la expulsión del feto, la placenta y sus anexos a través del canal del parto.
- **SINERGIA:** La sinergia es la integración de elementos que da como resultado algo más grande que la simple suma de éstos, es decir, cuando dos o más elementos se unen sinérgicamente crean un resultado que aprovecha y maximiza las cualidades de cada uno de los elementos.

<sup>8</sup> [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos para Implementaci%C3%B3n de Pol%C3%ADtica de Seguridad del Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20para%20Implementaci%C3%B3n%20de%20Pol%C3%ADtica%20de%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf) consultado el 4 de diciembre de 2014

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



# 5. ESCENARIO PROBLÉMICO

23



IR AL ÍNDICE



---

## ¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

---

¿Por qué es importante garantizar una atención segura a la gestante y al recién nacido?

¿Cuáles son las principales causas de muerte materna?

¿Cómo es la incidencia de las complicaciones relacionadas con el parto en la mortalidad de menores de 5 años?

¿Cómo es la participación del personal de salud en los sistemas de reporte de incidentes y eventos adversos?

¿Cuales son las fallas más comunes relacionadas con daños a la salud de la gestante y el recién nacido?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos en la atención de la gestante y el recién nacido?

¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con la atención a la gestante y el recién nacido?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la atención a la gestante y el recién nacido?

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





## 6. METAS DE APRENDIZAJE

25



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición, de acciones inseguras o fallas activas y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, que involucran al usuario y 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 atención segura a la gestante y el recién nacido?** [\(regresar al escenario problémico\)](#)

En el año 2000 la ONU estableció dentro de los ODM (objetivos de desarrollo del milenio) la meta 5A que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Esta meta busca ser apalancada por la meta 5B que se refiere al logro del acceso universal a servicios de salud reproductiva. En general, la mayor parte de muertes maternas tiene lugar después del parto, generalmente durante las 24 horas siguientes. Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y alrededor del 15% durante el parto. La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a sus madres tienen menos probabilidades de sobrevivir<sup>14</sup>.

Entre los años 1990 y 2000, la tasa anual de descenso de la razón de mortalidad materna en el mundo fue del 1,4%, y entre 2000 y 2013 se logró una tasa de descenso de 3,5%. Según estos datos, se estima que en el contexto mundial hubo 289.000 muertes maternas en 2013, lo cual representa una reducción del 45% con respecto a 1990<sup>15</sup>.

14. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002

15. OMS, UNICEF, UNFPA, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial. Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014. (<http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/index.html>, consultado el 15 de mayo de 2014)

En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna evidencia un comportamiento de descenso, según datos reportados por la OMS<sup>16</sup>, que inicia con una medición de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y hasta alcanzar una tasa de 83 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2013. Sin embargo, estos datos han llevado a la OMS a catalogar a Colombia como una país con “progreso insuficiente” en la disminución de la tasa de mortalidad materna.

En el ámbito mundial, 4.6 millones de niños menores de cinco años murieron en el primer año de vida durante el 2013. Esto equivale al 74% de todas las muertes en esta población. La región africana de la OMS fue identificada con el más alto riesgo de muerte en niños menores de 1 año con una tasa de 60 muertes por cada 1000 nacidos vivos, mientras que la región europea de la OMS presentó el riesgo más bajo con una tasa de 11 por cada 1000 nacidos vivos<sup>17</sup>.

La tasa mundial de mortalidad infantil ha disminuido en casi un 50% de 1990 a 2013, si tenemos en cuenta que se pasó de 63 muertes por 1000 nacidos vivos a 34 muertes por mil nacidos vivos respectivamente. Así mismo, las muertes anuales infantiles han disminuido de 8,9 millones en 1990 a 4,6 millones en 2013<sup>18</sup>.

En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad en menores de cinco años muestra tendencia a la disminución, según datos reportados por la OMS<sup>19</sup>, si

16. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15> consultado el 6 de noviembre de 2014

17. [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/) consultado el 5 de noviembre de 2014

18. [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/) consultado el 5 de noviembre de 2014

19. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.525> consultado el 6 de noviembre de 2014

se tiene en cuenta una medición de 35 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 17 muertes por 1000 nacidos vivos para el año 2013.

En la Guía de control prenatal y factores de riesgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se describen los siguientes componentes del control prenatal:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Aproximadamente un 15% de las gestantes presentan riesgos para el parto y en un 20% riesgos biopsicosociales para la gestación<sup>20</sup>.

**¿Cuáles son las principales causas de muerte materna?** ([regresar al escenario problemático](#))

Dentro de las principales complicaciones causantes del 80% de las muertes maternas se encuentran:

- Las hemorragias graves (en su mayoría en las primeras 24 horas del postparto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).
- Los abortos peligrosos.

20. Guía de control prenatal y factores de riesgo de la Secretaría Distrital de salud de Bogotá – Asociación Colombina de Obstetricia y Ginecología

Las demás se encuentran asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo<sup>21</sup>.

### ¿Cómo es la incidencia de las complicaciones relacionadas con el parto en la mortalidad de menores de 5 años? ([regresar al escenario problémico](#))

Se estima que para el año 2000 el 11% de las muertes de menores de 5 años en el mundo se deban a complicaciones relacionadas con el parto y en Colombia, un 10% de las muertes infantiles se deba a esta causa. Para el 2012, la medición mundial no presentó variaciones, mientras que en nuestro país se calculó una participación del 9%<sup>22</sup>.

La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Según la OMS, cada año mueren aproximadamente 3 millones de recién nacidos y otros 2,6 millones mueren antes de nacer<sup>23</sup>.

21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 10 de noviembre de 2014

22. Estadísticas sanitarias mundiales, OMS 2014

23. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 10 de noviembre de 2014

## ¿Cómo es la participación del personal de salud en los sistemas de reporte de incidentes y eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Según el artículo “Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones”, un 94 a 98% de las instituciones hospitalarias tienen sistemas de reporte de eventos adversos, sin embargo, es muy bajo su uso por parte del personal diferente al de enfermería. Solamente el 1-2% del personal médico utiliza dichos sistemas de reporte. La primera causa dentro de las actitudes, autopercebidas por los médicos y enfermeras de por qué no reportar (57.7% y 61.8% respectivamente) en seis hospitales australianos, fue la falta de retroalimentación por parte de las directivas de lo que pasó con su reporte. En el momento de identificar un evento adverso, la revisión de historias clínicas permite identificar el 65% de los eventos y los reportes voluntarios solamente permiten identificar el 4% de ellos.<sup>24</sup>

