

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

**NATALY YISET CASTILLA HERNANDEZ
HEIDY PAOLA GOMEZ ALVAREZ
MARIA RAQUEL QUINTERO SIERRA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD ADMINISTRATIVA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
BOGOTÁ - COLOMBIA**

2017

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

NATALY YISET CASTILLA HERNANDEZ

HEIDY PAOLA GOMEZ ALVAREZ

MARIA RAQUEL QUINTERO SIERRA

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
especialista en auditoría en salud.**

Asesor

Edson Jair Ospina Lozano

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD ADMINISTRATIVA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

BOGOTÁ - COLOMBIA

2017

AGRADECIMIENTOS

Brindamos agradecimiento a todo el docente que participaron en nuestra formación profesional en esta especialización por su aprendizaje, metodología, tiempo y dedicación.

Al profesor Edson Jair Ospina Lozano coordinador de especialización en Gerencia de instituciones de seguridad social en salud, por su orientación ejemplar en la asesoría de este trabajo de grado.

Finalmente, a todos nuestros compañeros de estudio de la especialización por sus aportes y experiencias profesionales compartidas.

DEDICATORIA

Dedicamos la culminación de este nuevo logro a todos nuestros Padres, hijos, y familiares por su apoyo incondicional, brindándonos constantemente fuerza y esas ganas de luchar para conseguir siempre nuestros objetivos, ya que son el motivo para salir adelante y seguir logrando las metas que nos hacen crecer a nivel profesional.

Siempre agradeciendo al que todo lo sabe, nuestro padre señor todo poderoso por permitirnos triunfar siempre en lo que nos trazamos.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	6
1.1 MODELO INDIVIDUAL.....	6
1.2 MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA.....	7
2. INTRODUCCION.....	8
3. JUSTIFICACION	9
4. OBJETIVO GENERAL.....	10
4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
5. MARCO CONCEPTUAL.....	11
5.1 GENERALIDADES.....	11
5.2 EPIDEMIOLOGIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGIA.....	13
5.3 EVENTOS ADVERSOS EN SALAS DE CIRUGIA.....	14
5.4 CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGIA.....	15
5.5 ERRORES QUE ORIGINAN EVENTOS ADVERSOS.....	15
5.6 METODOS DE SEGURIDAD EN EL QUIROFANO.....	15
5.6.1 LISTA DE CHEQUEO.....	15
5.6.1.1 OTROS ASPECTOS.....	18
5.6.2 PROTOCOLO DE LONDRES.....	20
5.6.3 MONITOREO DE ASPECTOS CLAVES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	23
5.6.3.1 INDICADORES.....	23
5.6.3.2 PROGRAMAS DE MONITOREO.....	24
5.6.3.3 ACTIVIDADES QUE FACILITAN LA VIGILANCIA DE EA.....	25
5.7 EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL DE SEGURIDAD AL PACIENTE.....	26
6. CONCLUSION.....	30
7. BIBLIOGRAFIA.....	31

1. RESUMEN

Durante esta investigación se realizó una revisión bibliográfica que describe los avances, logros y expectativas sobre el tema propuesto de seguridad al paciente, enmarcando la gran importancia que desde su surgimiento hasta la actualidad ha evolucionado de forma permanente e impecable dentro de la gestión en instituciones a nivel nacional, con el fin de mejorar la calidad de sus procesos y prestación de servicios apuntándole siempre a una atención segura.

Bajo el anterior concepto, el objetivo de esta monografía es concretar los aspectos más importantes a tener en cuenta durante la atención de los pacientes en el servicio de salas de cirugía y evidenciar las prácticas inseguras que se han realizado en este servicio para así mismo determinar qué mejoras se deberían realizar para mitigarlas. El tipo de estudio desarrollado es un análisis documental.

Entre las causas más frecuentes a investigar tenemos las siguientes:

- Lesión de órgano o vascular
- Falla técnica
- Retraso en el tratamiento y en el tiempo quirúrgico
- Valoración preoperatoria inadecuada
- Cirugía en zona anatómica diferente
- Cuerpo extraño
- Quemadura
- Trauma obstétrico
- Infección de sitio quirúrgico
- Complicaciones quirúrgicas

Debido a que los eventos adversos en el paciente quirúrgico son los de mayor impacto, es necesario incrementar las acciones para enmendar dichas situaciones, si bien es cierto que el sistema de registro es un punto clave no se puede menospreciar otros aspectos tan importantes como concientizar al personal hacia una cultura de la seguridad fortaleciendo la comunicación y el trabajo en equipo además de mantener una educación al profesional.

