

EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS FRENTE A LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE, EN EL PROCESO QUIRURGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL,
BOGOTA D.C

Línea de Investigación: Liderazgo y gestión en educación.

Asesor de Trabajo de Grado: John Fredy Avendaño Mancipe

Estudiante: Lida Yaneth Hernández Camberos



Especialización en Docencia Universitaria

Facultad de Educación y Humanidades

Bogotá D.C

2015

Resumen

La situación actual del sistema de salud en Colombia, abarca una problemática frente a la seguridad del paciente, ya que existen múltiples riesgos al brindar atención en salud, lo que puede conllevar a un evento adverso. Para ello, es fundamental adoptar el componente normativo del Ministerio de Salud y de los entes de control que orienten la implementación de la política de calidad y de seguridad del paciente, articulada con el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad. Es por esta razón, que se debe involucrar una estrategia metodológica mediante el ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), con el objeto de concientizar a los aprendices y aterrizar planes de mejora acordes a la realidad del paciente que requiere un manejo quirúrgico; teniendo en cuenta que en la actualidad existe un alto índice de rotación de estudiantes que ingresan a prácticas en salas de cirugía del Hospital Militar Central (HMC); es clave propender una medición de riesgo de acuerdo al análisis y al trabajo en equipo coordinado con cada uno de los actores que brindan la atención, basado en manuales, procedimientos y protocolos institucionales, que orientan el proceso quirúrgico desde la admisión del paciente hasta el egreso. De allí surge la necesidad de involucrar escenarios educativos mediante la Enseñanza – Aprendizaje y Evaluación, en donde posteriormente se realizara un análisis de la información de la evaluación con el fin de proponer estrategias educativas de mejoramiento con cada uno de los que operativizan los procesos en salas de cirugía y con los estudiantes, mediante el desarrollo de competencias que impacten de manera significativa en el trato digno y humanizado reflejado en la satisfacción del usuario y en el éxito institucional del área quirúrgica.

Palabras claves: Seguridad, Paciente, Autodeterminación, Autocuidado, Dignidad, Humana, Evento Adverso, Quirúrgico, Proceso, Habilitación, Acreditación, Competencia, Autoevaluación,

Coevaluación, Hetero-evaluación, Educación, Conocimiento, Calidad, Servicio Enseñanza, Aprendizaje Y Evaluación.

Abstract

The actual Health colombian system, involves an issue in front of the patient security, being that there are a lot of risks at the hour of give health attention, which can lead to an adverse event. For this it, is essential to adopt the regulatory component of the Health Ministry and the entities control to guide the implementation of quality and patient safety the policy articulated with the audit program for quality improvement. For this reason, we have to involve a methodological strategy by PBL (Problem Based Learning) in order to raise awareness among learners and land improvement plans in line with the reality of the patient requiring surgical management; considering that at present there is a high turnover rate of students entering practices in operating rooms Central Military Hospital; is a key tend for a risk measurement according with the analysis and the coordinated teamwork with each one of the actors that give the attention, based on institutional manuals, procedures and protocols, that guide the surgical process since the patient admission to the egress. There arises the need to involve educational settings by Teaching - Learning and Assessment, where later an analysis of the information from the evaluation will be made in order to propose educational improvement strategies with each one of the processes that evaluate surgical wards and students, by developing skills that will impact in the dignified and human treatment reflected in customer satisfaction and institutional success of the surgical area.

Key words: Safety Patient Self-Determination, Self-Care, Dignity, Human, Adverse Event, Surgical Process, Enabling, Accreditation, Competency, Self-evaluation, co-evaluation, hetero-evaluation, Education, Knowledge, Quality, Service Teaching, Learning and Assessment.