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

24. Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 20104



---

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

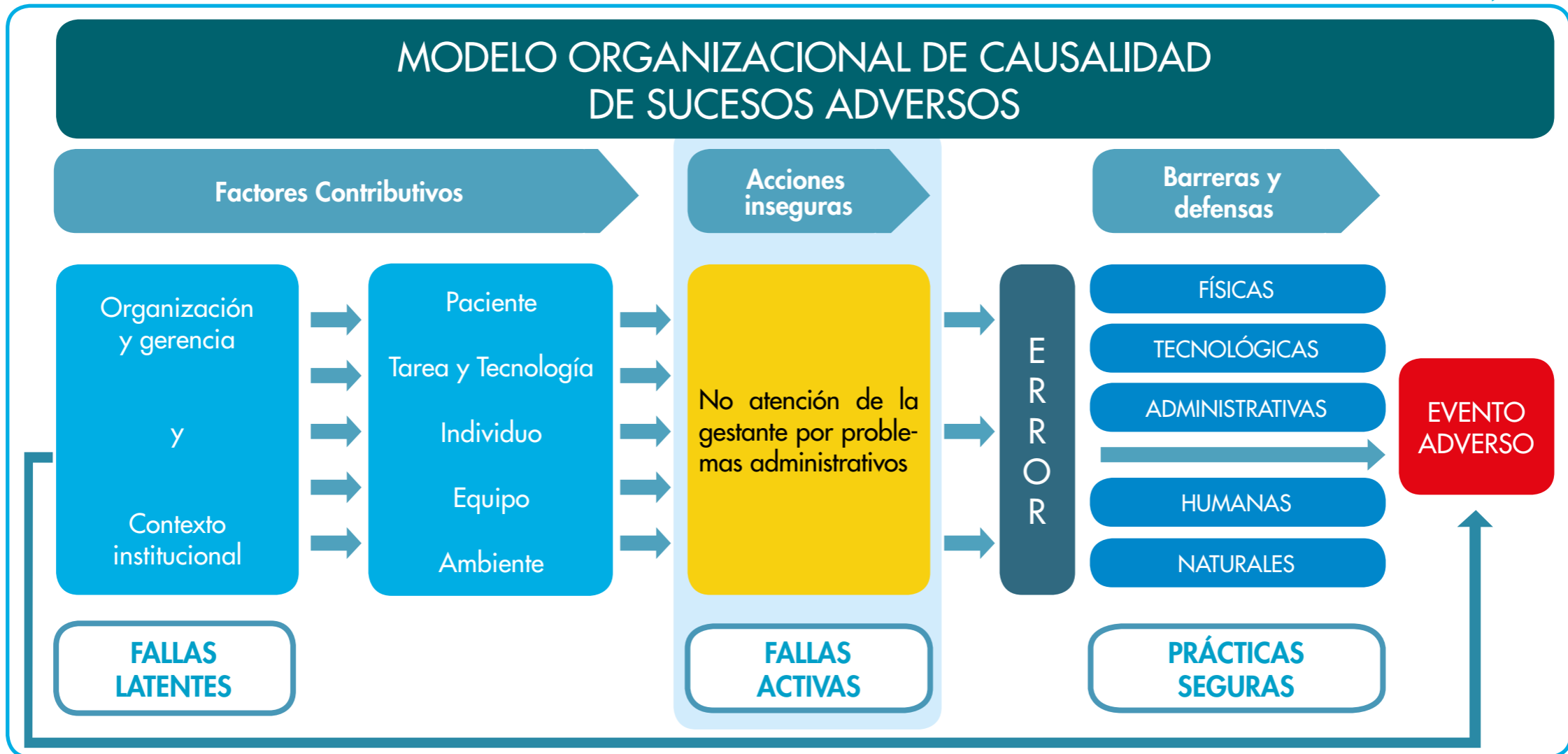
---

Teniendo en cuenta los antecedentes mundiales y nacionales presentados anteriormente, y con el fin de disminuir la mortalidad en menores de 5 años así como la de mujeres relacionada con el embarazo y el parto, se presentan a continuación, tanto las fallas activas (acciones inseguras) como las fallas latentes más frecuentes en la atención a la madre y el recién nacido y 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"<sup>1</sup>

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

SIGUIENTE FALLA



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 institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Falta de programas especiales de detección temprana de embarazos de alto riesgo.
- Déficit de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales. Lo contempla la gerencia del riesgo en el sistema y la 412 de 2000 (3384)
- Déficit de programas de capacitación y actualización (entrenamiento en Dx precoz y atención oportuna a la complicación obstétrica).
- Políticas inadecuadas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS (Establecimiento de Redes de atención materna).
- Políticas inadecuadas de admisión de pacientes (Atender primero cobrar después).
- Entrenamiento en puesto de trabajo deficiente o inexistente.
- No actualización de las competencias
- No Entrenamiento en puesto de trabajo

## Individuo

- Personal no idóneo.
- Falta de competencias y habilidades.
- \* Falta de adherencia a guías y protocolos institucionales
- Salud deficiente.
- No adherencia a la estrategia CLAP Programa Salud materno Perinatal, al seguimiento al programa y no educación a la materna sobre su uso y la necesidad de cargarlo constantemente.

## Tarea y tecnología

- Procesos de admisión inexistentes, desactualizados o no socializados
- Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos basados en la evidencia, aplicables en el nivel de atención de la institución
- Inexistencia, desactualización o no socialización del Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación
- No disponibilidad de historia clínica durante la trazabilidad de la atención que garantice la disponibilidad de la información de lo ocurrido durante la atención prenatal

## Ambiente

- Insuficiente cantidad de personal
- Patrón de turnos deficiente
- Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios)

## Paciente

- Patología, personalidad, edad, género.
- Nivel educativo.
- Discapacidad.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Las etapas de la vida.
- Estilo de vida.
- Tipo de seguridad social.
- Procedencia de la paciente
- Patrones culturales

## Equipo

- Inadecuada estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc.)
- Comunicación verbal y escrita deficiente
- Comunicación vertical y horizontal inexistente o deficiente
- Ausencia o deficiencia en la supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud
- No identificación y no Integración de todas las áreas de comunicación
- No generación de sinergias de apoyo colaborativo

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

### HUMANAS

- Procesos de validación de derechos, identificación de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.
- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, protocolos, manuales, instructivos y realizar gestión documental.
- Medición del programa de promoción y prevención a través del reporte en historia clínica, de la evaluación realizada.
- Mantener actualizadas las bases de datos de los afiliados; toda materna o neonato deben ser atendidos y la persona designada dentro de la institución se encargará de realizar el trámite de cobro.
- Identificar completa y correctamente a la mujer con riesgo.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
- Promover la búsqueda, por parte del individuo, de información acerca de su salud a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, internet, medios escritos (periódicos, libros, revistas)

### ADMINISTRATIVAS

- Formación de alianzas, redes y la intersectorialidad.
- Bases de datos de afiliados de fácil consulta.
- Crear una cultura de seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Disponer de personal como orientadores de servicio.
- Capacitación sobre comunicación clínica.
- Prevención secundaria (detección precoz mediante filtros). El profesional de la salud basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales: Priorización de la indicación de las medidas preventivas y priorización en razón al perfil de riesgo, balance entre los beneficios y los problemas que pueden causar las actividades preventivas y de promoción.

### NATURALES

- Generar espacios naturales de comunicación

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

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

- Políticas poco claras para la elaboración de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Falta de programas especiales de detección temprana de embarazos de alto riesgo y referencia de las pacientes en su continuo vital de parto a institución especializada.
- Falta de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales.
- Políticas institucionales que definen los tipos de procedimientos para promover el autocuidado, de la madre y el recién nacido, promoción y prevención, Pautas de crianza, educación en lactancia materna inadecuadas o inexistentes.
- Políticas inexistentes o inadecuadas de alimentación complementaria.
- Políticas inexistentes o inadecuadas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con aseguradores y otras IP.
- Políticas institucionales que definen los perfiles de los profesionales que atenderán el programa materno – fetal inexistentes o inadecuadas
- Entrenamiento en puesto de trabajo inexistente o inadecuada.

### Paciente

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre.
- Discapacidades
- Creencias religiosas
- Problemas psicológicos
- Asistencia temprana a control prenatal

### Tarea y tecnología

- Inexistencia, desactualización o no socialización de Guías de Práctica Clínica
- Inexistencia, desactualización o no socialización del proceso de atención en salud; desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación
- Inexistencia, desactualización o no socialización del Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- No diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- No claridad de las acciones del control prenatal: Normas y Guías Clínicas del Ministerio de Protección Social.
- Inexistencia, desactualización o no socialización de la estructura terapéutica.
- No disponibilidad, no confiabilidad y no oportunidad de las pruebas diagnósticas.
- Inexistencia e ineficiencia de ayudas para la toma de decisiones
- No seguimiento a la ficha CLAP a través de carnet materno perinatal
- No contar con insumos críticos básicos, para la atención de la materna

### Individuo

- Personal no idóneo.
- Falta de competencias y habilidades.
- Falta de adherencia a guías y protocolos institucionales
- Salud deficiente.
- No aplicación de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las tácticas de tratamiento.

### Equipo

- Estructura equipo de trabajo deficiente o insuficiente (congruencia, consistencia, etc).
- Comunicación verbal y escrita inexistente o deficiente.
- Comunicación vertical y horizontal inexistente o deficiente.
- No supervisión y disponibilidad de soporte técnico y humano (sea familiar, comunitario o personal de salud).
- No identificación e Integración de todos las áreas de comunicación.
- No generación de sinergias para facilitar el trabajo en equipo

### Ambiente

- Insuficiente cantidad de personal
- Patrón de turnos deficiente
- Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

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

### HUMANAS

- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, protocolos (*calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado*), manuales, instructivos y realizar gestión documental.
- Medición del Programa de promoción y prevención a través del reporte en historia clínica, de la educación realizada.
- Lista de chequeo para verificar idoneidad del personal.
- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
- Promover la búsqueda por parte del individuo de información acerca de su salud, a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas.
- La educación de los consumidores de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado en salud.
- Entrenar en resolución de problemas y en la actuación comprendida y coordinada con el equipo de salud

### NATURALES

- Generar espacios naturales de comunicación.
- Circularidad de la comunicación.
- Trabajo comunitario y en redes.
- Información y comunicación

### ADMINISTRATIVAS

- Formación de alianzas, redes y la intersectorialidad.
- Procesos asistenciales integrados.
- Crear una cultura de seguridad.
- Proceso de selección de personal idóneo.
- Personal suficiente y entrenado.
- Capacitación sobre comunicación clínica.
- Prevención secundaria (detección precoz mediante filtros) el profesional de la salud basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales: Priorización de la indicación de las medidas preventivas y priorización en razón al perfil de riesgo, balance entre los beneficios y los problemas que pueden causar las actividades preventivas y de promoción.
- Incluir a las mujeres y sus comunidades en el diseño y la evaluación de los servicios de salud que respondan a las necesidades locales.  
- (Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe y estrategias de reducción. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, OPS, OMS)
- Comprometer a las comunidades en los esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable.  
- (Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe y estrategias de reducción. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, OPS, OMS)
- Empoderar a las comunidades, las familias y las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo.  
- (Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe y estrategias de reducción. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, OPS, OMS)

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

## 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

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención inadecuadas o inexistentes
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Falta de programas especiales de detección temprana de embarazos de alto riesgo y referencia de las pacientes en su continuo vital de parto a institución especializada.
- Falta de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales.
- Políticas institucionales inadecuadas o inexistentes para definir los tipos de procedimientos para promover el autocuidado de la madre y el recién nacido, pautas de crianza, educación en lactancia materna, etc.
- Políticas inadecuadas o inexistentes de alimentación complementaria.
- Políticas inadecuadas o inexistentes de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con aseguradores y otras IPS.
- Políticas institucionales inadecuadas o inexistentes para definir los perfiles de los profesionales que atenderán el programa materno – fetal.
- Políticas para la compra de insumos y medicamentos inadecuadas o inexistentes.
- Entrenamiento en puesto de trabajo inadecuado o inexistente.

