

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 1 de 29			

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

ELABORADO POR:

Coordinador

Instrumentadora Quirúrgica

Líder de calidad salas de cirugía

Coordinador servicio de instrumentación Quirúrgica

Jefe de enfermería salas de cirugía

GRUPO SALAS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 2 de 29			

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVO GENERAL.....	3
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
4. ALCANCE.....	4
5. NORMATIVIDAD	4
6. DEFINICIONES TÉCNICAS.....	4
7. ESCENARIO PROBLEMICO Y ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD	7
8. CAPITULO PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO ISQ, SALAS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA	21
8.1ESCENARIO PROBLEMA	21
8.2. ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD “PROTOCOLO DE LONDRES”	22
8.3. INDICADORES	29

1. INTRODUCCIÓN

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 3 de 29			

Las salas de cirugía según datos del estudio IBEAS (1), son el sitio de presentación de aproximadamente el 43% de todos los eventos adversos que ocurren en una institución prestadora de servicios de salud y en el caso colombiano el porcentaje es del 13%, lo que origina un desafío muy grande para todos los estamentos encargados del servicio quirúrgico, en aras de generar y mantener la cultura de seguridad en el manejo del paciente llevado a salas de cirugía, ya que como vimos es muy frecuente la presentación de eventos adversos en este escenario.

Los eventos adversos más frecuentes de salas de cirugía, pueden producir consecuencias graves y de gran impacto en la salud del paciente, ya que pueden originar lesión o secuelas que pueden llegar a ser irreparables, como la operación y/o extracción de un órgano equivocado, o la realización de cirugía equivocada, además de dejar de forma inadvertida elementos extraños quirúrgicos en cavidades o espacios corporales, estos entre otros ejemplo, nos pueden ilustrar y reforzar el concepto de la importancia de tomar todas las medidas necesarias para prevenir la ocurrencia de estos eventos adversos y reducir su aparición al mínimo posible.

Las infecciones asociadas con la atención en salud son contraídas por un paciente durante su tratamiento en cualquier tipo de entorno en el que reciba atención. Dichas infecciones pueden aparecer incluso después del alta del paciente. Las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud, son multicausales y tienen como factores contribuyentes aspectos relacionados con los sistemas de salud, los procesos de la prestación del servicio o los comportamientos individuales de los trabajadores de la salud.

2. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico y administrativo, además de competencias y habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes en la atención del paciente en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la presencia de riesgos en la atención del paciente en los Procedimientos quirúrgicos.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en los procedimientos quirúrgicos y su aplicación para mitigar las consecuencias.
- Establecer los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el Seguimiento de las prácticas seguras (barreras y defensas) y de la disminución de los riesgos en los procedimientos quirúrgicos.
- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención quirúrgica en salas de cirugía, que ponen en riesgo al paciente de adquirir infección del sitio quirúrgico ISQ.
- Determinar las barreras y defensas de seguridad más eficaces que se deben generar en salas de cirugía, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionadas con la aparición de la infección del sitio quirúrgico ISQ.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 4 de 29			

4. ALCANCE

Esta guía aplica a todo el personal operativo, administrativo y de apoyo que labora formal o en convenios docentes asistenciales, de forma parcial o completa en salas de cirugía del Instituto Nacional de Cancerología.

5. NORMATIVIDAD

❖ **Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de Protección Social:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

❖ **Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de Protección Social:** Por el cual se establece el Sistema único de acreditación institucional.

❖ **Resolución número 2003 de 2014 del Ministerio de la Protección Social:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

❖ **Decreto 3518 de 2016:** Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones

❖ **Resolución 3001 de 2019.** Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.

❖ **Resolución 073 de 2008:** Por lo cual y adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias para Bogotá D.C

6. DEFINICIONES TÉCNICAS

❖ **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 en salud o mitigar sus consecuencias

❖ **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud

❖ **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

❖ **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.

❖ **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 5 de 29			

❖ **Fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo).

❖ **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 y no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

❖ **Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

❖ **Oblito:** cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.

❖ **Servicio quirúrgico:** servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas.

❖ **Quirófano:** espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología adecuada, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación.

❖ **Muestra anatomopatológica:** Se considera todo material histológico o muestra de tejidos obtenida de un individuo o animal sano con la finalidad de investigar su estructura y composición normales.

❖ **Factores contributivos:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: Paciente angustiado, complejidad, estado inconsciente.

Tarea y tecnología: Cómo la documentación ausente, poco clara y no socializada, que contribuyó al error. Cómo la tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento o sin capacitación adecuada al personal que la usa contribuyen al error. Ejemplo: Ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar o tecnología con fallas.

Individuo: Cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) contribuye a la generación del error. Ejemplo: Ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (Stress, enfermedad), no adherencia ni aplicación de los procedimientos y protocolos e incumplimiento de funciones, como el diligenciamiento adecuado de la historia clínica.

Equipo de trabajo: Cómo las conductas del equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 6 de 29			

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

Ambiente: Cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: Deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Organización y Gerencia: Cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: Políticas, recursos, carga de trabajo.

Contexto institucional: Como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: Decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

❖ **Infecciones asociadas a la atención en salud:** Las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose catalogar como prevenible o no prevenible. De acuerdo con la información generada por OMS/OPS la definición de IAAS, reemplazará otras definiciones previamente utilizadas en otros subsistemas tales como infección nosocomial, infección intrahospitalaria o Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).¹³

❖ **Infección del sitio quirúrgico:** la infección del sitio quirúrgico ISQ, es definida como la infección que ocurre dentro de los 30 días después de la operación e involucra la piel y el tejido celular subcutáneo de la incisión (incisional superficial), y/o los tejidos blandos más profundos de la incisión por ejemplo la fascia y el músculo (incisional profunda), y/o cualquier parte de la anatomía, órganos y espacios que fueron abiertos o manipulados durante una operación (órgano/espacio).

❖ **Clasificación de las heridas quirúrgicas:** Uno de los principales predictores de infección del sitio quirúrgico es el tipo de cirugía y, por tanto, de herida quirúrgica que se va a efectuar en el paciente. Según esto, se distinguen varios tipos de herida:

Heridas limpias: heridas no traumáticas, que se realizan en forma electiva, sin entrar en contacto con los tractos digestivo, urinario o respiratorio, como la herniorrafia. La probabilidad de infección es muy baja y si ocurre, por lo general se debe a bacterias del exterior.

Heridas limpias contaminadas: se originan en cirugías electivas en las que se debe tomar precauciones previas, porque se entra al aparato digestivo o urinario, si bien en condiciones controladas; por ejemplo, la gastrectomía. Las probabilidades de infección son mayores y generalmente se producen por vía endógena, es decir, por bacterias que están dentro del paciente.

Heridas contaminadas: se producen en cirugías que se efectúan en zonas inflamadas o con derrame de contenido gastrointestinal. Las probabilidades de infección son mayores.