Existen diferentes modelos que explican estos errores humanos cometidos por los profesionales:

1.1 MODELO INDIVIDUAL: centrado en la persona relacionados con los aspectos del trabajo como:

- Incumplimiento intencionado
- Olvidos / descuidos
- Distracciones
- Miedo de cometer errores
- Ejecución incorrecta de procedimiento

- Falta de motivación
- Imprudencia
- Negligencia
- Decisión de cometer un determinado riesgo

1.2 MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA: Se tiene en cuenta que lo humanos cometen fallos y los errores esperables hasta en las mejores organizaciones, de tal manera los errores se ven como consecuencias y no como causas, siendo el origen del error los factores sistemáticos y no su naturaleza; cuando se comete un evento adverso lo importante no es quien se equivoca sino como y porque las defensas fallaron. La clave de este modelo se puede destacar por:

- Los accidentes se originan por múltiples factores
- Existen defensas para evitar los errores
- Múltiples errores permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran
- La revisión del sistema permite identificar como los fallos atraviesan las defensas

2. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente importante de la atención en salud, que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Con el transcurrir del tiempo la seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de calidad del servicio prestado a los pacientes. El ser humano comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales como los que transcurren en salas de cirugía los cuales pueden ser prevenibles. Por ello es indispensable realizar un análisis, discusión y acción entre todos los profesionales sobre el tema de la seguridad del paciente en salas de cirugía, de modo que se convierta en el pilar para la gestión en las instituciones que prestan este tipo de servicios y así disminuir la incidencia de estos eventos y sobre todo su impacto en los pacientes.

En esta revisión bibliográfica se recopilan los aspectos más relevantes acerca de la seguridad del paciente en el quirófano, definiendo conceptos básicos y aspectos más importantes de la actualidad, revisando casos clínicos presentados en Colombia sobre eventos adversos, las acciones de mejora que se ejecutaron y lo que se podrían implementar en cada una de las instituciones prestadoras de salud con el fin de mejorar la atención de dicho servicio en beneficio de mejorar la calidad y cumplir con la satisfacción del usuario.

3. JUSTIFICACIÓN

El motivo de la realización de esta revisión bibliográfica abarca varios propósitos:

- Aumento de las frecuencias de eventos adversos: se denomina como un tema de alta preocupación ya que los profesionales de este servicio se dedican más a la técnica de la cirugía que los riesgos que esta le pueda ocasionar al paciente, incluso en el área postquirúrgica en las cuales ocurren la mayor accidentalidad y siniestralidad de los casos secundario a la indebida atención en el quirófano.
- Para identificación de eventos adversos: ya que al conocerlos podemos establecer medidas de prevención que ayuden a reducir el número de estos y por lo tanto disminuir las implicaciones en el paciente y la institución.
- Porque no existen datos específicos de eventos adversos para este servicio en Colombia: lo cual hace necesario la revisión de este tema.
- Este análisis favorece la cultura de seguridad en todo el equipo de profesionales en todas las áreas quirúrgicas.
- Durante los hallazgos que se generan en dicha revisión nos pueden ayudar para que a nivel institucional se realicen metodologías para mejorar la calidad de la atención en salas de cirugía por tanto se mejoraría la seguridad del paciente.

4. OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión bibliográfica y análisis sobre el tema: “Seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico” que permita la identificación de los eventos adversos para mejoría de la prestación de estos servicios.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los eventos adversos más frecuentes en el ámbito quirúrgico y sus causas.
- Describir el estado actual de seguridad del paciente en salas de cirugía en Colombia.
- Conocer aspectos relevantes a tener en cuenta durante la práctica segura de los procedimientos quirúrgicos.

5. MARCO CONCEPTUAL

Para la realización de este marco teórico se tomará como descripción aspectos relevantes hoy en día que serán el introductorio para inmiscuirnos más en el tema a tratar como: la seguridad del paciente para definir su importancia en cuanto a los sistemas de salud en el mundo; la manera como está definida una atención en salud y si en Colombia se realiza de forma correcta; los tipos de eventos adversos que vamos a ir descubriendo poco a poco a medida que avanzamos en el análisis, la historia epidemiológica de eventos adversos en cirugía y los tipos de métodos que actualmente se ha diseñado y se implementan para la disminución de estos eventos y así procurar mantener una correcta atención del paciente evitando riesgos.

5.1 GENERALIDADES

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la seguridad del paciente como: "La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable.