### Individuo

- Personal no idóneo
- Desconocimiento de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr éxito en el tratamiento
- No adherencia del personal a los protocolos institucionales, Guías de Práctica Clínica y al Control prenatal temprano

### Tarea y tecnología

- Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos institucionales basados en la evidencia
- Inexistencia, desactualización o no socialización del proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación
- Inexistencia, desactualización o no socialización de la generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- No claridad de la estructura terapéutica.
- No contar con insumos críticos básicos para la atención de la materna.
- Inexistencia, desactualización o no socialización del proceso de abastecimiento de los servicios de atención materno perinatal.

### Paciente

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre
- Discapacidades.
- Creencias religiosas
- Problemas psicológicos.

### Equipo

- Estructura equipo de trabajo deficiente o inexistente (congruencia, consistencia, etc).
- Comunicación verbal y escrita deficiente o inexistente.
- Comunicación vertical y horizontal deficiente o inexistente.
- No supervisión ni disponibilidad de soporte técnico y humano (sea familiar, comunitario o personal de salud).
- No identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- No generación de sinergias para el trabajo en equipo.
- No coordinación entre los comités de farmacia y de compras

### Ambiente

- Insuficiente cantidad de personal
- Patrón de turnos deficiente
- Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

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

### FÍSICAS

- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control Prenatal
- Formación de alianzas, redes y la intersectorialidad
- Promover la búsqueda por parte del individuo de información acerca de su salud, a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas
- La educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud
- Entrenar en resolución de problemas
- Actuación compartida y coordinada con el equipo de salud
- Procesos Asistenciales integrados
- Acceso a medicamentos e insumos

### HUMANAS

- Identificación de signos de alarma
- Aplicar listas de chequeo, Protocolos, Manuales, Instructivos y realizar gestión documental
- Medición del Programa de promoción y Prevención a través del reporte en historia clínica, de la educación realizada
- Lista de chequeo para verificar idoneidad del personal

### ADMINISTRATIVAS

- Crear una cultura de Seguridad
- Personal suficiente y entrenado
- Capacitación sobre comunicación Clínica
- Prevención secundaria (detección precoz mediante filtros) el médico de familia basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales
- Priorización de la indicación de las medidas preventivas
- Ubicación de la farmacia

### NATURALES

- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo
- Circularidad de la comunicación
- Trabajo comunitario y en redes
- Información y comunicación
- Comportamiento humano: Conocimiento de los niveles de conocimiento de Bloom:
  1. Información, comprensión, aplicación, análisis, síntesis, evaluación
  2. Habilidad
  3. Actitudes

## PRÁCTICAS SEGURAS



# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

## 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](#)

### Paciente

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre
- Discapacidades
- Creencias religiosas
- Problemas psicológicos
- Hábitos de alimentación
- No reconocimiento del problema de salud.  
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)
- Desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva ).  
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)
- Factores económicos que dificultan la toma de decisión de acudir a la institución de salud directamente.  
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)
- Factores culturales que influyen para que la paciente no acuda a los servicios de salud.  
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)

### Tarea y tecnología

- Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos institucionales basados en la evidencia
- No claridad en el flujograma de remisión de gestantes
- Subestimación del riesgo
- Inexistencia o deficiencia de Medios de transporte

### Individuo

- Personal no idóneo
- Incapacidad del personal médico y paramédico para reconocer las emergencias obstétricas  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)
- No adherencia a las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento
- No adherencia del personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica. No adherencia al control prenatal temprano (calificación evidencia: ⊕⊕⊕⊕ moderado)

### Equipo

- Comunicación verbal y escrita Inadecuada o inexistente.
- Comunicación vertical y horizontal Inadecuada o inexistente.
- No supervisión ni disponibilidad de soporte técnico, humano, sea familiar, comunitario o personal de salud
- Inadecuada o inexistente estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc)
- No identificación e Integración de todas las áreas de comunicación
- No generación de sinergias para el trabajo en equipo

### Ambiente

- Insuficiente cantidad de personal
- Patrón de turnos deficiente
- Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios)
- Dificultad en el acceso por circunstancias geográficas o de orden público  
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

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

### FÍSICAS

- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo.
- Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos.
- Lista de IPS con números telefónicos.
- Medios de transporte.
- Procesos Asistenciales integrados.

### HUMANAS

- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, protocolos (calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado), manuales, instructivos y realizar gestión documental.
- Lista de IPS de referencia actualizada.
- Educar a las gestantes y a su red de apoyo familiar sobre el momento apropiado para buscar ayuda cuando se presenten complicaciones y a dónde dirigirse.  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)

### ADMINISTRATIVAS

- Crear una cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Supervisión del proceso de referencia de paciente.
- Mejorar los sistema de referencia de pacientes de la comunidad a los establecimientos de salud.  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)
- Mejorar la comunicación entre las unidades que proporcionan atención médica para que exista mayor remisión o referencia de pacientes.  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)
- Asegurar que las pacientes reciban la debida atención de calidad durante el parto  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)

### NATURALES

1. Distancia de las IPS de mayor complejidad para la referencia de pacientes.

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

## Falla activa No. 5 [\(regresar al escenario problémico\)](#)



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.5 - Factores Contributivos

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

### Paciente

- Patología, personalidad, edad, género, nombre
- Discapacidades
- Creencias religiosas
- Problemas psicológicos

### Tarea y tecnología

- Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos institucionales basados en la evidencia
- Inexistencia, desactualización o no socialización del proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación
- Inexistencia, desactualización o no socialización de la generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- No contar con insumos críticos básicos para la atención de la materna.
- Inexistencia, desactualización o no socialización del proceso de comunicación y transporte de la gestante que lo requiera

### Individuo

- No adherencia a protocolos institucionales, Guías de Práctica Clínica.
- No adherencia al control prenatal temprano (calificación evidencia: ++++ moderado)

### Equipo

- Comunicación verbal y escrita Inadecuada o inexistente.
- Comunicación vertical y horizontal Inadecuada o inexistente.
- No supervisión ni disponibilidad de soporte técnico, humano, sea familiar, comunitario o personal de salud
- Inadecuada o inexistente estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc)
- No identificación e Integración de todas las áreas de comunicación
- No generación de sinergias para el trabajo en equipo

### Ambiente

- Insuficiente cantidad de personal
  - Patrón de turnos deficiente
  - Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios)
  - Dificultad en el acceso por circunstancias geográficas o de orden público
- (Modelo de análisis de la muerte materna. Camino para la supervivencia; G. Vélez, L. Gallego, D. Jaramillo)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.5 - Barreras y defensas

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

### FÍSICAS

- Identificar completa y correctamente a la mujer con riesgo
- Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos
- Lista de IPS con números telefónicos
- Medios de transporte
- Procesos Asistenciales integrados

### ADMINISTRATIVAS

- Crear una cultura de Seguridad
- Personal suficiente y entrenado
- Sistema de referencia de pacientes

### NATURALES

- Distancia de las IPS de mayor complejidad para la referencia de pacientes

## PRÁCTICAS SEGURAS



# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 6 [\(regresar al escenario problémico\)](#)