Introducción

La política de seguridad del paciente, es fundamental para la prestación de los servicios de salud en pro del cuidado del paciente en donde se prevé mediante la medición de riesgo estrategias que contribuyan a la accesibilidad, continuidad, oportunidad, equidad y seguridad en el sistema de salud en Colombia, por tal motivo se ha evidenciado en la cotidianidad la continua desatención a las políticas de cuidado del paciente en las instituciones que prestan servicios de salud, todo ello debido a la falta de formación de líderes focales que fomenten trabajo en equipo, pues se ha generado una desarticulación con cada uno de los procesos, propiciando una brecha que aísla a los trabajadores, aprendices, jefes y directivos debido a la falta de capacitación, orientación y dinamismo de cada una de las tareas que se realizan en pro de la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico, tal es el caso del Hospital Militar Central (HMC) de Bogotá D.C., de allí que los procesos de inducción y re-inducción a los aprendices y trabajadores que ingresan a las salas de cirugía del HMC, deban ser específicos para la aplicación y consecución del deber ser en relación a la utilización de manuales, protocolos y procedimientos estandarizados en el proceso quirúrgico, pues no se ha implementado una herramienta metodológica que permita analizar y clasificar los problemas reales del servicio en pro de una mejora continua que impacte de manera significativa en la auto gestión y auto-determinación que se reflejen en un trabajo eficiente digno y humanizado.

Pregunta Problema

¿Cómo enseñar los fundamentos necesarios sobre la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico mediante la implementación de una herramienta metodológica, dirigida a quienes operativizan los procesos en salas de cirugía del Hospital Militar Central (HMC) en la ciudad de Bogotá D.C.?

Metodología

Investigación documental: Es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes.

Investigación descriptiva: Con este tipo de investigación se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus particularidades y propiedades. Sirve para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo indagatorio. Esta forma de investigación requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, en conjugación con el deductivo y el inductivo, con el fin de responder los cuestionamientos del objeto que se investiga.

EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS FRENTE A LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE, EN EL PROCESO QUIRURGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL,
BOGOTA D.C

La Seguridad del Paciente como un atributo de la calidad de atención en salud que ha adquirido mayor relevancia en los últimos años en beneficio de los pacientes y sus familias, es entendida como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (Ministerio de salud, 2015). De tal manera que surja su importancia en cada uno de los escenarios sanitarios y asistenciales, en donde normativamente se debe involucrar desde el sistema de Habilitación y Acreditación en salud, escenario que permite brindar un cuidado humanizado con principios técnico científicos que se fundamentan en la creación de manuales, guías y protocolos institucionales (Ministerio de Salud, 2015). De allí que surja la necesidad de cómo enseñar los fundamentos necesarios sobre la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico mediante la implementación de una herramienta metodológica, a quienes operativizan los procesos en salas de cirugía del Hospital Militar Central (HMC) en la ciudad de Bogotá D.C.

Para tal fin, es necesario hacer un esboce retrospectivo en torno al tema de la política de seguridad del paciente, el cual tuvo gran auge en el Juramento de Florence Nightingalev de 1893 (Nightingalev, 2015), que fomentó el cuidado y el deber de proteger al paciente.; así mismo, para el siglo XX , en 1999, “el Instituto de Medicina de los EEUU publicó el libro “errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro”, donde se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir muertes evitables” (CES, 2010) y en lo que lleva del siglo XXI, se ha manifestado la importancia

de regular todos los ámbitos referentes a la seguridad del paciente y para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refirió a la misma, aduciendo que el “Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras” “Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse”. (Organización Mundial de la Salud, 2015). Todo ello con el fin de fomentar la seguridad del paciente como principio fundamental de la atención sanitaria. De esta forma, es evidente que la problemática actual de atención en salud en Colombia radica en el mal manejo de los recursos económicos de las instituciones de salud; pero más aún, se encuentra el dejamiento de las condiciones básicas para la atención del paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS'S), en las cuales no se está dando un tratamiento adecuado al cuidado de quienes se encuentran accediendo a sus servicios, especialmente en la salud pública. Caso similar, se ha evidenciado en el transcurrir de los años en el HMC, que en su área quirúrgica deja claras las secuelas provenientes secundarias a la falta de trabajo en equipo coordinado mediante la no interrelación de procesos que contribuyan al área quirúrgica, por falla en la comunicación efectiva y en el análisis de problemas reales con las diferentes dependencias influyentes en el área de salas de cirugía, como las áreas de salud ocupacional, gestión de calidad, grupos biomédicos, enfermería, instrumentación quirúrgica, área de patología, laboratorio, atención al usuario, central de esterilización, consulta pre quirúrgica, programación de cirugía etc. Esto se refleja en la descentralización de la información para consolidar las bases de datos que soportan los indicadores de seguimiento los cuales se encuentran en un periodo de retraso de aproximadamente siete meses para cargue a la herramienta institucional de control suite visión,