Se conoce como tal al 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. (1)

Es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

- **ATENCIÓN EN SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se preste a toda la población.
- **EVENTO ADVERSO (EA):** entendiéndose como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el

estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado.

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional no produjo daño.

Se clasifican en:

- **Evitables:** cuando una práctica médica dentro de los estándares de calidad hubiera eliminado dicho Evento Adverso.
- **Inevitables:** cuando no depende de la práctica médica sino de otros factores difícilmente prevenibles.

O según su gravedad:

- **Menores:** cuando producen un daño leve y pasajero.
 - **Moderados:** cuando requieren un tratamiento específico.
 - **Mayores:** aquellos que condicionan un riesgo vital.
 - **Fatales:** cuando producen el fallecimiento del paciente. (2)
-
- **EVENTO ADVERSO TRAZADOR:** se caracteriza porque la causa que lo origina puede estar asociadas en la deficiencia en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero si es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente.
 - **EVENTO CENTINELA:** Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de estas.
 - **ACCIDENTE:** Es un evento que produce daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o frutos del sistema.
 - **RIESGO:** Es la probabilidad que se presente un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un sitio particular y durante un periodo de tiempo definido.
 - **DAÑO:** Efecto adverso o grado de destrucción causado por un fenómeno sobre las personas, los bienes, sistema de prestación de servicios, y sistemas naturales o sociales.
 - **ERROR:** Acto de falta o descuido en el ejercicio de los profesionales de la salud que favorece a acontecimiento del evento adverso.

- **NEGLIGENCIA:** Falta difícilmente disculpable, con origen en la indolencia, incuria, desidia, estudio de caso, falta de presteza, descuido de las obligadas cautelas o falla en el cuidado de la aplicación del juicio que se supone, debe tener el personal de la salud.

5.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

El estudio Harvard Medical Practice (HMPS), pionero en el estudio de EA, recoge una incidencia de EA de 3,7%. Las especialidades que presentaron mayor número de EA fueron las quirúrgicas (16,1%), mientras que las especialidades médicas fueron las que presentaron una menor frecuencia (3,6%). (3)

The Quality Australian Health-care Study (QAHCS) encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de los cuales prevenibles. Las especialidades donde se produjeron mayor cantidad de EA fueron: cirugía general (13,8%), cirugía ortopédica (12,4%) y medicina interna (6,5%). (4)

En el estudio de Vincent y col., realizado en dos hospitales de Londres, hallaron una incidencia de EA del 10,8%, siendo prevenibles un 48% de los mismos. La especialidad con más EA fue Cirugía General con un porcentaje de pacientes con EA de 16,2%. (5)

En 2000, Davis y col. en Nueva Zelanda y Baker y col.40 en Canadá obtuvieron unas tasas de EA de 12,9 y 7,5% respectivamente. El servicio de Cirugía fue responsable de producir la mayor proporción de EA.

En el Estudio ENEAS, realizado en España, la incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue de 8,4%, considerando aproximadamente la mitad de ellos evitables (42,6%). Las especialidades que presentaron mayor incidencia de EA fueron cirugía cardíaca (20%), torácica (20%), vascular (16,9%), urología (10,4%) y cirugía general (10,3%). (6)

Los servicios de cirugía son considerados de riesgo elevado. Los estudios realizados en este campo describen tasas de EA de hasta el 30%, considerándose la mitad de ellos evitables.

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS, desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. Los eventos adversos estaban relacionados con: los cuidados en el 13.27%, uso de medicación 8.23%, infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento 28.69% y diagnóstico 6.15%. El 62.9% de los eventos adversos aumentó con los días de estancia, con una media de 16.1 días y en el 18.2% motivaron el reingreso.

5.3 EVENTOS ADVERSOS EN SALAS DE CIRUGÍA

Un evento adverso quirúrgico se define como un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico. Los estudios efectuados sobre eventos adversos han constatado la complejidad de su análisis por la variabilidad de los sistemas de registro y la extensa gama de definiciones en la bibliografía para complicaciones postoperatorias tan representativas y concretas como la infección de herida quirúrgica, la fístula anastomótica digestiva o la trombosis venosa profunda. Las complicaciones postoperatorias resultan de la interacción de factores dependientes del paciente, de su enfermedad y de la atención sanitaria que recibe. El estudio de los eventos adversos en cirugía ha adquirido especial relevancia por su frecuencia, porque en parte son atribuibles a deficiencias en la atención sanitaria, por el impacto considerable sobre la salud física y psicológica de los pacientes, por la repercusión económica en el gasto social y sanitario que conllevan, y porque son un instrumento de evaluación de la calidad asistencial.