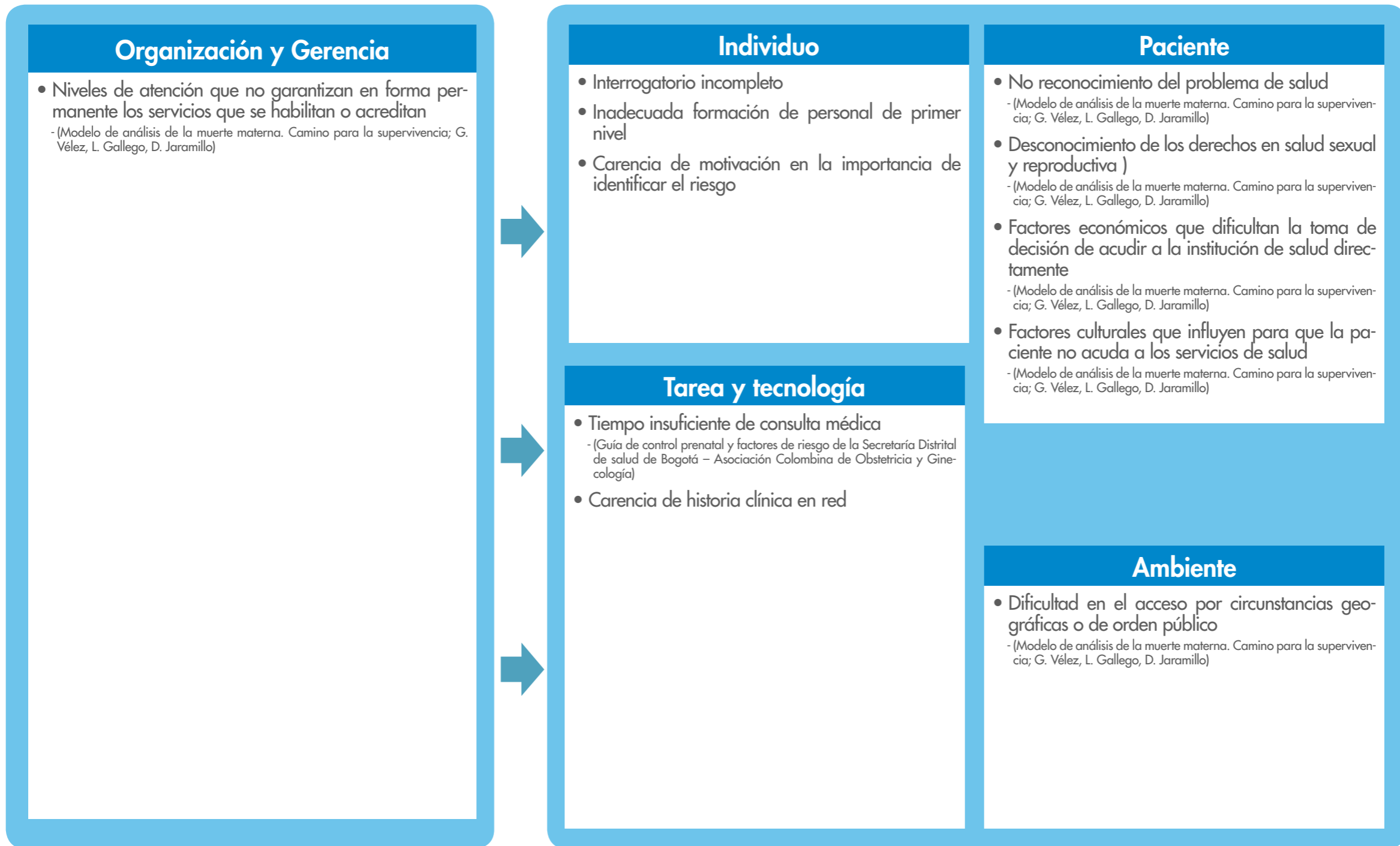


1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad 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.6 - Factores Contributivos

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



### FALLAS LATENTES

## Falla Activa No. 6 - Barreras y defensas

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

### FÍSICAS

- Establecer formatos preestablecidos de obligatorio diligenciamiento, historia clínica digital y en red

### ADMINISTRATIVAS

- Motivación al personal acerca del adecuado diligenciamiento de la historia clínica
- Optimización del tiempo de consulta de acuerdo al nivel de complejidad y primera consulta
- La consulta de primera vez con medicina general o especializada debería ser de 30 minutos, los controles de 20 minutos
  - (Guía de control prenatal y factores de riesgo de la Secretaría Distrital de salud de Bogotá – Asociación Colombina de Obstetricia y Ginecología / Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, Ministerio de Salud de Colombia – Colciencias, N° 11 y 15, 2013)
- Implementación de la consulta preconcepcional
  - (Guía de control prenatal y factores de riesgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Asociación Colombina de Obstetricia y Ginecología)

### HUMANAS

- Garantizar la calidad de la historia clínica y la exploración física para la identificación oportuna de factores de riesgo
  - (Guía de control prenatal y factores de riesgo de la Secretaría Distrital de salud de Bogotá – Asociación Colombina de Obstetricia y Ginecología)

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

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

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

### Paciente

- Cultura del paciente
- Creencias religiosas
- Falta de conciencia de su patología

### Tarea y tecnología

- Ausencia de un programa de planificación familiar estructurado según las necesidades de los usuarios
- Carencia de material didáctico para apoyo en la consulta

### Equipo

- Inadecuada comunicación en el equipo de trabajo

### Individuo

- Información inadecuada a la paciente del riesgo
- Falta de motivación del personal de salud para la promoción de la planificación familiar
- Omisión en la aplicación de directrices del programa de planificación familiar

### Ambiente

- Cultura organizacional inadecuada que no genera compromiso con la realización de la labor

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

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

### HUMANAS

- Establecer estrategias y canales de comunicación con la paciente
- Aplicar directrices de los programas de planificación familiar
- Motivar el acompañamiento de la pareja durante la consulta

### ADMINISTRATIVAS

- Información y motivación al personal médico
- Diseñar, socializar y actualizar programas de planificación familiar, prestando especial atención a poblaciones de riesgo

### FÍSICAS

- Disponer material didáctico de apoyo para el programa y de consulta para los usuarios

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 8 ([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.8 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

### Paciente

- Desconocimiento del paciente de su patología, deberes y derechos
- Cultura del paciente
- Creencias religiosas

### Tarea y tecnología

- Ausencia de directrices para información de la sentencia de interrupción del embarazo
- Carencia de material didáctico para consulta del usuario

### Equipo

### Individuo

- Motivación insuficiente o desconocimiento por parte del personal para informar a las pacientes
- Omisión en la aplicación de directrices para informar la sentencia de interrupción del embarazo

## FALLAS LATENTES



## Falla Activa No.8 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.8](#)

### HUMANAS

- Mecanismos de comunicación con el paciente que le permitan conocer sus deberes, derechos y patología
- Aplicar directrices para informar la sentencia de interrupción del embarazo

### ADMINISTRATIVAS

- Formar y motivar al personal médico para informar la sentencia de interrupción del embarazo

### FÍSICAS

- Disponer material didáctico de apoyo para la consulta de los usuarios

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 9 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



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.9 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 9](#)

### Organización y Gerencia

- Falta de políticas institucionales para tener un censo actualizado sobre el personal médico y paramédico que labora en la entidad y que atiende las gestantes
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)



### Contexto Institucional

- La mayoría de los países carecen de un sistema armonizado que se encargue de reunir, procesar y difundir información completa sobre el personal de salud
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Se carece de información puntual y fiable sobre el desequilibrio en los recursos humanos en salud
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Los Ministerios de Salud y otras instituciones interesadas en cuantificar el personal de salud dependen de informes inexactos que varían en exhaustividad, puntualidad y comparabilidad para obtener esta información
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Falta de políticas gubernamentales para tener un censo actualizado sobre el personal médico y paramédico
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)



### Tarea y tecnología

- Inadecuadas herramientas para el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano

### Equipo

- Incorporación insuficiente de estudiantes que por sus características, se inclinarían a la atención de las comunidades sub-atendidas
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)

### Ambiente

- Inadecuado soporte científico o desconocimiento por parte del personal que gerencia los servicios de salud

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.9 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.9](#)

### ADMINISTRATIVAS

- Involucrar y motivar a las áreas administrativas de las instituciones para que se engranen en la calidad de la prestación del servicio
- Especificar las características (cantidad y formación) del recurso humano necesario para la prestación del servicio
- Evaluar el recurso humano para planificar, aplicar, supervisar y evaluar estrategias, programas e intervenciones en el sector salud  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Apoyar el desarrollo de una base de datos nacional y centralizada de recursos humanos en salud  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Planificar, gestionar y supervisar la calidad del personal de salud del país  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009).
- Aportar y disponer de estadísticas sobre el total de recursos humanos en salud y su distribución por ocupación, especialización, distribución geográfica, por grupos étnicos y por sexo  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Definir un plan estratégico nacional de recursos humanos en salud  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)
- Todas las instituciones públicas y privadas de formación en profesionales de salud deben estar acreditadas para garantizar que los trabajadores de salud y sus capacidades cumplen con las necesidades del país en materia de calidad de salud  
- (Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, OMS, 2009)

### PRÁCTICAS SEGURAS

## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 10 ([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.10 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 10](#)

### Paciente

- Desconocimiento de signos de inicio de trabajo de parto y signos de alarma de complicaciones relacionadas con la gestación

- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)

### Tarea y tecnología

- Protocolos de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión desactualizados, no alineado con la red disponible o no socializados con el personal asistencial

### Individuo

- Desconocimiento del nivel de complejidad de las instituciones de referencia por parte del personal de salud
- Falta de adherencia al procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión
- Estrés
- Desconocimiento de los centros y niveles de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.10 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.10](#)

### HUMANAS

- Canales de comunicación con todo el personal de salud para el conocimiento de los niveles de atención de instituciones de la red de prestadores.
- Aplicar las directrices del procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión.
- Remitir, para atención en el nivel indicado de complejidad, a todas las gestantes que requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación.  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Revisar y socializar con la gestante en cada control prenatal, y un mes antes de la fecha probable de parto, el plan escrito para el parto e identificación de complicaciones del embarazo.  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)