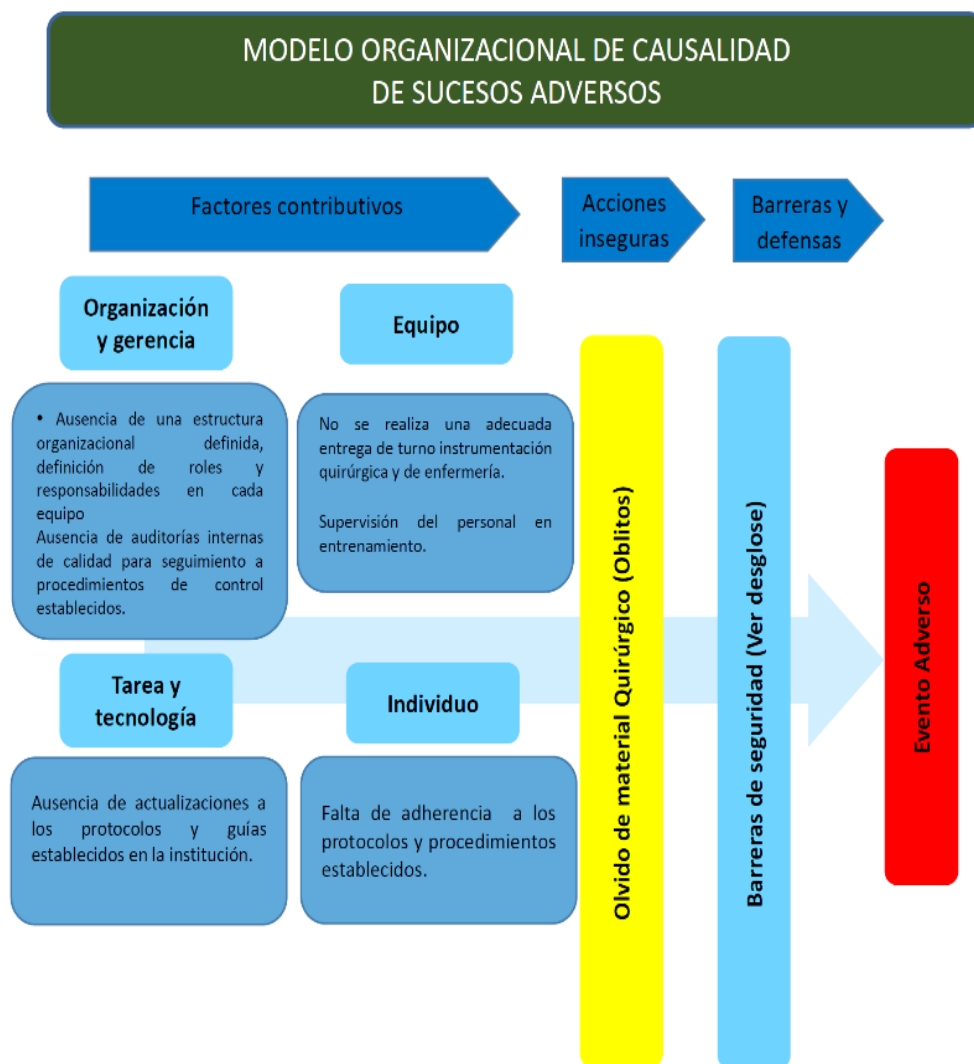
Herida sucia infectada: se trabaja en una situación de infección, con mucho tejido desvitalizado. El riesgo de infección es considerablemente mayor.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 7 de 29			

7. ESCENARIO PROBLEMICO Y ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD

La unidad funcional de tratamiento Salas de cirugía y Medicina perioperatoria, ha determinado las siguientes **fallas activas (acciones inseguras)** establecidas en la guía de aplicación del paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, definiendo las barreras de seguridad y acciones para prevenir los eventos adversos en el INC:

Falla Activa (Acción insegura) 1: Olvido de material Quirúrgico (Oblitos)



Barreras de seguridad:

- Inducción y reinducción del instructivo de conteo de elementos quirúrgicos en salas de cirugía, al personal del equipo quirúrgico en salas de cirugía, estableciendo un cronograma para las capacitaciones de manera periódica.
- Realización de lista de chequeo de salida del paciente de salas de cirugía

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 8 de 29			

Documentación:

Un procedimiento quirúrgico es una experiencia de suma importancia, tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico humano que participa en el (anestesiólogo, cirujano, instrumentadora, auxiliar de enfermería), pues el desarrollo de cualquier evento quirúrgico conlleva cierto riesgo. El error humano es inevitable por tanto se debe adoptar una cultura abierta al reconocimiento del error y, consecuentemente, una conducta preventiva. Esto puede ser desde un error médico hasta el olvido de material quirúrgico (oblito).

Por oblito quirúrgico se entiende aquellos casos en los que, con motivo de una intervención quirúrgica, se dejan olvidados cuerpos extraños dentro del cuerpo del paciente, como instrumentos o materiales utilizados por los profesionales de la salud que conforman el equipo quirúrgico (instrumentación quirúrgica, cirujanos, auxiliares de enfermería) tales como pinzas, agujas y más comúnmente gasas o compresas. Estos casos son bastante frecuentes y generalmente le ocasionan daños al paciente quien necesariamente debe someterse al menos a una nueva intervención para la extracción del material olvidado. Algunos estudios han demostrado que existen factores de riesgo que pueden llevar al olvido de material dentro del paciente como:

- Cirugías de Urgencia
- Cambio de personal durante la cirugía, Este típico el cambio de la instrumentadora y circulante porque “terminó el horario”.
- Cansancio del equipo quirúrgico.
- Múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico
- Rotación de personal en el servicio

En algunos casos en los que se olvidan compresas, gasas o instrumental, el cuerpo extraño es removido y el paciente se recupera. Sin embargo, los oblitos suelen dar lugar a complicaciones, que pueden ser severas y llevar incluso a la muerte. Sin contar con las complicaciones medicolegales que pueden llegar a existir por el mismo paciente o por sus familiares que afectarían a todo el equipo quirúrgico con algún grado de responsabilidad.

El Instituto Nacional de Cancerología, cuenta con un protocolo de procedimiento de [UFT-P04-D-12 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA EL CONTEO DE ELEMENTOS EN SALAS DE CIRUGÍA](#), en el cual se describe claramente cómo se debe llevar a cabo dicho proceso, durante el desarrollo de una intervención quirúrgica y sus diferentes variaciones, como cambios de turnos, prolongación de tiempo quirúrgico, múltiples procedimientos en el mismo acto, etc.

Sin embargo, las evidencias demuestran que existe una falla en el desarrollo del dicho procedimiento de conteo de elementos, quizás por desconocimiento de este o por incumplimiento y falta de adherencia a dichos protocolos y procedimientos.

Despliegue:

Estas barreras estarán desplegadas en salas de cirugía del INC

Implementación:

La implementación se hará de la siguiente manera:

1. Evaluación y capacitación, del personal de instrumentación Quirúrgica y enfermería
2. Lista de chequeo de salida
3. Análisis mensual de incidentes y/o eventos adversos en el SAP

Evaluación y capacitación del personal de instrumentación Quirúrgica y enfermería:

El servicio de salas de cirugía y medicina perioperatoria dentro de su arsenal documental posee varios descriptivos e instructivos, en donde se especifican y recalcan las actividades que tanto el grupo de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 9 de 29			

instrumentación quirúrgico como de auxiliares de enfermería, deben realizar durante la realización de un procedimiento quirúrgico independiente de su nivel de complejidad, estas actividades son de obligatorio y estricto cumplimiento dado las implicaciones que tendría la pérdida del conteo adecuado de los elementos quirúrgicos, que en algunas cirugías pueden llegar a ser abundantes y de alta complejidad. Los documentos de salas de Cirugía y medicina perioperatoria que enfatizan las actividades para el control de esta actividad insegura y que son barreras de seguridad son los siguientes:

[UFT-P04-F-03 CONTEO DE ELEMENTOS](#)

[UFT-P04-I-33 INSTRUCTIVO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE SALAS DE CIRUGIA EN EL SISTEMA SAP](#)

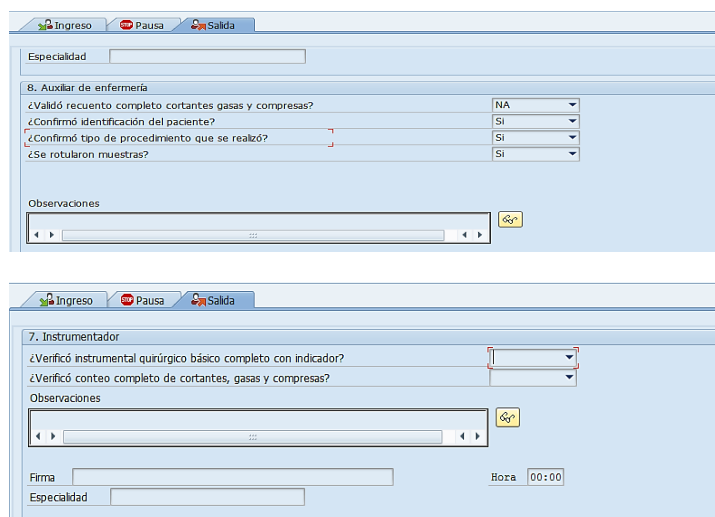
[GAC-P15-F-08 CONTROL DE INTEGRADOR QUÍMICO](#)

[UFT-P04-D-08 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA EN GRUPO SALAS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA](#)

Por esta razón la unidad funcional de salas de Cirugía y medicina perioperatoria realizara un cronograma de inducción y reinducción de todos estos documentos con evaluaciones pre y pos-capacitación, con el fin de que la realización de estas actividades sea permanentemente conocida por el recurso humano involucrado y de forma adicional tomar las medidas correctivas pertinentes de acuerdo con el nivel de asimilación y adherencia a estos instructivos y/o descriptivos