Más frecuentes:

- complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración).
- complicaciones de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anastomótica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria).
- complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos).
- fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas.
- Reintervención quirúrgica
- accidentes anestésicos (Lesión de víscera u órgano diferente al objeto de intervención).

Menos frecuentes:

- Abandono intracorpóreo de material quirúrgico.
- Cirugía en el lado o sitio equivocado.
- Broncoaspiración postquirúrgica.
- Procedimiento quirúrgico innecesario
- Quemaduras quirúrgicas

5.4 CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

En relación al origen del evento adverso, no extraña observar que la principal causa es la infección del sitio quirúrgico (69%) como está reportado en múltiples publicaciones y el total de los procesos infecciosos suman el 70.5%. A continuación, se incluyen las causas principales de eventos adversos. (7)

- Infección de sitio quirúrgico 69%
- Complicaciones quirúrgicas 29%
- Infección de vías respiratorias 1%
- Infección por sonda vesical 1%

5.5 ERRORES QUE ORIGINAN EVENTOS ADVERSOS

Los errores más comunes que contribuyen a la aparición de eventos adversos y la posterior muerte del paciente son: (1)

- Error en el diagnóstico
- Demora en el diagnóstico
- Errores de juicio: error en la preparación preoperatoria, demora en el quirófano por preparación o evaluación inadecuada, error de técnica.
- Errores relacionados con la técnica
- Otros: dislocación de drenajes, sondas nasogástricas y vías venosas, mala comunicación entre el paciente y el personal de salud/entre el equipo y drenajes, gasas o suturas retenidas en la herida. (1)

5.6 MÉTODOS DE SEGURIDAD EN EL QUIROFANO

Luego de la alta ocurrencia de eventos adversos en las salas de cirugía, las instancias internacionales de salud se han visto en la necesidad de crear métodos para disminuir en cierta medida la aparición de estos sucesos, por lo que hoy en día los que más han evidenciado esta reducción son los siguientes:

5.6.1 Lista de chequeo

Según la OMS, cada año se realizan 234 millones de intervenciones quirúrgicas (tipo cirugía mayor), en el mundo, y cuando en éstas se presentan complicaciones atribuibles al procedimiento, pueden causar discapacidad o prolongar el tiempo de estancia hospitalaria entre 3% y 25% de los casos. Además, se estima que 7 millones de pacientes son susceptibles de padecer complicaciones en el post operatorio. (8)

Según el entorno asistencial las tasas de mortalidad oscilan entre 0,4% y 10%, y cerca de un millón de pacientes fallecen cada año durante o después de una cirugía. Las tasas de mortalidad en pacientes sometidos a anestesia general son de 1 por 150. (8)

En los países desarrollados la mitad del total de eventos adversos padecidos por los pacientes hospitalizados se relacionan con la atención y los servicios quirúrgicos, y cerca del 50% de estos son prevenibles si se cumplieran las directrices y herramientas diseñadas para tal fin como las listas de chequeo (LC) o verificación.

Uno de los grandes errores durante el acto quirúrgico es la operación innecesaria y el siguiente es la realización de un procedimiento quirúrgico mayor por un cirujano no adecuadamente entrenado para hacerlo; de esta manera con el pasar del tiempo y el aumento de número de eventos adversos en dicha área se implementó uno de los instrumentos más importantes para el ámbito quirúrgico conocida como lista de chequeo, la cual debe ser diligenciada antes del acto quirúrgico como medida preventiva para reducir el número de eventos adversos o riesgo relacionados con los mismos.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. (9)

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición (disponible en www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en), que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. (9)

trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. (9)

En un estudio de corte transversal publicado en el 2013, realizado por Collazos y colaboradores y desarrollado en un hospital de Medellín, se comparó el número de eventos adversos quirúrgicos antes y después de la implementación de la Lista de verificación, y se observó que en los 246 pacientes que participaron se dio cumplimiento a más del 90% de los ítems, siendo el de presentación de los miembros del equipo quirúrgico el de menor acatamiento (86%). Además, se observó una reducción de más del 50% de los eventos adversos (7,26% en el 2009 frente a 3,29% en el año 2010). (10)

De esta forma, la Lista de verificación se ha constituido como una eficaz herramienta promovida por la OMS cuyo fin, además de disminuir la morbimortalidad por eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, ha permitido fortalecer el trabajo colaborativo e interdisciplinar entre los diferentes profesionales de la salud protagonistas en el acto médico. En Colombia, su implementación debe continuar en consolidación, con la difusión de su importancia entre el personal de salud, de manera que en todas las instituciones se utilice de forma rutinaria y se pueda además registrar información estadística que permita establecer su impacto en beneficio de los pacientes, y a la Lista de verificación como marco referencial para la promoción de procesos similares en otros campos asistenciales.