### ADMINISTRATIVAS

- Asegurar que los programas de educación al trabajador incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencias obstétricas.  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)
- Diseñar, actualizar y socializar un procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión.
- Definir un programa de control prenatal que indique la remisión al nivel adecuado de complejidad a toda gestante que requiera tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación.  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Medición de la adherencia del personal al procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión
- Asegurar que los programas de educación al trabajador incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencias obstétricas.  
- (Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002)

### FÍSICAS

- Plan escrito para el parto e identificación de complicaciones durante el embarazo y el posparto  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)

## PRÁCTICAS SEGURAS

## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 11 ([regresar al escenario problemático](#))



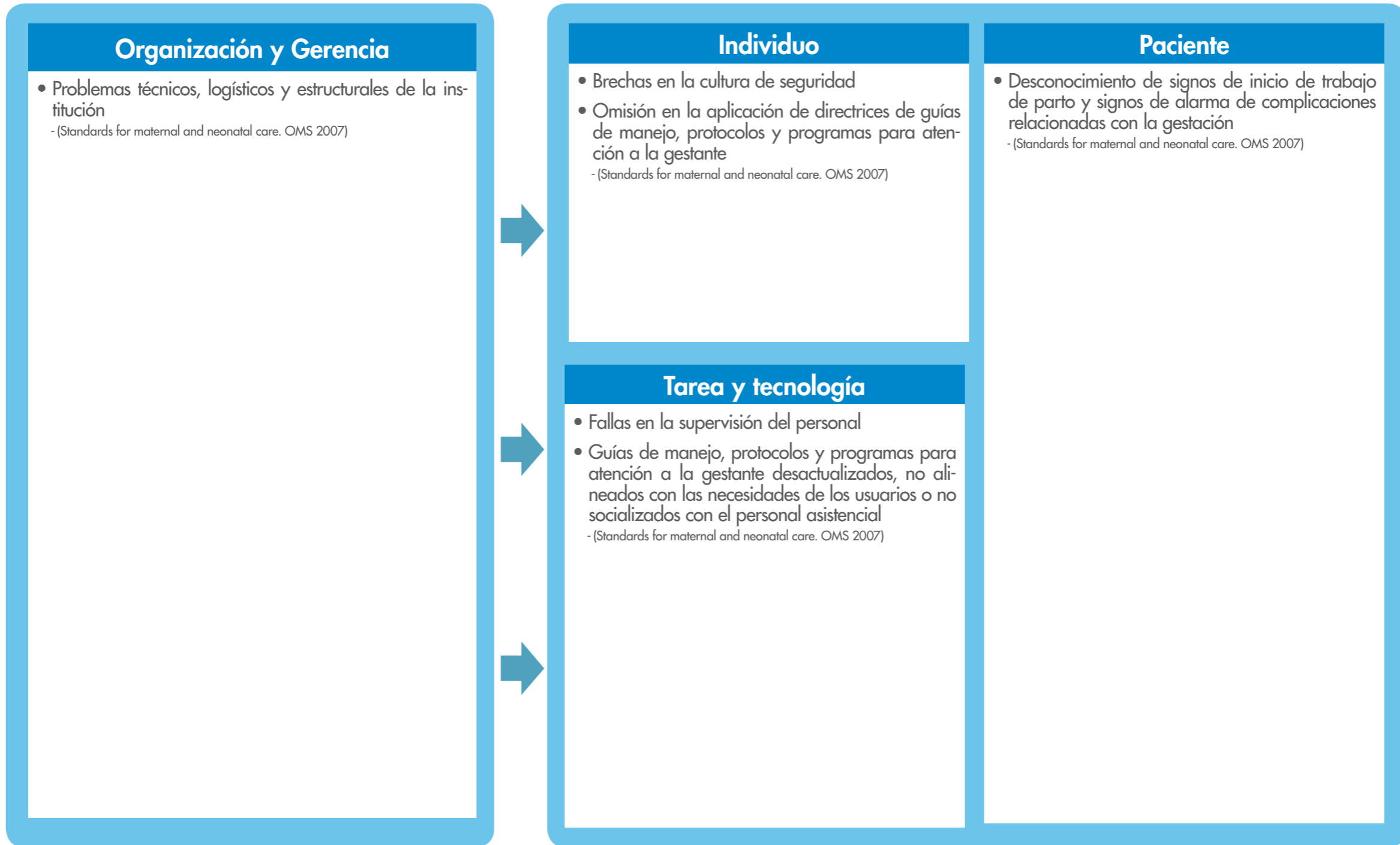
1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad 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.11 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 11](#)



### FALLAS LATENTES

# Falla Activa No.11 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.11](#)

## HUMANAS

- Aplicar las directrices de las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las gestantes (**calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado**)
- Brindar información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de enfermedades de transmisión sexual  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Realizar tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y en el momento del parto  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Realizar tamizaje para VIH a toda paciente seropositiva para sífilis  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Remitir para atención en el nivel indicado de complejidad a todas las gestantes que requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Revisar y socializar con la gestante en cada control prenatal, y un mes antes de la fecha probable de parto, el plan escrito para el parto e identificación de complicaciones del embarazo  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Entregar las ordenes para inmunización y micronutrientes  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Iniciar tratamiento con antirretrovirales para disminuir la transmisión vertical de HIV en pacientes con recuento CD4 mayor a 200 células/mm3  
- (Hivg PMTCT Program Uptake and Coverage of Mothers, their partners, and babies in Northern Uganda Achievements and lessons learned over 10 years of implementation (2002-2011))

## FÍSICAS

- Plan escrito para el parto e identificación de complicaciones durante el embarazo y el posparto  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Archivos en cada servicio de fácil acceso que garanticen la consulta oportuna por parte del personal médico de las Guías de Práctica Clínica

## ADMINISTRATIVAS

- Definir, actualizar y socializar las Guías de Práctica Clínica según las principales causas de atención en el servicio.
- Medición de adherencia a guías de manejo
- Fortalecer guías de manejo y protocolos de seguimiento en patologías de riesgo
- Fortalecer la planeación de procedimientos
- Creación de juntas médico quirúrgicas en casos especiales
- Definir un programa de control prenatal que establezca que toda gestante tenga como mínimo 4 controles prenatales por personal calificado antes del parto, valoración del riesgo psicosocial y odontología  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007 / Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, Ministerio de Salud de Colombia – Colciencias, N° 11 y 15, 2013)
- Definir un programa de control prenatal que indique la remisión, a un adecuado nivel de complejidad, a toda gestante que: requiera tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Diseñar un programa de control prenatal que incluya indicación de tamizajes, inmunización y administración de micronutrientes para cada trimestre de la gestación  
- (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007)
- Actualizar y socializar. con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante

## PRÁCTICAS SEGURAS

## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 12 ([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.12 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 12](#)

### Paciente

- **Pluripatología y complejidad de las mismas**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009/ Infac, Conciliación de la medicación, Volumen 21 de 2010)
- **Polimedición o automedicación**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)
- **Condición del paciente al ingreso hospitalario**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)

### Tarea y tecnología

- **Fallas en la supervisión del personal**
- **Cambios en el responsable (tratante) del paciente**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)
- **Factores relacionados con transición del paciente en los diferentes niveles de atención**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009 / Infac, Conciliación de la medicación, Volumen 21 de 2010)
- **Falta de registros únicos de salud**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)
- **Guías de Práctica Clínica inexistentes, desactualizadas o no socializadas con el personal asistencial**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)

### Individuo

- **Brechas en la cultura de seguridad**
- **No adherencia a Guías de Práctica Clínica**  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.12 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.12](#)

### HUMANAS

- Realizar una historia farmacoterapéutica completa y correcta del paciente al ingreso a la institución, ya sea por consulta externa o urgencias  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)
- Explicar al paciente claramente, antes del egreso, los medicamentos que debe tomar, así como sus dosis y duración.  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)
- Aplicar las directrices del procedimiento de comparación de la medicación habitual consumida por el paciente y la prescrita en la institución de urgencias  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)

### ADMINISTRATIVAS

- Fortalecimiento de la gestión clínica.
- Diseñar, actualizar y socializar, con el personal asistencial, un procedimiento normalizado de comparación sistemática de medicación habitual consumida por el paciente y la prescrita en la institución de urgencias  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009/ Infac, Conciliación de la medicación, Volumen 21 de 2010)

### FÍSICAS

- Listas de medicamentos que incluyan recomendaciones completas para consumo en casa  
- (Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. 2009)

## PRÁCTICAS SEGURAS

## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 13 ([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.13 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 13](#)

### Organización y Gerencia

- Elevada carga laboral

### Individuo

- Falta de adherencia en la valoración del trabajo de parto y detección de signos de estado fetal
- Omisión en la adherencia a guías de manejo y protocolos institucionales
- No diligenciamiento del partograma de forma adecuada y oportuna