Lista de chequeo de salida

Posterior a finalizar el procedimiento quirúrgico, la lista de chequeo de salida es realizada por el auxiliar de enfermería y el instrumentador quirúrgicos encargados del caso, la cual contiene nuevamente casillas de verificación para varios ítems, entre ellos el conteo adecuado de elementos de cirugía en especial compresas y gasas, además de elementos de instrumental quirúrgico. El instructivo que detalla esta actividad es el [UFT-P04-I-06 INSTRUCTIVO PARA REGISTRO DE LISTA DE CHEQUEO EN EL SISTEMA SAP](#)



Análisis mensual de incidentes y/o eventos adversos en el SAP

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 10 de 29			

Los incidentes y eventos adversos reportados y relacionados con Olvido de material Quirúrgico deberán ser analizados dentro del servicio o con el apoyo del servicio de calidad institucional si este es necesario debido a su gravedad, para de esta forma evidenciar las fallas que puedan tener los descriptivos o instructivos referidos y realizar las modificaciones respectivas

Medición:

La medición de esta barrera se hará con el listado de asistencia a las capacitaciones y el resultado cuantitativo de las evaluaciones que ellas contengan

Reporte mensual de incidentes y/o eventos adversos en el SAP (aplicativo), de forma adicional, las actas de reunión de EPM en donde se especifique el análisis realizado a todos los reportes de incidentes y eventos adversos o complicaciones en salas de cirugía.

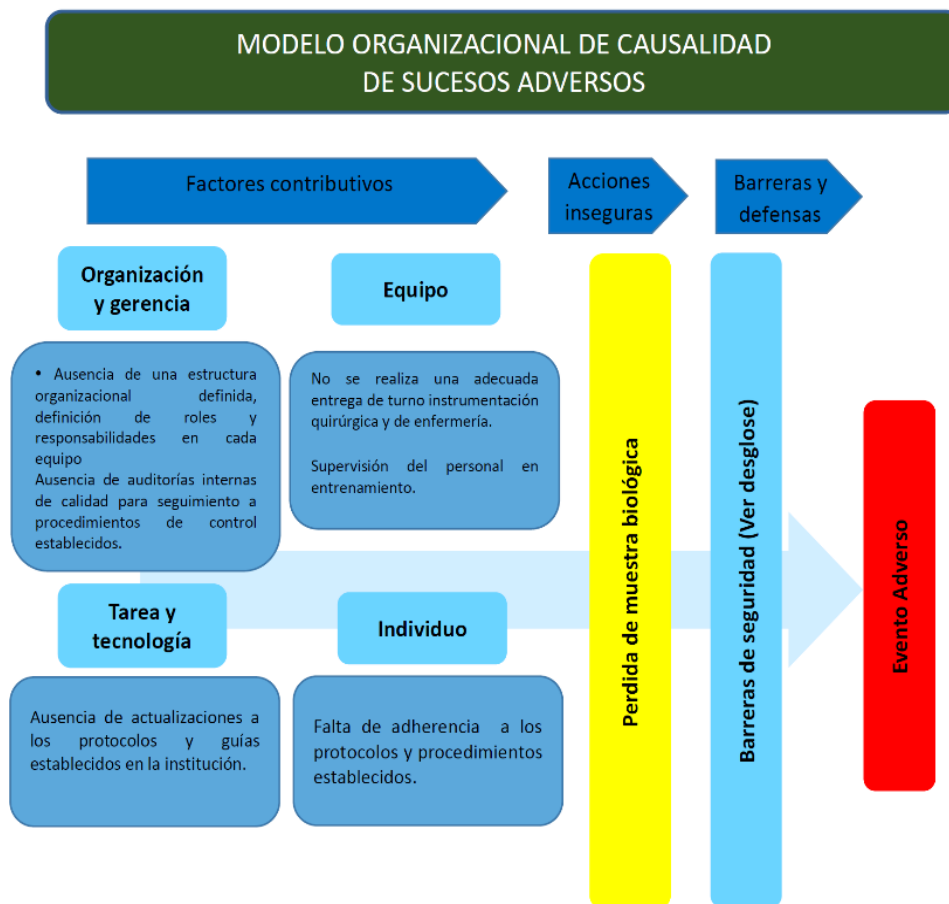
Consolidado mensual de listas de chequeo de salida del paciente de salas de cirugía.

Mejora:

Se harán acciones correctivas y planes de mejora cuando sea necesario, con el análisis de los incidentes y/o eventos adversos, también modificación de la frecuencia de las capacitaciones o cambios en el descriptivo de conteo de elementos de cirugía, según lo que se analice en las reuniones mensuales de EPM y según los resultados del examen pre y pos-test

Falla Activa (Acción insegura) 2: Perdida y/ o mala rotulación de muestra biológica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 11 de 29			



Barreras de seguridad:

1. Inducción y reinducción al personal del equipo quirúrgico, en salas de cirugía, estableciendo un cronograma para las capacitaciones de manera periódica y midiendo los conocimientos adquiridos mediante un pre y post test, mejorando así la adherencia a los protocolos y procesos
2. Realización de lista de chequeo de salida del paciente de salas de cirugía

Documentación:

La obtención de muestras anatomopatológicas en pacientes se realiza mediante procedimientos quirúrgicos que pueden generar un riesgo para el mismo. El análisis oportuno y seguro de dichas piezas, otorga un elemento importante para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. La responsabilidad del equipo quirúrgico y personal de salas de cirugía, en el manejo de las muestras anatomopatológicas desde que el momento en el que se obtienen hasta la entrega en el servicio de Patología, demanda de la total seguridad de pertenecer al paciente intervenido, pues un error durante este proceso puede generar consecuencias graves no solo para el paciente, sino también para el equipo quirúrgico, personal de salas y hasta la misma institución. Las muestras anatomopatológicas pueden ser vulnerables a errores de identificación, extravíos, mala manipulación y hasta pérdida total de las mismas, debido al mal manejo de las piezas. Si bien, estos eventos se dan de manera aislada, pueden ocasionar algún tipo de daño al paciente.

Este es un evento que se debe abordar cumpliendo las normas y procesos que garantizan que las muestras

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 12 de 29			

lleguen en condiciones adecuadas al servicio de patología junto con la información necesaria para poder hacer el estudio. Algunas muestras pueden volver a obtenerse, sin embargo, esto significa someter nuevamente al paciente al riesgo que tiene un procedimiento quirúrgico, sobrecostos, trabajo adicional y pérdida de tiempo vital para el paciente. Sin contar con el gran problema que generan la pérdida de aquellas piezas que no pueden volver a obtenerse. La pérdida de estos especímenes puede tener como consecuencia tratamientos inapropiados, retraso en el diagnóstico y posibles demandas por parte del paciente o familiares de este.

El manejo de las piezas anatomopatológicas antes de que lleguen al servicio de patología es la base del proceso. Es justamente en esta etapa donde se cometen la mayoría de los errores y donde se involucra al equipo quirúrgico, personal de enfermería y camilleros, quienes deben contar con el entrenamiento apropiado de recolección, etiquetado y procesamiento de dichos especímenes. La recepción y entrega a patología, de una pieza quirúrgica para su estudio incluye los siguientes pasos:

1. Identificar correctamente al paciente.
2. Identificar correctamente el tejido de la muestra a enviar.
3. Recibir la muestra
4. Colocar la muestra en un recipiente adecuado
5. Colocar la muestra en un conservante/fijador apropiado
6. Etiquetar/ rotular correctamente el recipiente
7. Corroborar detalladamente la orden que ira con la muestra
8. Transportar la muestra desde el sitio de obtención hacia el servicio de patología

Cuando se presenta la pérdida de una muestra, normalmente se busca exhaustivamente la causa del error en la persona o personas, atribuyendo muchas veces la distracción, desatención o hasta problemas de comunicación. Por eso, se hace necesaria la búsqueda de barreras que puedan adoptarse para reducir la posibilidad de que estos incidentes sucedan.

El instituto nacional de cancerología cuenta con la descripción de la actividad para el manejo de muestras de patología en salas de cirugía, el cual es conocido y desarrollado por todo el personal que labora en este servicio, sin embargo no deja de presentarse incidentes con el manejo de dichas patologías, por esto se estudiaron las posibles factores contributivos que ocasionan estos incidentes y se encontraron varias fallas rotuladas desde el punto de vista de organización y gerencia, tarea y tecnología, equipo y del individuo, las cuales deben ser controladas con las barreras anteriormente citadas.