5.6.1.1 Otros aspectos a tener en cuenta:

Existen otros aspectos muy importantes que nos pueden ayudar a reducir o minimizar el riesgo o suceso de evento adverso siempre y cuando resulten siendo los más adecuados para esta área, entre ellos encontramos:

- Programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas con relación al ejercicio profesional en salas de cirugía.
- Adecuada infraestructura: ubicación, diseño, tamaño, ventilación, iluminación, sistema eléctrico, puertas del quirófano, mobiliario básico de un quirófano, mantenimiento preventivo de equipos.
- Ingresar al área quirúrgica exclusivamente con uniforme quirúrgico y lavarse las manos antes de iniciar su jornada de trabajo y cuantas veces sea necesario.
- Supervisar todas las medidas de higiene, limpieza y desinfección del área.
- Clasificación de desechos y residuos correctamente.
- Respetar en todo momento la cadena de esterilización y las áreas del quirófano.
- Evitar los ruidos excesivos como gritos, grabadoras o celulares.
- Tomar control bacteriológico semanal o una vez por mes y corroborar el resultado

- Mantener estrictamente técnica aséptica durante los procedimientos quirúrgicos

Durante la recepción del paciente importante tener en cuenta:

- A la llegada al centro médico debe vestir ropa cómoda y adecuado aseo personal
- Solicitud de autorización – consentimiento informado firmado, acompañado por familiar
- Educación al paciente en relación con el procedimiento
- Identificar al paciente con manilla - datos completos y legibles
- Expediente clínico completo - indagar antecedentes y alergias
- Estudio de laboratorios completos y valoración pre anestésica según corresponda
- Verificar que cuente con componentes sanguíneos o reserva
- Vena permeable con yelco de calibre grueso
- Preparación de la piel
- Retiro de lentes de contacto y prótesis dental
- Ayuno de 8 horas

Durante el tiempo transoperatorio importante tener en cuenta:

- Verificación con el paciente del sitio/lado de la cirugía
- Establecer un tiempo preoperatorio para verificar todas las condiciones de seguridad - aplicación de lista de chequeo
- Doble conteo en voz alta de gasa y compresa que entra y sale
- Verificación del ajuste adecuado de las partes de los instrumentos
- Profilaxis antibiótica a tiempo y adecuada (10 correctos) como prevención para infección nosocomial
- Profilaxis antitrombótica
- Asepsia y antisepsia, preparación de piel previa lavado de manos
- Anestesia segura: presencia de anestesiólogo siempre junto al paciente, asegurar oxigenación, ventilación y monitorización hemodinámica

Con todos los aspectos anteriormente mencionados se pretende resultados para una cirugía segura y limpia, anestesia segura, equipos quirúrgicos seguros, medición de listas de chequeo y una cultura en el mejoramiento continuo.

5.6.2 Protocolo de Londres

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. (11)

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. (11)

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Figura 1: protocolo de Londres



Fuente: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Ministerio de salud y Protección social.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole.

Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. (11)

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anesthesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. (11)

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. El ambiente físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso

de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 2 resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica. (11)

Tabla 2: factores contributivos

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS



Fuente: Protocolo de Londres. Ministerio de Salud y Protección social.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos. En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”.

- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente. (11)

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar, observar o actuar.
 - Tomar una decisión incorrecta.
 - No buscar ayuda cuando se necesita.
- **Contexto clínico:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla. (11)
 - **Factor contributivo:** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:
 - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
 - Ausencia de protocolos.
 - Falta de conocimiento o experiencia.
 - Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
 - Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

5.6.3 Monitoreo de aspectos claves en la seguridad del paciente

Sin control por parte de los profesionales de la salud, las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad favorece a la aparición de errores y eventos adversos secundarios. Por esta razón, no debe ser suficiente para un gerente de un hospital, independiente del nivel de complejidad, creer que su institución entrega una atención de buena calidad; debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática. (12) Para ello se han creado varias medidas:

5.6.3.1 Indicadores: constituyen una excelente herramienta de medición ya que permiten evaluar el estado de un proceso institucional para mantener altos niveles de calidad en la atención médica. (12)

Tipo de indicadores para el monitoreo de la seguridad del paciente:

- **indicadores de estructura:** miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y

recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros. (12)

- **Indicadores de proceso:** enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Son ejemplos de indicadores de proceso la evaluación de la historia clínica, el diligenciamiento del consentimiento, la técnica quirúrgica en cirugía, los errores en la atención, entre otros. (12)
- **Indicadores de resultado:** son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida, además genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas por 1000 días estancia, la satisfacción de los pacientes, entre otros. (12)

5.6.3.2 Programas de monitoreo: La creación de programas institucionales permite mantener una supervisión y cumplimiento continuo de las tareas o implementos que se usan durante la atención médica.