### Equipo

- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo

### Tarea y tecnología

- Guías de manejo y protocolos desactualizados o no socializados e implementados

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.13 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.13](#)

### ADMINISTRATIVAS

- Capacitación a los auxiliares de enfermería en seguimiento del trabajo de parto
- Capacitación a todo el personal de enfermería respecto a signos y síntomas asociados al diagnóstico de estado fetal insatisfactorio
- Integración de todo el personal de enfermería del área de urgencias de obstetricia y de los pisos de hospitalización de obstetricia
- Definir protocolos de atención del parto que incluyan la realización de monitoría fetal continua intraparto y auscultación intermitente

- (Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, Ministerio de Salud de Colombia – Colciencias, N° 11 y 15, 2013)

### FÍSICAS

- Disponibilidad de equipos biomédicos en adecuadas condiciones según la demanda del servicio

## PRÁCTICAS SEGURAS





## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 14 ([regresar al escenario problémico](#))



73

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.14 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 14](#)

### Organización y Gerencia

- Elevada carga laboral

### Individuo

- Falta de adherencia en la valoración del trabajo de parto y detección de signos de estado fetal
- Omisión en la adherencia a guías de manejo y protocolos institucionales
- \* No diligenciamiento del partograma de forma adecuada y oportuna

### Equipo

- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo

### Tarea y tecnología

- Guías de manejo y protocolos desactualizados o no socializados e implementados

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.14 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.14](#)

### HUMANAS

- Aplicar los protocolos de manejo institucional (calificación evidencia: moderado),
- Atención del trabajo de parto y parto por personal capacitado

### ADMINISTRATIVAS

- Revisión, actualización, socialización e implementación de guías y protocolos, como ejemplo: ruptura prematura de membranas, diagnóstico y manejo de estado fetal insatisfactorio, atención de parto en presentación de pelvis, monitoreo fetal
- Verificación de adherencia por parte del personal a los protocolos institucionales

### FÍSICAS

- Disponibilidad de protocolos en los servicios de consulta del personal de acuerdo a la gestión documental institucional

## PRÁCTICAS SEGURAS



## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 15 ([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.15 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 15](#)

### Organización y Gerencia

- Nivel inadecuado de tolerancia de la institución a la presencia de elementos de la organización y de elementos del personal que ponen en riesgo la seguridad del paciente  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – No52, julio de 2010)
- Aplicación de inadecuados e incompletos canales de difusión del aprendizaje institucional en casos previos de conductas o comportamientos inseguros
- Cultura institucional no enfocada en la seguridad clínica



### Individuo

- Actitudes y percepciones de los miembros del equipo de salud ante los sistemas de reporte de incidentes y eventos adversos  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)

### Equipo

- Inadecuados canales de comunicación institucional de casos previos de incidentes o eventos adversos lo que dificulta el aprendizaje de los colaboradores  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)

### Tarea y tecnología

- Baja efectividad de los sistemas de reporte  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.15 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No.15](#)

### HUMANAS

- Proveer apoyo psicológico al personal de la institución involucrado en un evento adverso  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)
- Aplicar el protocolo para el diálogo con el paciente acerca de los incidentes o eventos adversos ([calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado](#))
- Informar riesgos potenciales para la seguridad de los pacientes  
- (Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. C. Aibar – J. A. Aranaz. Ministerio de Sanidad y Consumo de España)
- Evaluación permanente de ambientes seguros mediante el desarrollo de rondas de seguridad  
- (Modelo de seguridad clínica del paciente para la atención obstétrica de emergencia. M. González – Ministerio de la Protección Social República de Colombia – UNFPA; Diciembre de 2010)

### ADMINISTRATIVAS

- Definir un protocolo (quién lo hace y cómo la hace) para dialogar con la paciente y su familia acerca del evento presentado  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)
- Formación al personal de salud en seguridad del paciente, partiendo del aprendizaje institucional
- Aplicar herramientas de retroalimentación al personal de salud involucrado o no en el evento o incidente
- Informar con claridad al personal de salud sobre cómo, cuándo, dónde y para qué se utilizarán los reportes de incidentes y eventos adversos con el ánimo de fomentar el reporte  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)
- Adecuada reacción de la institución a la información producida por el análisis de los eventos adversos (cultura no punitiva)  
- (Reporte y análisis de eventos adversos. La necesidad de estructurar sus relaciones, Carlos A. Kerguelén B. Revista Centro de Gestión Hospitalaria – Vía Salud – N°52, julio de 2010)
- Fomentar una cultura de seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y eventos adversos  
- (Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. C. Aibar – J. A. Aranaz. Ministerio de Sanidad y Consumo de España)
- Fomentar a directivos y personal asistencial acerca de la necesidad de fomentar una cultura de seguridad del paciente  
- (Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. C. Aibar – J. A. Aranaz. Ministerio de Sanidad y Consumo de España)

### FÍSICAS

- Sistema de reporte universal y de fácil acceso a todo el personal e incluso al paciente y su familia

## PRÁCTICAS SEGURAS

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

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVOS  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



---

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

---

### 7.4.1 Mecanismos de monitoreo

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

## 7.4.2 Indicadores

### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo

DENOMINADOR

Número total de nacidos vivos

UNIDAD DE MEDICIÓN

Razón

FACTOR

100.00

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100000 (\*La ficha técnica de conformidad con la Resolución 1446 de 2006 señala como factor por mil. No obstante se toma como factor 100.000 para adecuarse a los referentes internacionales)



**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA DE GINECOOBSTETRICIA**

DOMINIO

Accesibilidad / oportunidad

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita

DENOMINADOR

Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución

UNIDAD DE MEDICIÓN

Días

FACTOR

1

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**MUERTE MATERNA O DAÑO SERIO ASOCIADO CON EL TRABAJO DE PARTO O EL NACIMIENTO EN UN EMBARAZO DE BAJO RIESGO**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

N° de pacientes catalogadas de bajo riesgo

DENOMINADOR

Total de pacientes atendidas en el mismo periodo

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100



### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**TASA DE MORTALIDAD MATERNA**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Total de muertes maternas en el periodo

DENOMINADOR

Total de nacidos vivos en el periodo

UNIDAD DE MEDICIÓN

Entero

FACTOR

1000 nacidos vivos

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 1000

### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**RAZON DE MORTALIDAD MATERNA ACUMULADA**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de muertes maternas acumuladas al año

DENOMINADOR

Total de nacidos vivos acumulados en el año

UNIDAD DE MEDICIÓN

Razón

FACTOR

100.000

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100.000



**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**DESGARRO PERINEAL GRADO III - IV**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

N° de pacientes con desgarro grado III - IV

DENOMINADOR

N° Total de partos

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**TRAUMA DEL NEONATO EN EL NACIMIENTO**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

N° de neonatos con trauma al nacimiento

DENOMINADOR

N° total de partos

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100



**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**ATENCIÓN INSTRUMENTADA DEL PARTO**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

N° de partos instrumentados

DENOMINADOR

N° Total de partos

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**EFFECTIVIDAD DEL CONTROL PRENATAL**

DOMINIO

Accesibilidad

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

N° de mujeres que tuvieron parto o cesárea

DENOMINADOR

N° de mujeres con 4 controles prenatales

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**TASA DE INGRESO A UCI NEONATAL**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

Numero de recién nacidos que ingresan a unidad de cuidados intensivos

DENOMINADOR

Total de nacidos vivos

UNIDAD DE MEDICIÓN

Tasa

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

**PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER**

DOMINIO

Gerencia del riesgo

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR

Nº de recién nacidos con bajo peso al nacer menor a 2500gr

DENOMINADOR

Total de nacidos vivos

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100



### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**MUJERES GESTANTES EN EL PROGRAMA**

DOMINIO

Continuidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Nº de gestantes que tuvieron parto y tuvieron 4 o mas controles prenatales en el mes

DENOMINADOR

Total de mujeres que tuvieron parto en el mes

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100

### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**INGRESO A CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE**

DOMINIO

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Ingreso a control prenatal en el primer trimestre

DENOMINADOR

Total de controles

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador / denominador X 100



# 8. APROPIACIÓN

87



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto. Este caso fue construido basándose en situaciones reales aportadas por IPS a nivel nacional.

Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso mismo, finalmente seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones corresponderían a la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.



---

## CASO 1

---

### DESCRIPCIÓN DEL REPORTE

Paciente femenina 27 años, primigestante, con edad gestacional de 40 semanas, ingresa a la institución en trabajo de parto. Fue valorada a las 8:02, se hospitaliza para inducción. Se encontraba con contracciones de baja intensidad 3x10x35, dilatación 3cm y borramiento 60%, estación -1, movimientos fetales positivos.

A las 12:28 es nuevamente valorada por ginecología, reportando en evolución actividad uterina 2x10x40, dilatación 4cm borramiento 80%, estación menos 1, frecuencia cardiaca fetal 132 por minuto, se decide continuar en inducción.