Despliegue

Esta barrera estará desplegada en salas de cirugía

Implementación:

La implementación se hará de la siguiente manera:

1. Evaluación y capacitación del personal de instrumentación Quirúrgica, Enfermería y camillero
2. Lista de chequeo a la salida de cirugía
3. Análisis mensual de incidentes y/o eventos adversos reportados en el SAP

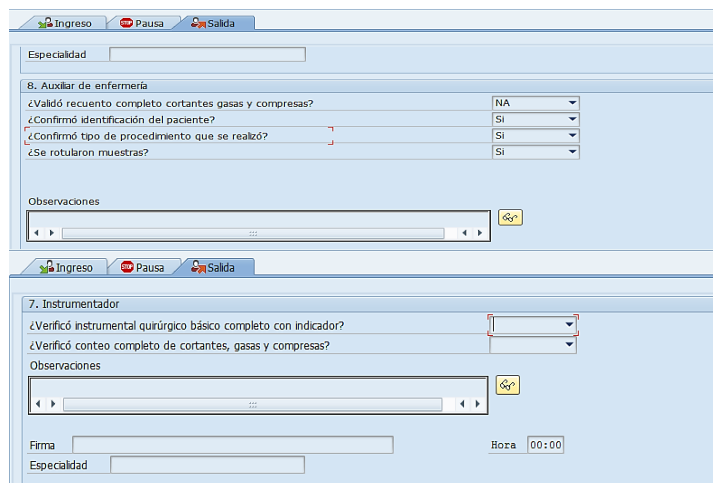
Evaluación y capacitación del personal de instrumentación Quirúrgica, Enfermería y camillero

Al igual que la anterior barrera de seguridad, se hará un cronograma de inducción y reinducción al personal involucrado en el manejo de estas muestras biológicas recalcando nuevamente el obligatorio cumplimiento de las actividades que se realizan al momento de recibir una muestra biológica que será sometida a estudio patológico, laboratorio clínico u otro tipo de estudio. El instructivo que posee la unidad funcional de salas de Cirugía y medicina perioperatoria es el siguiente: [UFT-P04-D-08 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA EN GRUPO SALAS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA](#)

La lista de chequeo de salida del paciente, siguiendo los lineamientos de la OMS, servirá para evaluar la

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 13 de 29			

rotulación adecuada de las muestras anatomopatológicas



The screenshot displays a software interface for patient safety procedures. It is divided into two main sections: '8. Auxiliar de enfermería' and '7. Instrumentador'. Each section contains a list of tasks with checkboxes for completion. Below the tasks is a text area for 'Observaciones' (Observations). The interface also includes navigation buttons (Ingreso, Pausa, Salida) and a signature field.

Medición:

La medición de esta barrera se hará con el listado de asistencia a la capacitación y el resultado cuantitativo Reporte mensual de incidentes y/o eventos adversos en el SAP, de forma adicional, las actas de reunión de EPM en donde se especifique el análisis realizado a todos los reportes de incidentes y eventos adversos o complicaciones en salas de cirugía.

Consolidado mensual de listas de chequeo de salida del paciente de salas de cirugía.

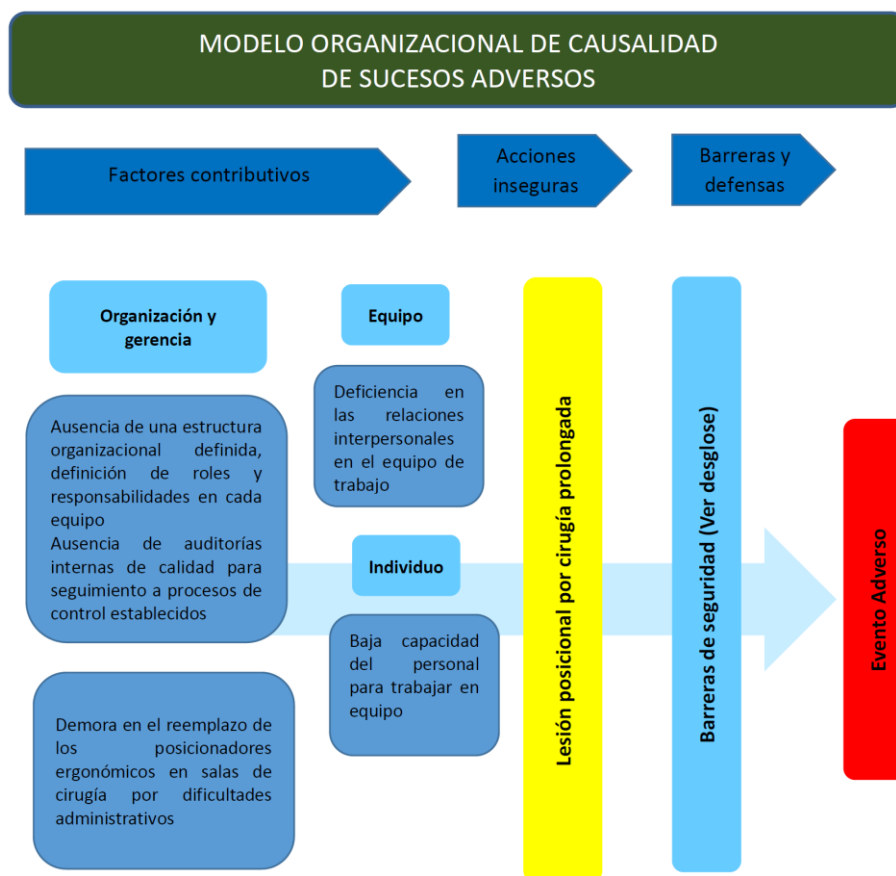
Reporte de indicador en SIAPINC

Mejora:

Se harán acciones correctivas y planes de mejora cuando sea necesario, con el análisis de los incidentes y/o eventos adversos, también modificación de la frecuencia de las capacitaciones o cambios en el descriptivo de manejo de muestras de patología, según lo que se analice en las reuniones mensuales de EPM

Falla Activa (Acción insegura) 3: Lesión posicional por cirugía prolongada

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 14 de 29			



Barreras de seguridad:

1. Parada de seguridad transoperatoria en el quirófano, con el fin de detectar posibles situaciones relacionadas al paciente, que de no corregirse pueden presentar lesión.

Esta parada se realizará a las seis (6) horas transcurridas después del inicio de la cirugía o en común acuerdo sobre el mejor momento para realizarse con el equipo quirúrgico, y se diligenciará el formato respectivo. Vale recalcar que muchos procedimientos quirúrgicos por sus condiciones de inmovilidad absoluta, o por las condiciones clínicas del paciente, pueden no ser objeto de ningún tipo de movilización en el intraoperatorio

Documentación:

El instituto nacional de cancerología, realiza un gran número de procedimientos quirúrgicos que se pueden considerar como prolongados, dando un valor arbitrario de cirugía de más de 6 horas , este tipo de cirugías se asocian a una mayor presentación de escenarios de alteración de la homeostasis del paciente, tales como la hipotermia, las lesiones en la integridad física del paciente como las úlceras por presión, el dolor posoperatorio por mala posición, las lesiones nerviosas periféricas posicionales y cualquier error en la preparación de estos pacientes se puede perpetuar por grandes periodos de tiempo y generar lesiones de todas las variables de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 15 de 29			

intensidad, por esta razón se hace necesario idear una estrategia para detectar estos escenarios de riesgo del paciente en el intraoperatorio, realizando una parada del procedimiento quirúrgico, en donde el instrumentador quirúrgico proteja la zona quirúrgica para evitar su contaminación, bajo la vigilancia del anestesiólogo, se retiren campos y se haga una movilización en bloque del paciente, aplicando el producto cavidol o similares en todas las zonas de contacto y presión que el paciente tenga, con masajes para estimular la circulación y el drenaje linfático, movilización de las extremidades y de las zonas de presión que se evidencien, revisión de la vía aérea, revisión de los dispositivos intravasculares, rx de tórax, etc., para determinar cualquier error o situación que de no corregirse pueda generar lesión en el paciente. De forma adicional también el instrumentador y auxiliar de enfermería, tendrán la oportunidad de revisar el conteo de elementos de cirugía y las muestras anatomopatológicas y el cirujano de informar cualquier cambio en el plan quirúrgico.