debido a la subutilización del sistema de información institucional ya que existe documentos de soporte, que se realizan de manera manual contribuyendo sustancialmente a la pérdida de los mismos por falta de control, tal es el caso de la pérdida de las hojas de ruta ; adicional a esto las novedades, eventos adversos y/o indicios de atención insegura, que ocurren en el día a día se manifiestan de manera verbal sin dejar documentados unos hallazgos y compromisos en pro de la mejora con los grupos de trabajo, los cuales servirían como soporte para la realización de los seguimientos; dentro del proceso quirúrgico no se encuentran publicados y revisados en su totalidad los manuales, procedimientos y protocolos institucionales sin su respectiva divulgación y evaluación de los mismos generando al personal confusión ante la inconsistencia, por soportes ambiguos e inespecíficos no conducentes al escenario real del proceso quirúrgico, lo anterior contribuye a la desatención en los procesos de inducción y re inducción de trabajadores y aprendices en proceso de formación que rotan por salas de cirugía del Hospital Militar Central.

Por tal motivo, el Ministerio de Salud se ha visto obligado a referirse al tema, sobre los mecanismos más relevantes a la hora de atender al paciente tomando como referencia la Política de Seguridad del Paciente del año 2007, dentro de la cual, se encuentran el descubrir, informar y subyugar el riesgo de infecciones dadas por la atención, dar garantía a la identificación del paciente, aseguramiento de las muestras en el laboratorio, dar atención segura del hijo y su madre, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, reducir el riesgo en la atención en pacientes cardiovasculares, llevar a cabo procesos para prevenir y reducir la frecuencia de caídas, minimizar las complicaciones en las transfusiones sanguíneas, prevenir el cansancio de quienes laboran en las áreas de la salud, mejorar la seguridad en procesos quirúrgicos, reducir el riesgo de la atención del paciente crítico, dar funcionalidad a los procedimientos de consentimiento informado, prevenir úlceras por presión, reducir el riesgo de la atención a pacientes con enfermedad mental, educar al

paciente en el autocuidado de su seguridad (como se cita en Ministerio de Salud, 2015); además asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, fomentar la prevención de la desnutrición, dar seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica, evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria y el aseguramiento del paciente en UCI (Ministerio de protección social, 2008). A partir de este problema los entes de control y el Ministerio de Salud, evalúan la frecuencia con la que ocurren eventos adversos, monitorizando lo relacionado con la seguridad del paciente, en pro de lo evidenciado en la realidad que conduzca a planes de mejoramiento reales que permitan la concientización sobre la importancia que reviste el cuidado de la salud (Ministerio de Salud, 2015).

A partir de este análisis se deben asegurar los mecanismos propuestos por la legislación colombiana en torno a la política de seguridad del paciente, con sus diversas resoluciones emanadas por los órganos administrativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSC), entre las cuales, se encuentra el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) entendido en el Decreto número 1011 de 2006 como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de la Protección social, 2006) . De allí que sea pertinente hacer buen uso de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y conjugarlo armónicamente con la obligatoriedad del Sistema de habilitación en salud, establecido en la Resolución 2003 de 2014, en donde es de estricto cumplimiento garantizar los requisitos mínimos para brindar la atención en salud interrelacionándolo con la seguridad del paciente y todo ello, con el objetivo de lograr la acreditación institucional dada por la Resolución 2082 de 2014. sumado a ello, que las políticas