A las 15:42 es valorada por ginecología que anota en su evolución los siguientes datos clínicos: frecuencia cardiaca fetal 148 y movimientos fetales normales; examina y encuentra dilatación de 4cm y borramiento del 70% en estación de 1, con membranas integra. Continúa con inducción ordenada, y refiere mejoría de la actividad, explicándoselo a la paciente.

Siendo las 22:14, se encuentra una nueva evolución por ginecología de turno, que anota paciente en fase activa del trabajo de parto, con dilatación de 8cm, borramiento del 100% detecta prolapso del cordón umbilical y decide preparar cesárea de urgencia.

A las 22:25 trasladan a sala para inicio de procedimiento; a las 22:35 nace producto femenino, sin llanto, es intubado, realizan maniobras de reanimación y se traslada a la unidad de cuidado intensivo neonatal en donde permanece con riesgo de secuelas neurológicas irreversibles y mal pronóstico.

### INVESTIGACIÓN:

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

**Referente:** Doctor, ¿durante la atención de la paciente se realizó partograma para evaluar la evolución del trabajo de parto?

**Ginecólogo:** No señor, no tuve tiempo, habían varios pacientes por evaluar y se presentaron muchas urgencias

**Referente:** ¿Se realizaron monitorías fetales durante la atención de la paciente?

**Ginecólogo:** Creo que sí, no lo recuerdo puntualmente

**Referente:** ¿Se realizaron las valoraciones necesarias establecidas según las guías de atención?

**Ginecólogo:** No alcance a realizar todas las valoraciones que exige el protocolo

**Referente:** ¿Se consideró el diagnóstico de Trabajo de Parto Prolongado?

**Ginecólogo:** No señor

El referente se dirige a la enfermera jefe de turno y pregunta:

**Referente:** ¿La paciente estuvo permanentemente monitorizada?

**Enfermera:** No, no tenemos sino un monitor, el otro está dañado.

**Referente:** ¿Se avisó al médico de turno este inconveniente?

**Enfermera:** No, no tuve tiempo

**Referente:** ¿Se aviso al técnico biomédico?

**Enfermera:** Sí, hace una semana se lo llevaron a revisión, porque nunca lo habían revisado

## ANÁLISIS

Para este caso en particular, además de los miembros permanentes, se ha invitado a la jefe de enfermería del servicio de ginecología.

El comité de seguridad posterior a la investigación se reúne e 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
Falta de adherencia del personal a las guías clínicas y protocolos de manejo institucionales
Omisión en el diligenciamiento del partograma
Ausencia de un cronograma de mantenimiento de equipos
Comunicación deficiente o ausente
Deficiencia en los procesos de supervisión
Falta de mantenimiento de equipos
El personal de turno tiene sobrecarga laboral
Omisión en el número de valoraciones establecidas según protocolos
Limitación financiera

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. Usted es parte del equipo investigador. ¿Cuáles serían los pasos que daría en el desarrollo de la misma?:**

**a.** Entrevista con los familiares de la paciente, entrevista con los profesionales implicados, evaluación de la historia clínica por pares, verificación de cuadros de turnos, evaluación a los profesionales sobre los conocimientos de las guías

**b.** Análisis de los registros clínicos, entrevista con el personal de salud tratante, verificación del seguimiento a la adherencia de guías, inspección del área, verificación de aspectos administrativos y las entrevistas con los encargados

**c.** Análisis de los registros clínicos, inspección locativa en cumplimiento de habilitación, entrevistas con personal de salud, entrevistas con el personal administrativo de la organización y entrevista con otros funcionarios de la IPS

**d.** Verificación de las condiciones del área, revisión de los registros clínicos, verificación de la tecnología existente y la programación del personal, entrevista al auxiliar, entrevista a los familiares, evaluación realizada de adherencia a guías

2. En la sesión se da la discusión sobre las barreras que no actuaron para que se presentara el caso, usted podría relacionar las siguientes variables entre las columnas A y B, siendo la columna A la de las barreras y la B la de las justificaciones. Anote al frente de la columna A el número de la justificación correspondiente

#	BARRERA	RTA
1	FÍSICA	
2	NATURAL	
3	HUMANAS	
4	TECNOLÓGICAS	
5	ADMINISTRATIVAS	

#	JUSTIFICACIÓN
E	El no uso del monitor fetal para el seguimiento de las condiciones de salud del feto según lo establece la guía
B	El no contar con respuesta de los directivos ante las comunicaciones del daño de los equipos por la enfermera
A	El contar con un centro asistencial que cuenta con atención a la madre y al recién nacido en las misma sede
D	El mecanismo de alertas generadas por el programa de software de los registros clínicos electrónicos de la entidad
C	El no contar con partograma como herramienta de seguimiento de la evolución del trabajo de parto
G	El contar con rondas de seguridad del paciente para evidenciar las dificultades para atención de los pacientes
F	La falta de contar con monitor fetal de reemplazo ante las fallas presentadas y retiro del equipo propio de la IPS
I	El contar con cultura del autocontrol que genere una evaluación del proceso de parto más oportuno y continuo
H	El contar con listas de chequeo que permita comprobar que se realizan todos los procedimientos en la atención

### 3. Determine la falla activa principal que se evidenció en el caso mencionado y argumente la respuesta

- a. La ausencia de comunicación entre la enfermera y el médico con relación a los equipos disponibles
- b. La sobrecarga laboral de los trabajadores de salud con relación a la cantidad de usuarios de la IPS
- c. Inoportunidad en la evolución de la historia clínica
- d. La capacitación al personal en la identificación de las alertas y clasificación del riesgo en la atención

### 4. Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate

- El cansancio del personal es un factor contributivo en este caso relacionado con la tarea y tecnología al no estar en condiciones apropiadas para cumplir con la misma ( )
- El daño del monitor fetal es un factor contributivo correspondiente al individuo por no haber verificado su disponibilidad al inicio del turno ( )
- La falta de información de la paciente es un factor contributivo del individuo por el desconocimiento del servicio que le deberían prestar ( )
- La falta de comunicación del equipo de trabajo en salud corresponde a un factor contributivo del ambiente por la dificultad que genera en la coordinación de las actividades ( )

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



# 9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

96



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE





**1. Usted es parte del equipo investigador. ¿Cuáles serían los pasos que daría en el desarrollo de la misma?: [\(regresar a apropiación\)](#)**

### **SELECCIÓN CORRECTA:**

**b. Análisis de los registros clínicos, entrevista con el personal de salud tratante, verificación del seguimiento a la adherencia de guías, inspección del área, verificación de aspectos administrativos y las entrevistas con los encargados**

**Justificación:** Para dar cumplimiento al protocolo de Londres el equipo investigador debe documentarse, reunir información, comprobar documentos de soporte y funcionamiento de equipos y correlacionar ítems que identifiquen barreras y factores contributivos desde lo administrativo y del resto del personal, para poder establecer los conceptos que se vieron implicados en el caso

### **SELECCIONES INCORRECTAS:**

**a.** Entrevista con los familiares de la paciente, entrevista con los profesionales implicados, evaluación de la historia clínica por pares, verificación de cuadros de turnos, evaluación a los profesionales sobre los conocimientos de las guías

**Justificación:** La entrevista a la familia no es una conducta apropiada en el protocolo, se usa en COVE para hacer autopsias verbales.

**c.** Análisis de los registros clínicos, inspección locativa en cumplimiento de habilitación, entrevistas con personal de salud, entrevistas con el personal administrativo de la organización y entrevista con otros funcionarios de la IPS

**Justificación:** No contempla una indagación documental y realiza en desorden el resto de las acciones

d. Verificación de las condiciones del área, revisión de los registros clínicos, verificación de la tecnología existente y la programación del personal, entrevista al auxiliar, entrevista a los familiares, evaluación realizada de adherencia a guías

**Justificación:** No contempla entrevista a los tratantes y las acciones no llevan una secuencia ordenada

**2. En la sesión se da la discusión sobre las barreras que no actuaron para que se presentara el caso, usted podría relacionar las siguientes variables entre las columnas a y b, siendo la columna a la de las barreras y la b la de las justificaciones. Anote al frente de la columna a el número de la justificación correspondiente:**

### SELECCIÓN CORRECTA:

**1. f. La falta de contar con monitor fetal de reemplazo ante las fallas presentadas y retiro del equipo propio de la IPS**

**Justificación:** Una barrera física es tener equipos necesarios de suplencia en el momento de la falla de uno habitual.