El objetivo de esta barrera es disminuir los eventos adversos de cualquier tipo por cirugía prolongada en especial la Lesión nerviosa periférica posicional

Despliegue:

Esta barrera estará desplegada en salas de cirugía mediante el formato [UFT-P04-F-25 PARADA DE SEGURIDAD TRANS OPERATORIA](#)

Implementación:

Se implementará en salas de cirugía, en las siguientes cirugías:

- Peritonectomía más HIPEC
- Microcirugía
- Pancreaticoduodenectomía
- Cirugía mayor a 6 horas de duración que por su comportamiento quirúrgico, permita movilizar el paciente y hacer cambio de campos quirúrgicos.

Medición:

Se hará reporte en SAP de las lesiones de causa posicional que se detecten en el posoperatorio con base en la detección por el personal de enfermería o servicio tratante.

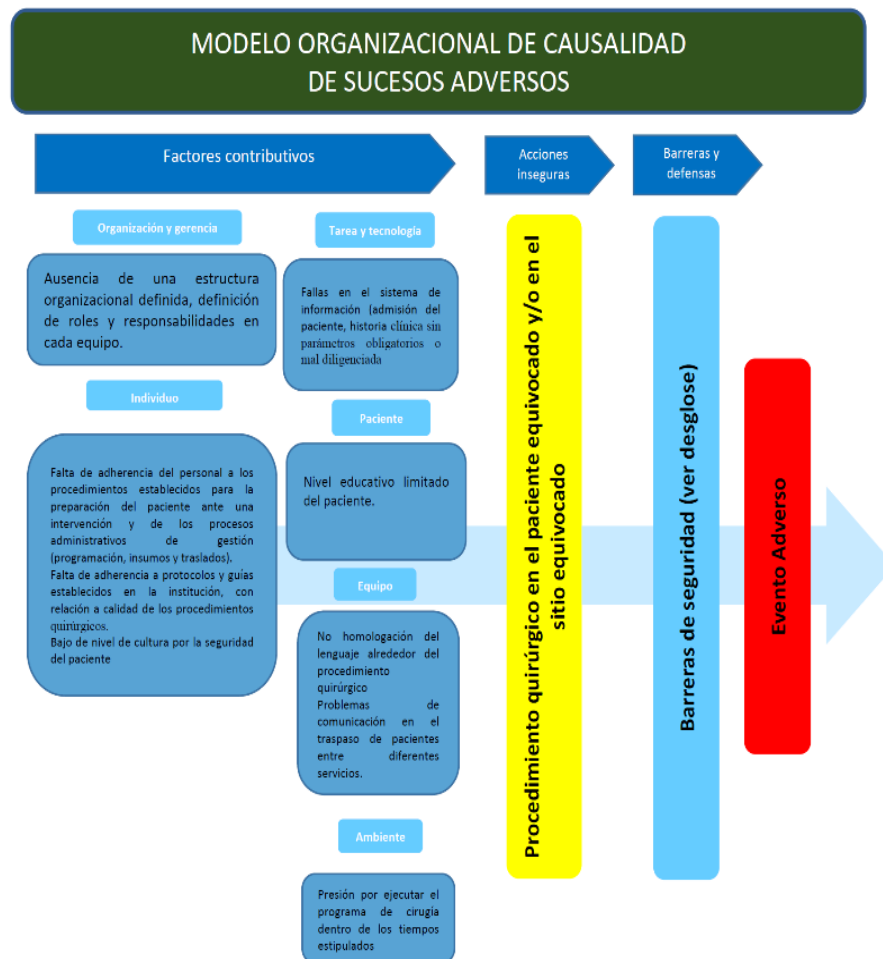
Registro formal del formato [UFT-P04-F-25 PARADA DE SEGURIDAD TRANS OPERATORIA](#)

Mejora:

Se harán acciones correctivas y planes de mejora cuando sea necesario, con el análisis de los incidentes y/o eventos adversos, según lo que se analice en las reuniones mensuales de EPM

Falla Activa (Acción insegura) 4: Procedimiento quirúrgico en el paciente equivocado y/o en el sitio equivocado

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
		Página 16 de 29	



Barrera de seguridad:

Manilla obligatoria de identificación del paciente

Documentación

La comprobación de la identificación del paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico es una actividad fundamental en salas de cirugía, con el objetivo de comprobar certeramente, que el paciente que ingresa es el paciente programado y no realizar el procedimiento en personas que no tengan la indicación o hayan cumplido el debido proceso de atención, de forma adicional se previene que se hagan procedimientos quirúrgicos diferentes a los establecidos o en órganos o zonas anatómicas diferentes a las planificadas y que por ende generen eventos adversos

Despliegue

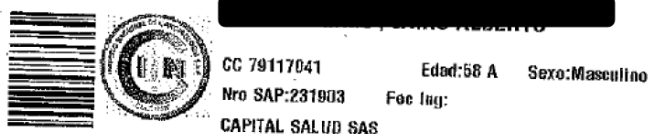
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 17 de 29			

Esta barrera estará desplegada en salas de cirugía del instituto nacional de cancerología.

Implementación

La manilla de identificación del paciente se hace desde el ingreso del paciente a salas de cirugía en el área de facturación, en donde con ayuda del sistema SAP al hacer la apertura del episodio de atención del paciente, se hace una impresión en donde quedan los datos de nombre del paciente, identificación, edad, sexo, RA, EPS, más un código de barras que asegure la fiabilidad de los datos y el logo de la institución. Esta manilla de seguridad es colocada en alguna extremidad del paciente, en un sitio en donde no haya conflicto con los accesos venosos o sistemas de monitoria de cirugía, previa verificación de los datos con la identificación del paciente y con los consentimientos informados quirúrgico y anestésico.

Ningún paciente sin manilla de identificación pasa de prequirúrgicos a salas de cirugía, ya que de este instrumento se toman los datos para la realización de las listas de chequeo y parada de seguridad del procedimiento y la administración de medicamentos a nuestros pacientes, a continuación, se muestra una manilla de identificación del paciente:



Medición

Se hará reporte en el SAP de los incidentes o eventos adversos relacionados a una mala o inexistente generación y colocación de manilla de identificación del paciente y se realizará medición mediante los indicadores establecidos en SIAPINC

Mejora

Se harán los planes de mejora que exijan los análisis respectivos de acuerdo con el reporte de incidentes y eventos adversos de que se detecten

Barrera de seguridad:-

Lista de chequeo al ingreso y de pausa y parada de seguridad

Documentación

La lista de chequeo al ingreso del paciente y de pausa, es una actividad multinivel, realizada por varios funcionarios que hacen parte del proceso de atención del paciente programado para un procedimiento quirúrgico, en la cual se corroboran múltiples datos entre los cuales está la identificación del paciente y la corroboración del sitio operatorio.

Despliegue

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
		Página 18 de 29	

Esta barrera estará desplegada en salas de cirugía del instituto nacional de cancerología.

Implementación

Esta actividad es realizada por la Enfermera de preoperatorio, luego de la cual pasa el paciente a salas de cirugía en donde el auxiliar de enfermería, instrumentadora, anestesiólogo y cirujanos del caso, deben realizar una presentación personal al paciente y nuevamente se corrobora su identificación y la señalización del sitio operatorio por medio de la lista de chequeo de pausa y la parada de seguridad, en la cual con los consentimientos informados y de forma hablada con voz alta, el anestesiólogo se encarga de preguntar los datos que aparecen en tablero informativo y solo posterior a que verifique que todos sus componentes están listos, se inicia el procedimiento anestésico-quirúrgico ; esto establece varios puntos de control adicionales a la manilla de identificación del paciente y por ende mayor control en caso de que alguno de los puntos previos tenga una falla A continuación, mostramos la lista de chequeo de ingreso del paciente y de pausa y la parada de seguridad

Ingreso

Ingreso	Pausa	Salida
1. Enfermera preoperatorio		
¿Se presentó ante el paciente?		Si
¿Se confirmó: identidad, sitio, procedimiento y consentimiento informado?		Si
¿Verificó y corroboró con lista de programación de Cirugía, la sala de cirugía?		Si
¿Tiene el paciente alergia conocida, manilla colocada, distintivo?		No
¿Cuál?		
¿Verificó si recibe anti-coagulación y/o otros medicamentos?		Si
¿Cuál?		LOSARTAN Y CARVEDILOL
¿Verificó rasurado, NO prótesis, ropa interior, joyas, esmalte, lentes de contacto, con bata quirúrgica?		Si
¿Cuál?		
FC 79	P.A.S. 173	P.A.D. 86
		P.A.M. 115
		SAT 93
		GLU 116
¿Verificó reserva de sangre?		Si
¿Autoriza traslado a salas de cirugía?		Si
¿El procedimiento quirúrgico requiere instrumentador?		Si
¿El procedimiento quirúrgico requiere anestesiólogo?		Si
¿El procedimiento quirúrgico requiere cirujano?		Si
Observaciones		
Firma		MURILLO ALAPE, ELIZABETH
Especialidad		ENFERMERA PROFESIONAL
Hora		06:48
2. Enfermera salas		
¿Verificó disponibilidad de cuidado intensivo?		Si
¿Verificó cumplimiento de ítems anteriores?		Si
Observaciones		

De pausa

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 19 de 29			

3. Auxiliar de enfermería

¿Se presentó ante el paciente?