establecidas por el Ministerio de Salud, no han sido acogidas satisfactoriamente, pues difieren de la realidad ya que no se integra la política de seguridad del paciente como punto de partida al brindar el cuidado de la salud, en donde teóricamente se preserva el derecho a la vida, pero no en las mejores condiciones; es claro, que en las prácticas de las áreas de la salud, no hay enseñanza holística respecto a las políticas de seguridad del paciente en Colombia, sin permitir abordar las fases del aprendizaje en su etapa de concientización, conceptualización y contextualización. Por lo tanto, el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) comprendido como “un modelo de educación que involucra a los estudiantes en un aprendizaje auto dirigido (sic) pues resuelve problemas complejos, del mundo real” (Ítem, 2015), convirtiéndolos en “un método que promueve un aprendizaje integrado, en el sentido de que aglutina el qué con el cómo y el para qué se aprende” (Escribano, 2008); pues es una estrategia metodológica de educación, que permite involucrar el manejo de competencias frente a los objetivos de las mismas, teniendo presente los tres saberes: aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser, lo cual es una actividad fundamental en la formación de quienes operativizan los procesos en las salas de cirugía y quienes llevan a cabo sus labores en las mismas, inmersas en la problemática.

Asimismo, es pertinente hacer noción a lo que es la evaluación, como método apropiado para iniciar un proceso de Enseñanza –Aprendizaje –Evaluación en salas de cirugía en el HMC, dentro de lo cual, la evaluación es un “proceso dinámico a través del cual, e indistintamente, una empresa, organización o institución académica puede conocer sus propios rendimientos, especialmente sus logros y flaquezas y así reorientar propuestas o bien focalizarse en aquellos resultados positivos para hacerlos aún más rendidores.” (definición ABC, 2015); de allí que se den sus tres tipos de modalidades, como lo es la autoevaluación, comprendida como “la capacidad del alumno para juzgar sus logros respecto a una tarea determinada: significa describir cómo lo logró, cuándo, cómo

sitúa el propio trabajo respecto al de los demás, y qué puede hacer para mejorar” (Habilidades docentes , 2015), además la coevaluación que “consiste en la evaluación del desempeño de un alumno a través de la observación y determinaciones de sus propios compañeros de estudio” (Definicion ABC, 2015) y por último la Heteroevaluación que “consiste en la evaluación que realiza una persona de algún aspecto de otra persona: su trabajo, su actitud, su rendimiento, etc. Es la evaluación que habitualmente lleva a cabo el profesor de los estudiantes” (unicaesciclo1, 2015).

De tal manera que para aplicar el ABP, sea necesario llevar acabo junto con los tres saberes, tres tipos de evaluación al servicio de salas de cirugía del HMC, por medio de quienes operativizan sus procesos en las mismas, como lo son la autoevaluación, por medio del cuestionamiento propio de quienes intervienen en los procesos de salas de cirugía acerca de si han apropiado las políticas de seguridad del paciente, en cada una de las tareas ejecutadas, en segunda instancia la coevaluación, entre los funcionarios que operativizan los procesos de salas de cirugía y la heteroevaluación (Figura 4) (HMC, 2015), que debe ser llevada a cabo por quienes dirigen las salas de cirugía del HMC, y para el caso concreto, serían los supervisores del servicio como lo son el área de control interno, el de auditoria intramural y extramural , etc.