Ejemplos:

- **Tecnovigilancia** Reglamentada en nuestro país por la Resolución 4816 de 2008. Tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso. Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, EAUDM, e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia. Existen, en teoría, dos tipos de vigilancia: pasiva y activa. La primera hace referencia a la recepción de reportes de eventos e incidentes adversos. La segunda, a la búsqueda de factores de riesgo, enfocada, principalmente, al seguimiento de los dispositivos médicos clase III en áreas donde existen altas posibilidades de riesgo para los pacientes. a. Dispositivos médicos involucrados y causas de Evento Adverso asociados a su uso. Los dispositivos médicos más asociados a eventos adversos son: las bombas de infusión (debido a sobredosis de medicamentos), los catéteres (debido a complicaciones infecciosas, hemorragia o ruptura en cuerpo del paciente), los desfibriladores (debido a

que el equipo no entrega la carga programada), los dispositivos implantables e invasivos (debido a las complicaciones infecciosas), los equipos de monitoria (debido a problemas con las alarmas) y los monitores (cuando no registran los parámetros reales del paciente).(12)

- **Farmacovigilancia** Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes.

El origen y desarrollo de la fármaco-vigilancia tuvo lugar en la década de los 60, cuando se asoció a la “epidemia” de malformaciones congénitas la administración de Talidomida durante el embarazo. Desde entonces, la farmaco-vigilancia es una responsabilidad que comparten la industria farmacéutica, las autoridades sanitarias, el personal clínico y los pacientes. Se encarga del seguimiento de la seguridad de los medicamentos desde su creación y desarrollo, su selección y adquisición, el almacenamiento, la formulación, la preparación y dispensación, la administración y el monitoreo de su efecto Así, el éxito de la farmaco-vigilancia es el continuo reporte, seguimiento y monitoreo a las reacciones adversas (RAM) y eventos adversos (EAM) que presenten nuestros pacientes con su tratamiento farmacológico. (12)

- **Hemovigilancia** Es el término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre. Ésta es la última etapa de la cadena transfusional que involucra consecutivamente la promoción de la donación, los criterios de selección del donante, el fraccionamiento de los hemocomponentes, el tamizaje de agentes infecciosos, las condiciones de almacenamiento y transporte, la realización de pruebas pre-transfusionales, la identificación correcta de la unidad y del paciente, la vigilancia del acto transfusional y el seguimiento post-transfusional. (12)

5.6.3.3 Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos

- **Rondas de Seguridad.** Fueron diseñadas por Frankel y su equipo en el año 2003 con el objetivo de conocer la percepción de los colaboradores sobre la seguridad de la atención en el servicio y de paso contribuir a la creación de una cultura de seguridad¹¹. Consiste en que el grupo central de ejecutivos del hospital, incluyendo al director general, el director médico, el director de calidad, el director del programa de seguridad, etc., asistan juntos a cada servicio en un periodo de tiempo determinado, usualmente una vez al mes, y en un día y hora acordados previamente con los jefes de los servicios asistenciales.

Posterior a la realización de la ronda, usualmente dentro de la semana siguiente a su terminación, el grupo de ejecutivos se reúne para analizar las oportunidades de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar el día y hora de visita al servicio siguiente y así sucesivamente, hasta terminar el ejercicio con la totalidad de servicios del hospital. (12)

- **Paciente trazador.** El método trazador es una forma efectiva de rastrear la calidad de atención de un paciente, utilizando la historia clínica como guía. Consiste en evaluar el cumplimiento de la atención al paciente con los estándares y el cumplimiento de la política de la organización.

Existen dos tipos de método trazador:

1. Paciente trazador, en el cual se sigue la trayectoria de tratamiento de un paciente desde que ingresó a la institución hasta el momento en que se está evaluando.
2. Sistema trazador, en el cual se sigue un proceso desde el principio hasta el final. Ejemplo: sistema de manejo de medicamentos, sistema de administración de control de infecciones, sistema de manejo de datos, entre otros.