¿Se confirmó: identidad, sitio, procedimiento y consentimiento informado?

Observaciones

Firma: GARRIDO GARZON, JAIR ALEJANDRO Hora: 07:24

Especialidad: ENFERMERA AUXILIAR

4. Instrumentador

¿Se presentó ante el paciente?

¿Verif. equip., dispositivos médicos (con especific.), suturas necesarias/disponib?

Observaciones

Firma: REYES BARRERA, LILIANA MILENA Hora: 07:25

Especialidad: INSTRUMENTADOR

5. Anestesiólogo

¿Se presentó ante el paciente?

¿Se confirmó: identidad, sitio, procedimiento y consentimiento informado?

¿Verificó valoración pre anestésica?

¿Verificó ayuno pertinente?

¿Verificó máquina anestesia, monitoreo sign.vitales y pulsoximetria funcionando?

¿Verificó riesgo de sangrado mayor y reserva de sangre?

¿Verificó si presenta alergia conocida?

¿Verificó disponibilidad de cuidado intensivo?

Observaciones

Parada de seguridad hablada

Cirunotas
PARADA DE SEGURIDAD

Debe hacerla el **anestesiólogo** o **encargado del caso**, posterior al **diligenciamiento de la lista de chequeo**, siempre con el paciente despierto y con la presencia de **TODO el equipo** quirúrgico tratante (docentes o fellows), leyendo el **tablero de seguridad**:

Nombre del paciente
Identificación
Presencia de consentimientos informados
Cirugía a realizar
Alergias conocidas
Lateralidad de la cirugía y marcación
Reserva de UCI y hemoderivados
Cirujano
Anestesiólogo
Instrumentador
Circulante

“Al cierre pregunte si todo está listo para la cirugía”

Medición

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 20 de 29			

Se hará revisión por parte del coordinador de salas de Cirugía y medicina perioperatoria de forma mensual y a través del sistema SAP del consolidado mensual de listas de chequeo y paradas de seguridad

Reporte de incidentes o eventos adversos relacionados a un mal o inexistente diligenciamiento de las listas de chequeo o de la parada de seguridad

Mejora

Se harán los planes de mejora que exijan los análisis respectivos de acuerdo con el reporte de incidentes y eventos adversos de que se detecten

Barrera de seguridad:

Marcación del sitio quirúrgico

Documentación

Una cirugía incorrecta se puede dar como resultado de desinformación del equipo quirúrgico o mala percepción de la orientación del paciente. La clave para la prevención de este evento es tener múltiples controles independientes de información. Las discrepancias entre la valoración preanestésica, el consentimiento informado y el registro del cirujano de la historia y examen físico deben ser resueltas, idealmente, antes de iniciar cualquier tipo de proceso prequirúrgico. La definición del sitio quirúrgico constituye una medida eficaz de seguridad y de calidad en la atención de nuestros pacientes

Despliegue

Esta barrera estará desplegada en salas de cirugía del instituto nacional de cancerología.

Implementación

Para marcar el lugar de la cirugía se debe verificar la identidad del paciente y el sitio correcto del procedimiento quirúrgico

- La información del consentimiento informado.
- La información contenida en la historia clínica.
- Los estudios diagnósticos.
- El interrogatorio al paciente, el cual debe sino hay limitaciones cognitivas o físicas, hacer parte de este procedimiento
- En caso de marcación a niños, debe estar presente los padres o acudientes
- La marcación debe hacerse en prequirúrgico
- La marcación debe ser hecha por el cirujano tratante o su delegado responsable (siempre y cuando participe del proceso de atención del paciente)
- La marcación debe indicar el sitio de incisión o inserción y debe estar lo más cerca posible a este
- Forma de marcación única: flecha con iniciales del cirujano que marca y con marcador indeleble
- La marcación aplica a cirugía de órganos múltiples o en caso de lateralidad
- La marcación no aplica en los siguientes escenarios:
 - a. Emergencias quirúrgicas
 - b. Neonatos prematuros (riesgo de tatuaje)
 - c. Cirugía dental o de mucosas
 - d. Cirugía bilateral simultanea
 - e. Endoscopia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 21 de 29			

f. Cirugía de órgano único

Medición

Se hará reporte en el SAP de los incidentes o eventos adversos relacionados a una mala o inexistente marcación del sitio quirúrgico

Mejora

Se harán acciones correctivas y planes de mejora cuando sea necesario, de acuerdo con el análisis de incidentes o de eventos adversos o complicaciones en la reunión de EPM mensual del servicio

8. CAPITULO PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO ISQ, SALAS DE CIRUGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA

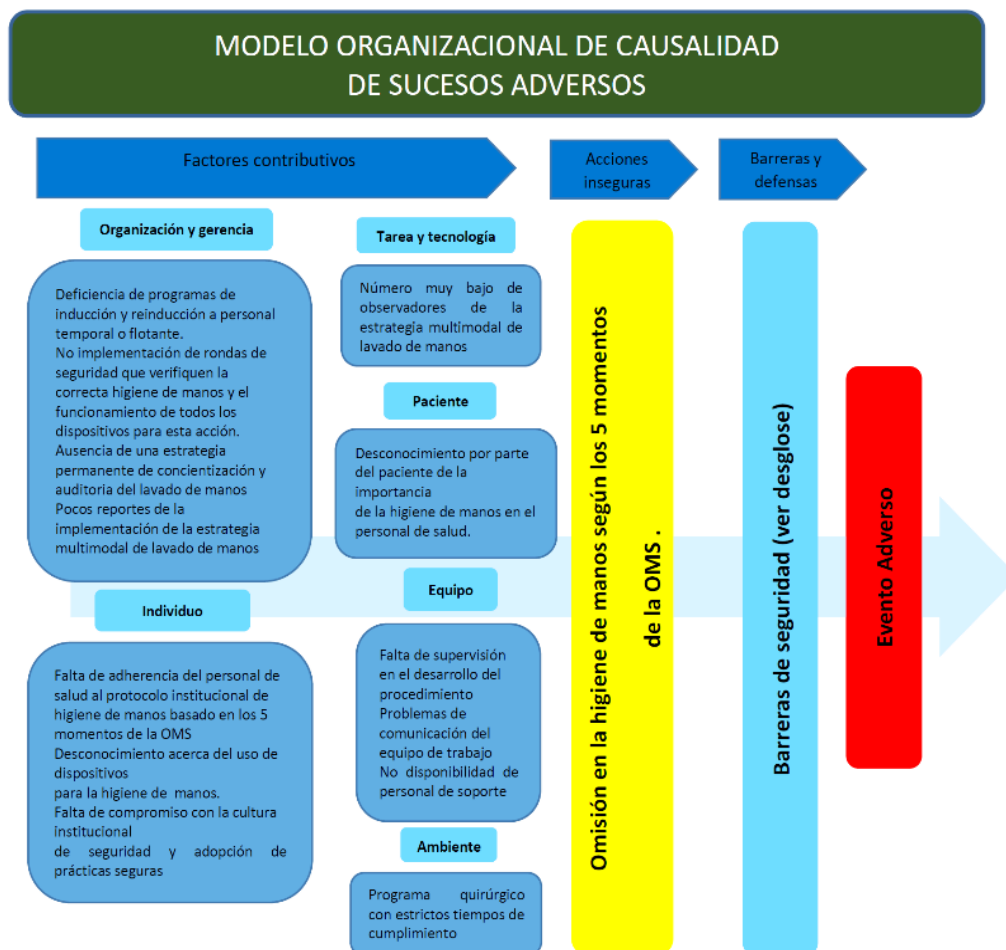
8.1 ESCENARIO PROBLEMA

- ¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir la infección del sitio operatorio ISO?
- ¿Cuántas muertes se relacionan con la ISQ?
- ¿Cuál es el impacto económico de las ISQ?
- ¿Cuáles son las fallas más comunes relacionadas con la ISQ que ocurren en salas de cirugía?
- ¿Cuáles son las practicas seguras más eficaces para detectar, prevenir y reducir las infecciones del sitio quirúrgico ISQ en salas de cirugía?
- 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 infección del sitio quirúrgico ISQ

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
		Página 22 de 29	

8.2. ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD “PROTOCOLO DE LONDRES”

Falla Activa número 1: Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 23 de 29			

Barrera de seguridad: Estrategia cultural “Salva vidas, limpia tus manos”



Documentación: estrategia implementada por la organización mundial de la salud el 5 de mayo de 2009, la cual vendrá con una multitud de énfasis subsiguientes como la del adecuado uso de antibióticos. Esta estrategia si bien tiene 2 años de establecida, no ha alcanzado el despliegue adecuado en nuestra institución y no se ha abordado desde el punto de vista cultural y tenemos largo trayecto aun por recorrer.