De allí que sea necesario como alternativa de solución a la problemática de las políticas implementadas de seguridad del paciente, enfatizar en el enseñar unas competencias profesionales, laborales y sociales, abarcando los tres saberes: saber ser, donde la base son los valores, actitudes y normas, caracterizado por la construcción de la identidad personal y en la realización de la profesión, generando en el aprendiz motivación e interés por el trabajo, haciendo búsquedas idóneas en pro del objetivo que en este caso es brindar la mejor atención posible al paciente; por otra parte está el saber conocer, en donde las nociones, proposiciones, conceptos y categorías son el sostén para que las estrategias procesen el conocimiento mediante la planeación, monitoreo,

evaluación y comprensión del contexto del problema; y por último, se centra el saber hacer en el que los procedimientos y las técnicas sistémicas y reflexivas, de acuerdo a criterios que induzcan al cumplimiento de la meta, la práctica ideal de la política de seguridad del paciente.

Conforme a lo anterior, en la actualidad dentro de las salas de cirugía se trabaja de manera coordinada con cada uno de los líderes focales del proceso quirúrgico, en donde se fomenta una cultura de reporte oportuno con el fin de analizar los problemas que se suscitan en el día a día para mirar desde una perspectiva multidisciplinaria cada uno de los factores influyentes que contribuyen de manera efectiva al riesgo inminente de generar un evento adverso o un indicio de atención insegura en el proceso de atención; vale la pena dar claridad que el proceso se documenta mediante el reporte de la novedad y/o evento adverso; posteriormente se reúne el equipo de trabajo para determinar mediante un análisis las causas que generaron este tipo de incidente, accidente y/o evento adverso según sea el caso, todo esto con miras a la búsqueda de soluciones prácticas y/o acciones correctivas que contribuyan en la mejora continua en el proceso quirúrgico. Es vital mencionar que se articula los programas de la política de seguridad del paciente interrelacionado de manera efectiva los lineamientos, puntos estratégicos y de control para evitar errores en el proceso de atención; mencionado trabajo en equipo se consolida y se deja evidenciado mediante la elaboración de actas en donde se registran los hallazgos y se procede a estimar un comparativo de calidad observada frente a la calidad esperada, teniendo como base de referencia los manuales, procedimientos y protocolos institucionales, con el objeto de generar cambios en los puntos de control si este lo amerita y fijar compromisos de acuerdo a la fuente generadora del hallazgo, escenario que permite aterrizar propuestas de mejoramiento continuo en donde los líderes retroalimentan a sus respectivos grupos de trabajo para hacerlos partícipes activos desde la concientización y la humanización en la prestación del servicio, todo esto ligado al cumplimiento

de metas que se fijan en los indicadores de salas de cirugía; los compromisos que se fijan están sujetos a seguimiento y evaluación continua por cada uno de los líderes y los que operativizan el proceso en salas de cirugía; escenario que permite vivenciar un aprendizaje significativo que propende generar bienestar y armonización en el campo práctico. En este contexto, se consolida la información por medio de bases de datos reales para la elaboración y seguimiento de los indicadores de salas de cirugía, como son número de cirugías canceladas, información consolidada, revisada y clasificada de acuerdo a la causa real de la cancelación ya sea por causa médica, del paciente o administrativa; trabajo que es desarrollado desde la oficina de programación de cirugía (HMC, 2015) Ver (Figura 1), número de pacientes educados, asegurados y con seguimiento pos operatorio, trabajo que se desarrolla por periodo desde la consulta pre quirúrgica (HMC, 2015) Ver (Figura 2), asimismo se determina el número de pacientes operados por periodo mediante el control de las hojas de ruta se clasifica el número de pacientes pediátricos y adultos operados por mes, el número de pacientes que requieren manejo pos operatorio ambulatorio u hospitalario y el número de eventos adversos que se presentan mensualmente, adicionalmente se consolidan los seguimientos al lavado de manos quirúrgico (Figura 3) por periodo mensual, tarea desarrollada por el grupo de enfermería y Auditoría de cirugía (HMC, 2015) Ver (Figura 3). Se deben involucrar estrategias de mejoramiento continuo mediante la aplicación del ABP, la elaboración de cronogramas de capacitación con temas que permiten integrar a cada uno de los proveedores, jefes de servicio y grupos directivos del HMC, elaborar un programa de inducción dirigido al grupo de estudiantes que rotan por salas de cirugía y al personal nuevo que ingrese a dicho servicio, diseñar herramientas o instrumentos de evaluación en donde se propicie la aplicación de los mismos por cada uno de los líderes focales mediante la auto evaluación para medir la auto gestión del servicio, la coevaluación entre los diferentes servicios y la