Como resultado del método trazador se hace una revisión integrada e interdisciplinaria de las áreas más críticas para la calidad y la seguridad del paciente y se analiza el grado de cumplimiento del estándar y la información resultante con el fin de ser utilizada para diseñar e implementar acciones de mejoramiento. (12)

La seguridad en los procedimientos quirúrgicos no se debe enfocar solo en el diligenciamiento y verificación de lista de chequeo, es importante hoy en día motivar y sensibilizar al personal asistencial y administrativo a una cultura de seguridad y humanización que se refleje en los excelentes resultados de los procedimientos, enfocado a minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención en salud.

5.7 EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL DE LA SEGURIDAD AL PACIENTE

La seguridad del paciente es un componente importante de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas a nivel mundial. Las diferentes organizaciones e instituciones de salud, con el paso de los años se han dado cuenta que prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y, aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Con el transcurrir del tiempo la seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de

calidad del servicio prestado a los pacientes. El ser humano comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales, con el agravante de que muchos de ellos son prevenibles. Por ello es indispensable realizar un análisis, discusión y acción entre todos los profesionales sobre el tema de la seguridad del paciente y considerar este tema como pilar de la gestión en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa; por lo contrario en la última década su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en el talento humano de las instituciones al identificar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba con relación a accidentes automovilísticos, cáncer de mama, enfermedades crónicas degenerativas o SIDA. (13)

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3 -16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4 - 0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5 - 10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150 operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después. (14)

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo. (14)

En Colombia la actualidad en materia de seguridad del paciente tiene fuerza con la decisión que en su momento tomaron el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC para exigir, desde el inicio de la implementación del sistema único de acreditación de Colombia, que las instituciones mostrarán avances en la detección,

registro e intervención de los eventos adversos, como requisito para solicitar la visita de evaluación externa, promovió el trabajo de muchas instituciones, para conocer los avances del tema en el mundo y luego para definir pasos, procedimientos, mecanismos de registro y en general herramientas para intervenir los eventos adversos y, fundamentalmente, para prevenirlos.

La evolución de la temática de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional, los diversos estudios y experiencias analizadas en el ámbito laboral, demuestran que las instituciones de salud deben apuntar a un recurso humano con las siguientes características: tener líderes dispuestos a solucionar el problema, estandarizar los procesos para disminuir la variabilidad, educar al personal y a los cuidadores con respecto a sus responsabilidades, utilizar sistemas de imposición cuando sea conveniente, monitorear las mediciones para determinar el progreso. La seguridad del paciente es una prioridad mundial, diversas entidades y organizaciones trabajan en el tema liderados por la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza para la Seguridad del Paciente, con logros importantes e impactantes en la calidad de la atención en salud dados por la unificación de términos y conceptos de seguridad, generación de estrategias de 44 atención limpia y segura que se han difundido por todo el mundo, capacitación del personal asistencial, participación activa del paciente y la familia en las acciones de seguridad y en su cuidado, promoción de la investigación.

Cabe resaltar que Colombia acogió las políticas mundiales sobre seguridad del paciente a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en salud por parte del Ministerio de la Protección Social. Con este sistema se busca ofrecer herramientas para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tengan procesos de atención seguros, que protejan al paciente de riesgos evitables y se impacte positivamente en la mejora de la calidad. Acciones como la vigilancia y gestión de eventos adversos, exigencia del cumplimiento de los estándares de habilitación, el impulso hacia la acreditación y participación en proyectos internacionales, han permitido tener avances significativos hacia la adquisición de una cultura de seguridad del paciente en nuestro país que busca el cuidado óptimo de los usuarios, el aumento de la calidad de la atención y el reconocimiento de las instituciones a nivel nacional e internacional. (13)

Para prevenir el incremento de eventos adversos en el año 2008 la OMS lanzó un gran Reto Global sobre seguridad del paciente: “la cirugía segura salva vidas”. La iniciativa se concentra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales: cirugía limpia, anestesia segura, equipos quirúrgicos adecuados, profesionales seguros y garantía de la calidad.

- Cirugía limpia: mediante el lavado de manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida quirúrgica y descontaminación del material.

- Anestesia segura: A través de la presencia de un anestesista entrenado, pulsioximetría y monitorización adecuada de la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura.
- Equipos quirúrgicos adecuados y profesionales seguros: personal entrenado, identificación inequívoca del paciente y lugar correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, consentimiento informado y disponibilidad de equipamiento e instrumental.
- Garantizar la calidad: implantar medidas y mecanismos que aseguren la calidad mediante revisión del seguimiento de las complicaciones y revisiones por expertos

Es importante destacar que el error humano es inevitable pero que con una cultura de análisis del error de forma permanente será una oportunidad para mejorar. El estudio sobre errores en cirugía así lo menciona y además analiza las causas de esos errores y propone medidas de mejora.