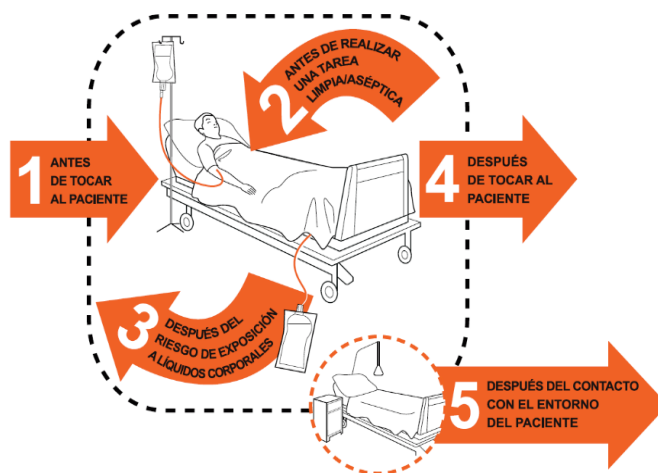
La estrategia involucra 6 puntos de énfasis que son los siguientes:

- Higiene de manos
- Inyección segura
- Focalización en la resistencia antimicrobiana
- **Infección del sitio quirúrgico ISQ**
- Componentes centrales para el control y prevención de infecciones (IPC en inglés)
- Otras intervenciones

El componente clave de la estrategia en lo que se refiere a salas de cirugía, es la concerniente al cumplimiento de los 5 momentos de higiene de las manos y es de forma principal a lo que está dirigido esta acción.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 24 de 29			

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



Si bien en salas de cirugía, se realiza lo que se denomina el lavado de manos quirúrgicos, la estrategia estará dirigida especialmente a la higiene de manos en fases de la atención que no hagan parte del procedimiento quirúrgico como tal, sino especialmente en fases previas o posteriores a este y en áreas críticas como prequirúrgicos o recuperación de cirugía, sitios en donde se realizan actos médicos de revisión de heridas quirúrgicas, sondas, drenes, cambio de apósitos y curaciones, las cuales tienen una alta responsabilidad en la aparición de la infección del sitio operatorio.

Despliegue: esta barrera de seguridad, la cual es una estrategia cultural, será desplegada en salas de cirugía, por todo el personal permanente y temporal que utilice dichos espacios.

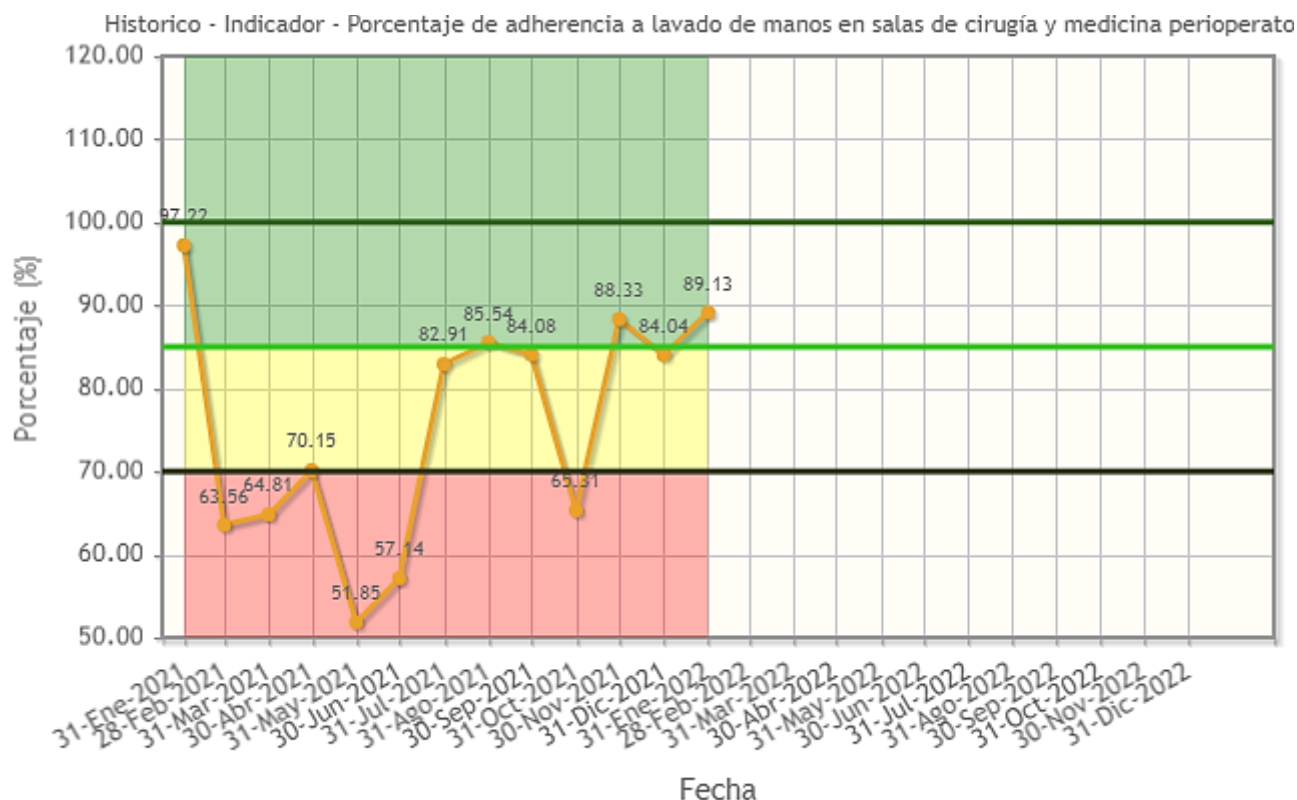
Implementación: la estrategia cultural Salva vidas, limpia tus manos, se implementará de la siguiente forma:

- Medios audiovisuales de promoción: los cuales consisten en la habilitación de los sistemas de comunicación interna auditiva de salas de cirugía, con sus parlantes y el acceso por medio del teléfono o de un sistema de mensajes a repetición en donde se insista en la importancia de los 5 momentos de higiene de manos y en general de la importancia de las manos limpias en el proceso de atención quirúrgica. De forma adicional se contará con una medida visual con televisor ubicado en el pasillo de salas de cirugía, en donde se hará la misma promoción de los 5 momentos de higiene, con su respectivo logo e incluso con la proyección de videos según corresponda al diseño de esta medida por el servicio de comunicaciones del instituto.
- Aumento del número de observadores y de observaciones de los 5 momentos de higiene de manos, implementado por el comité de vigilancia epidemiológica en su rol de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, por parte de salas de cirugía. Esto nos permitirá conocer nuestro grado de adherencia a estos momentos, detectar los profesionales o servicios quirúrgicos que tienen más apego o desapego a esta iniciativa mundial y tomar las acciones de mejora respectivas.
- Promoción por parte del personal de enfermería de recuperación de salas de cirugía (sitio donde es más intenso el problema de no adherencia), para dar recomendaciones permanentes a cualquier profesional quirúrgico, sobre su adecuada higiene de manos e incluso haciéndole saber al paciente su derecho a que el profesional que lo atienda realice la higiene de manos respectiva.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
		Página 25 de 29	

Medición: esta barrera estará medida con el porcentaje de cumplimiento a los 5 momentos de higiene de manos según la OMS y la estrategia multimodal de lavado de manos de la secretaria distrital de salud, la cual será provista por el comité de infecciones de manera mensual y que corresponde su medición a salas de cirugía, este reporte debe tener además del porcentaje de cumplimiento, del número total de observaciones, para determinar si la medición es óptima.