**2. a. El contar con un centro asistencial que cuenta con atención a la madre y al recién nacido en las misma sede**

**Justificación:** Una barrera natural es aquella que favorece la distancia para generar una mejor atención al paciente ante una eventualidad

3. i. El contar con cultura del autocontrol que genere una evaluación del proceso de parto más oportuno y continuo

**Justificación:** Una barrera humana es la que desarrolla el personal para garantizar sus actuaciones como lo es la autoevaluación y el autocontrol

4. d. El mecanismo de alertas generadas por el programa de software de los registros clínicos electrónicos de la entidad

**Justificación:** Contar con alertas o mecanismos tecnológicos que eviten errores es una barrera tecnológica

5. g. El contar con rondas de seguridad del paciente para evidenciar las dificultades para atención de los pacientes

**Justificación:** Los mecanismos de supervisión son del orden de las barreras administrativas

### SELECCIONES INCORRECTAS:

e. El no uso del monitor fetal para el seguimiento de las condiciones de salud del feto según lo establece la guía

**Justificación:** El no uso de un elemento que por procedimiento o guía debería emplearse es una falla activa derivada del error humano

b. El no contar con respuesta de los directivos ante las comunicaciones del daño de los equipos por la enfermera

**Justificación:** El no tener respuesta es un factor contributivo que denota una mala comunicación

c. El no contar con partograma como herramienta de seguimiento de la evolución del trabajo de parto

**Justificación:** el partograma también es un elemento de la guía lo que denota una falta de adherencia a éstas

### **3. Determine la falla activa principal que se evidenció en el caso mencionado y argumente la respuesta**

a. La ausencia de comunicación entre la enfermera y el médico con relación a los equipos disponibles

**Justificación:** No es correcta pues corresponde a un factor contributivo de tipo equipo de trabajo

b. La sobrecarga laboral de los trabajadores de salud con relación a la cantidad de usuarios de la IPS

**Justificación:** No es correcta pues corresponde a un factor contribuyente de tipo organización y cultura

c. La inoportunidad en la evolución de la historia clínica

**Justificación:** Esta es la opción correcta pues corresponde a la falla activa que se presenta justo antes de la ocurrencia del evento adverso

d. La socialización al personal en la identificación de las alertas y clasificación del riesgo en la atención

**Justificación:** No es correcta pues este es un factor contributivo de tarea y tecnología

**4. Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate**

- El cansancio del personal es un factor contributivo en este caso relacionado con la tarea y tecnología al no estar en condiciones apropiadas para cumplir con la misma ( )

Es falso pues es un factor contributivo del individuo

- El daño del monitor fetal es un factor contributivo correspondiente al individuo por no haber verificado su disponibilidad al inicio del turno ( )

Es falso pues es un factor contributivo de la tarea y la tecnología

- La falta de información de la paciente es un factor contributivo del individuo por el desconocimiento del servicio que le deberían prestar ( )

Es falso pues es un factor contributivo del paciente

- La falta de comunicación del equipo de trabajo en salud corresponde a un factor contributivo del ambiente por la dificultad que genera en la coordinación de las actividades ( )

Es falso pues es un factor contributivo del equipo de trabajo



# 10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

102



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



---

## MONITOREO - INDICADORES

---

### IPS VIRREY SOLIS

Seguridad en la madre y el recién nacido “Programa Maternidad Segura”

# HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

Fortalecimiento del binomio madre hijo a través de la puesta en marcha del banco de leche humana “ Gotas de amor que salvan vidas”

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

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVO  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE







# 11. CONCLUSIONES

105

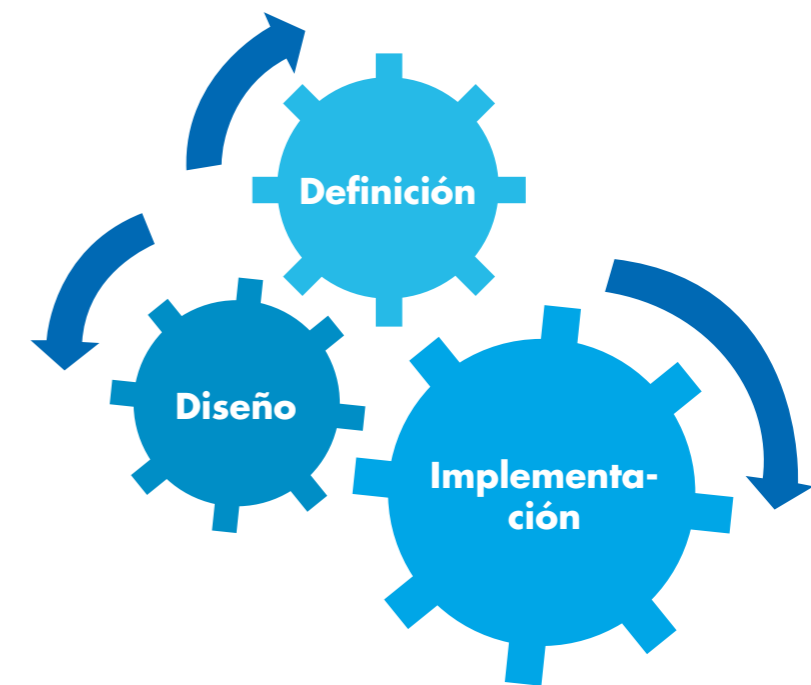


 MINSALUD

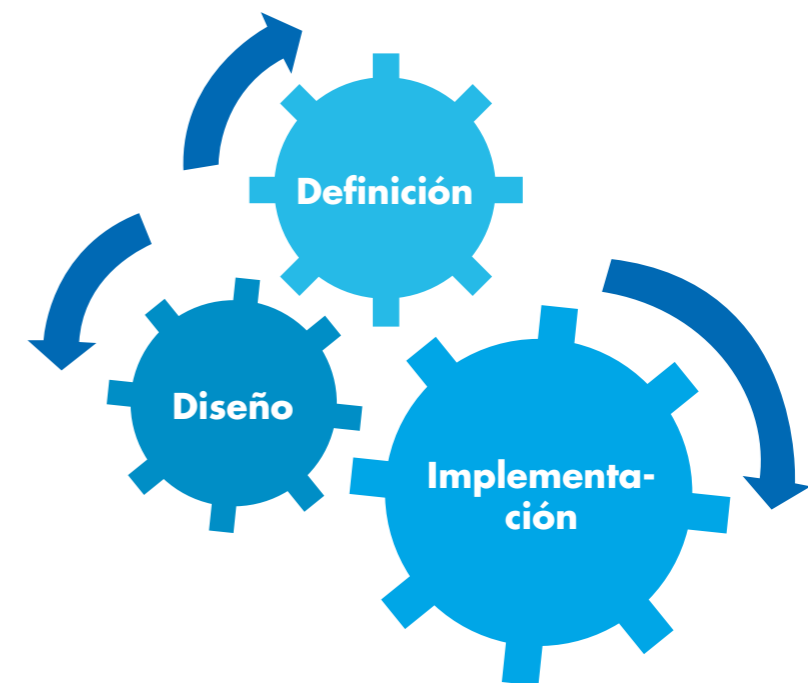
IR AL ÍNDICE



- La mortalidad materna es un indicador de gran importancia pues refleja la efectividad de los sistemas de salud en la atención al evento obstétrico desde el embarazo hasta el puerperio
- El 99% de las muertes maternas tienen lugar en las regiones menos desarrolladas y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto
- La atención oportuna y especializada durante la gestación (prenatal), el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de las muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto
- La mortalidad materna a nivel mundial ha disminuido aproximadamente en un 45% con respecto a 1990, sin embargo es necesario fortalecer las intervenciones institucionales para alcanzar la meta propuesta por la ONU para 2015
- El control prenatal tiene como objetivos: La identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna y educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.



- Se requiere realizar intervenciones para promover la maternidad sin riesgos en todos los niveles del sistema de salud. **Las investigaciones han demostrado que se puede lograr un efecto considerable si se mejora la calidad de los servicios existentes, se invierte en elevar las destrezas y capacidad de los proveedores de la atención en salud y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes.**
- Se debe fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes, 30 se convierten en eventos adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en un evento adverso grave.
- La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 8\)](#)



# 12. ANEXOS

108



IR AL ÍNDICE



# ANEXO 1 - PARTOGRAMA

**PARTOGRAMA - CLAP - OPSIOMS**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

dia: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_ Nº DE HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

POSICIÓN	VERT.		HORIZONTAL		
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0:15	0:15	0:25	0:25	0:25
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:35
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
	1:15	1:25	1:05	1:30	1:25
	2:10	2:30	2:30	2:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

LÍNEA DE BASE DESDE LA CUA SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PLANOS I, II, III, IV

HODGE Di, Lier

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO

HORA: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p

POSICIÓN MATERNA

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO MATERNO

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

DURACIÓN CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

DOLOR Localiz./Intens.

PLANOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. (RAM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte \*\*\*\* Superioridad SP

Normal \*\* Sacro S

Debil \* S

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Diap 100 l (Desaceleración precoz)

Diap 100 II (Desaceleración tardía)

Diap variable (Desaceleración variable)

Momento

POSICIÓN MATERNA

Lit. Derecha LD

Lit. Izquierda LI

Dorsal D

Semisentada SS

Sentada S

Prada o cambrada PC

SCHWABER, DIAZ A.G.  
INTEO, F.G.L.P.  
Pase General # 152, 1407  
Montevideo, Uruguay

ANEXO 2 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

ANEXO 3 - [LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO](#)

## 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 - **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 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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?