6. CONCLUSION

Al realizar y analizar el anterior documento podemos concluir que la seguridad del paciente hoy en día es un punto clave en la atención de los servicios de salud que se basa en la calidad humana con que se presta el servicio, esto ha venido tomando importancia en los últimos años en todas las instituciones de salud a nivel nacional e internacional como parte de la cultura organizacional que lidera un enfoque sistémico e integral para abordar el suceso y origen de los eventos adversos con el fin de retroalimentar al personal de las diferentes instituciones e introducir las mejoras correspondientes a los procesos con estándares de calidad cada vez más altos, disminuyendo de esta manera la ocurrencias de los mismos.

La seguridad en los procedimientos quirúrgicos no se debe enfocar simplemente en la aplicación de listas de verificación o chequeo; es importante motivar en el personal asistencial y administrativo una cultura de seguridad, que se refleje en todas sus actuaciones en la atención del paciente, Es imprescindible, en todas las instituciones que ofrecen servicios de cirugía, contar con programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas quirúrgicas y de procedimientos.

El listado de verificación quirúrgica constituye una herramienta de seguridad del paciente, la cual es válida, efectiva y eficiente, y cuya implementación puede contribuir a mejorar la seguridad del acto quirúrgico tanto para los pacientes como para los profesionales, por esta razón con el uso de este elemento se podría evitar en la mayoría de los casos la ocurrencia de eventos adversos presentados durante el acto quirúrgico.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo y el conocimiento y la sensibilización sobre el tema por parte de los profesionales facilitará prevenir lo fácilmente evitable, no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo conllevaría a aumentos en las tasas de morbilidad y mortalidad postquirúrgicas, Para ello es necesario seguir investigando acerca de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención de los eventos adversos prioritarios por su frecuencia o impacto.

Hoy día se desconoce un número exacto en la ocurrencia de eventos adversos por la poca documentación y reporte de los mismos, pero sabemos que se generan con frecuencia desencadenando complicaciones de gran impacto para el usuario y su familia; por ello la Organización Mundial de la Salud fomento el reto global “ la cirugía segura salva vidas” en el área quirúrgica que tiene como finalidad 4 áreas

específicas con el fin de garantizar una cirugía segura y de esta manera reducir el número de complicaciones por eventos adversos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. SEGURIDAD EN PROCESOS QUIRURGICOS
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf
2. TESIS: DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA "TRIGGER TOOL"
<http://eprints.ucm.es/38524/1/T37535.pdf>
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS AND NEGLIGENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-6.
4. Wilson R, Runciman WB, Gibberd RW, et al. THE QUALITY IN AUSTRALIAN HEALTH CARE STUDY. Med J Aust. 1995;163(9):458-71.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. ADVERSE EVENTS IN BRITISH HOSPITALS: PRELIMINARY RETROSPECTIVE RECORD REVIEW. BMJ. 2001;322(7285):517-9.
6. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P, Limón R, Terol E. INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS RELATED TO HEALTHCARE IN SPAIN. RESULTS OF SPANISH NATIONAL STUDY OF ADVERSE EVENTS. J Epidemiol Community Health. 2008;62(12):1022-9.
7. EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGIA. REVISTACirujano General Vol. 33 Núm. 3 – 2011 <http://www.scielo.org.mx/pdf/cq/v33n3/v33n3a5.pdf>
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 DATOS SOBRE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA.
http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/es/
9. LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1ªEDICIÓN)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
10. Collazos C. et al. VERIFICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD EN CIRUGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE. Rev Colomb Anestesiol.2013;41(02):109-113.

11. PROTOCOLO DE LONDRES
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
12. EVALUAR FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf
13. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf?>
14. MONOGRAFIA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEDELLÍN 2008, Diana Milena López Valencia, Sandra Milena Ríos Villegas, Luz Vélez Escobar.
15. EVOLUCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA
<http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/296/1/Evoluci%C3%B3n%20de%20la%20Seguridad%20del%20Paciente%20en%20Colombia.pdf>
16. OMS LA CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
17. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.
<http://repositorio.ual.es:8080/bitstream/handle/10835/2483/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. ADVERSE EVENTS REGIONAL FEASIBILITY STUDY: INDICATIVE FINDINGS. N Z Med J. 2001;114(1131):203-5.