En estos momentos el porcentaje de cumplimiento está en un 89% a febrero de 2022, con algunos meses de 2021 con variaciones profundas producto de una disminución notable de las observaciones realizadas al interior del servicio, sin embargo en los meses en que hubo un número de observaciones estables, se ha logrado a su vez estabilizar el indicador con las estrategias mencionadas de forma previa para lograr tener una adherencia al lavado de manos más acorde con las necesidades y exigencias del servicio

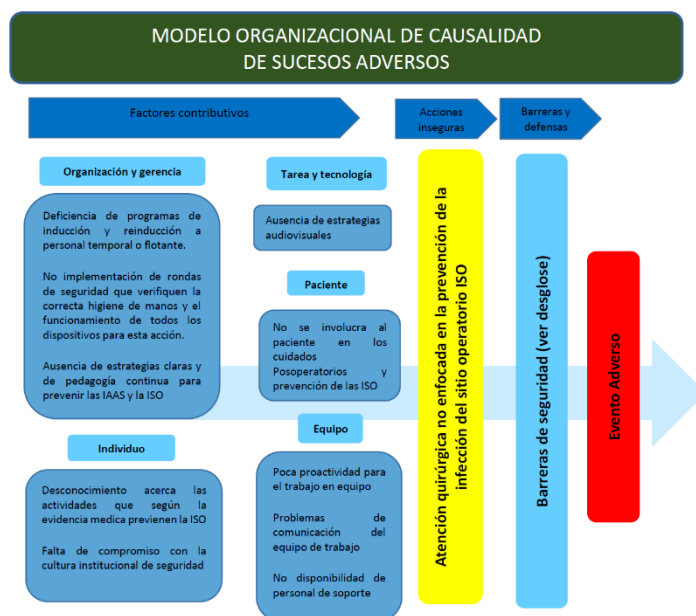


Mejora:

Se harán planes de mejora específicos, de acuerdo con los datos de porcentaje de adherencia al lavado de manos y/o con los datos de incidencia o tasa de infecciones del sitio quirúrgico ISQ que informa el comité de vigilancia epidemiológica de forma mensual.

Falla activa número 2: Atención quirúrgica no enfocada en prevenir la infección del sitio quirúrgico ISQ

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 26 de 29			



Barrera de seguridad:

Estrategia audiovisual de prevención de Infección del sitio quirúrgico.

Documentación: A continuación, en la siguiente tabla se muestran las acciones a realizar en salas de cirugía como parte del proceso de atención quirúrgica, que según lo recomendado por las guías de la organización mundial de la salud OMS y el center for disease control and prevention CDC, tienen la suficiente evidencia y un grado de recomendación moderado o alto para prevenir la infección del sitio quirúrgico ISQ.

ACCIÓN	MOMENTO	ELEMENTOS	GRADO DE RECOMENDACION	COMENTARIOS
BAÑO PREOPERATORIO CON CLORHEXIDINA	Prequirúrgico	Paños húmedos de clorhexidina	Moderado (oms)	Antes de colocarse la bata quirúrgica y paso a salas
PRECALENTAMIENTO Y CONSERVACION DE LA TEMPERATURA DEL PACIENTE	Todo el proceso de atención quirúrgica	Mantas térmicas convectivas Sistema activo de conservación de temperatura (blanketrol) Uso de cobijas Sistema de aire acondicionado	Moderado (oms) la (cdc)	Mantener eutermia de forma multimodal durante todo el paso del paciente en salas de cirugía y recuperación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 27 de 29			

ACCIÓN	MOMENTO	ELEMENTOS	GRADO DE RECOMENDACION	COMENTARIOS
ANTIBIOTICO PROFILACTICO	Antes de la incisión quirúrgica	Medicamentos antibióticos por vía parenteral	Fuerte(oms) Ib (cdc)	Según guías institucionales en cuanto a pertinencia, momento exacto de su aplicación y escogencia del antibiótico
REMOCIÓN DE VELLO CORPORAL	Antes de la incisión quirúrgica	Rasuradora eléctrica	Fuerte(oms)	No remover el vello si no es necesario Nunca utilizar cuchillas para retirar el vello
PREPARACIÓN DEL SITIO OPERATORIO	Antes de la incisión quirúrgica	Instructivo de preparación del sitio operatorio Clorhexidina jabón 4% Clorhexidina al 2% isopropilica Yodopovidona	Fuerte(oms) Ia (cdc)	Usar clorhexidina a menos que haya contraindicación o mucosas involucradas en el campo quirúrgico Ajustarse a instructivo institucional específico
LAVADO QUIRURGICO DE MANOS	Antes de la incisión quirúrgica	Instructivo de lavado quirúrgico de manos	Fuerte(oms)	Ceñido a instructivo institucional (2-5 minutos)
CONTROL DE LA GLICEMIA	Todo el proceso de atención quirúrgica	Glucómetros Medicamentos y soluciones hidroelectrolíticas específicas Medicación antihiperglicemiantes o hipoglicemiantes	Condicional (oms) Ia (cdc)	Control de cifras que no superen 200 mg /dl Evitar esquemas intensivos de control
ADECUADA OXIGENACION DEL PACIENTE	Todo el proceso de atención quirúrgica	Máquina de anestesia Elementos de aporte de oxígeno medicinal	Fuerte(oms) Ia (cdc)	Especialmente bajo anestesia general y continuar hasta 2-6 horas pop So2: > 95%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 28 de 29			

Estas actividades no tendrán un responsable definido, sino que se hará la pedagogía para que sea responsabilidad de cualquiera de los integrantes del equipo de atención quirúrgica, independiente de si la actividad es realizada por un profesional específico, por ejemplo la actividad de conservación de normotermia es realizada de forma predominante por el auxiliar de enfermería y el anestesiólogo, sin embargo esto no exime que los instrumentadores quirúrgicos o los cirujanos no estén pendientes de su realización o participen en ella

El conjunto de actividades no tiene que seguir un ciclo o una cronología y algunas de ellas serán realizadas durante todo el proceso de atención, algunas solo se realizarán en un momento determinado como el lavado quirúrgico de manos o la preparación del sitio operatorio.

Despliegue: esta barrera de seguridad será desplegada en salas de cirugía, por todo el personal permanente y temporal que utilice dichos espacios.

Implementación: La estrategia audiovisual consta de unos logos específicos para cada una de las 8 acciones escogidas a implementar, los cuales se espera que creen el efecto inmediato de referencia mental para un actividad a realizar, estos logotipos serán publicados en varios sitios y salas de cirugías para que recuerden rápida y constantemente de la importancia de las acciones que representan y de esta forma todo el equipo quirúrgico tenga presente estas actividades y la realicen de forma permanente y correcta en todos los pacientes independiente de la complejidad quirúrgica, de la duración o de cualquier otro criterio ajeno al objetivo de prevenir la ISQ



Medición: La medición se hará a través del indicador de infecciones asociadas a la atención en salud, principalmente la infección del sitio operatorio y con el indicador de adherencia al lavado de manos asignado al servicio de forma mensual.

Mejora: se implementarán las acciones correctivas que genere el indicador de tasa de ISQ sobre la o las actividades que se evidencien que más impacto han tenido en la generación de la ISQ

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-G-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	VIGENCIA:	28-02-2022
Página 29 de 29			

8.3. INDICADORES

Razón de incidentes relacionados con la atención en salas de cirugía
Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Asesora de Calidad	Cargo:	Asesora de Calidad
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Asesoría de Calidad	Dependencia:	Asesoría de Calidad
Fecha:	25-02-2022	Fecha:	28-02-2022	Fecha:	28-02-2022

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	22-02-2018	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	26-07-2019	Actualización del paquete instruccional: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.	Paula Andrea Salamanca Medina
3	21-09-2020	Se solicita modificación: Se elimina la plantilla de la portada y demás hojas del documento	Paula Andrea Salamanca Medina
4	28-09-2021	Solicitud actualizar los documentos hipervinculados en el paquete.	Paula Andrea Salamanca Medina
5	28-02-2022	Se realiza ajustes en el escenario problemático, análisis de causas de fallas en acción en salud y se incluye el indicador de Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos.	Paula Andrea Salamanca Medina