heteroevaluación que será realizada con base en lo documentado en el proceso quirúrgico y las normas que lo regulan. Es fundamental que cada una de estas estrategias de mejoramiento se manifiesten de manera estrecha en la seguridad del paciente mediante la consecución de las políticas claras, prácticas y sencillas generando un impacto positivo en los grupos de trabajo; en pro de una atención segura con conocimiento, digna y humanizada, que contribuya en la evaluación de los atributos de calidad como son la accesibilidad, continuidad, oportunidad, equidad, pertinencia y la seguridad; Se concluye, que el implementar estas estrategias de mejoramiento continuo en las políticas establecidas por el Ministerio de Salud y la seguridad del paciente, nos llevaran a la disminución del número de eventos adversos, el número de infecciones asociadas al cuidado de la salud, los trabajadores y los aprendices generaran conciencia de autocuidado y autodeterminación basados en el conocimiento para brindar un servicio con calidad a los pacientes todo ello, con la implementación de estrategias educativas que fomenten una cultura basada en el ABP.

Figura 1 A.

PROPORCION DE CANCELACION POR CAUSAS		PROGRAMADO				
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA POR CAUSA ADMINISTRATIVO	Número total de cirugías canceladas por causa	10	11	27	17	31
	numero total de cirugías canceladas programadas en el	89	116	130	117	129
		11%	9%	21%	15%	24%
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA POR CAUSA MEDICO	Número total de cirugías canceladas por causa medica en	23	33	36	36	33
	numero total de cirugías canceladas programadas en el	89	116	130	117	129
		26%	28%	28%	31%	26%
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA POR CAUSA DEL PACIENTE	Número total de cirugías canceladas por causa	54	72	67	64	65
	numero total de cirugías canceladas programadas en el	89	116	130	117	129
		61%	62%	52%	55%	50%
		URGENCIA				
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA DE URGENCIAS POR CAUSA ADMINISTRATIVO	Número total de cirugías canceladas por causa	2	7	3	4	6
	numero total de cirugías de urgencias canceladas en el	16	22	7	27	17
		13%	32%	43%	15%	35%
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA DE URGENCIAS POR CAUSA MEDICO	Número total de cirugías canceladas por causa medica en	13	13	3	21	9
	numero total de cirugías de urgencias canceladas en el	16	22	7	27	17
		81%	59%	43%	78%	53%
PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA DE URGENCIAS POR CAUSA DEL PACIENTE	Número total de cirugías canceladas por causa	1	2	1	2	2
	numero total de cirugías de urgencias canceladas en el	16	22	7	27	17
		6%	9%	14%	7%	12%

Figura 1 B.

Consolidación estadística – Control de indicadores salas de cirugía HOMIC 2015

AÑO 2015	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
CIRUGIA PROGRAMADA	563	818	833	747	978
CIRUGIA ADICIONAL	55	79	70	70	98
TOTAL CIRUGIA PROGRAMADA (PROG + ADIC)	618	897	903	817	1076
CIRUGIA CANCELADA PROGRAMADA	87	116	130	117	129
CIRUGIA CANCELADA ADICIONAL	2	5	11	12	5
TOTAL CIRUGIA PROGRAMADA REALIZADA	476	702	703	630	849
CIRUGIA DE URGENCIAS	374	381	412	394	433
CANCELACION DE URGENCIAS	16	22	7	27	17
TOTAL CIRUGIAS CANCELADAS	105	143	148	156	151
TOTAL CIRUGIA REALIZADA	887	1135	1167	1055	1358
TOTAL PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	608	918	923	846	1595

Figura 2.

Consulta pre-quirúrgica salas de cirugía HOMIC 2015

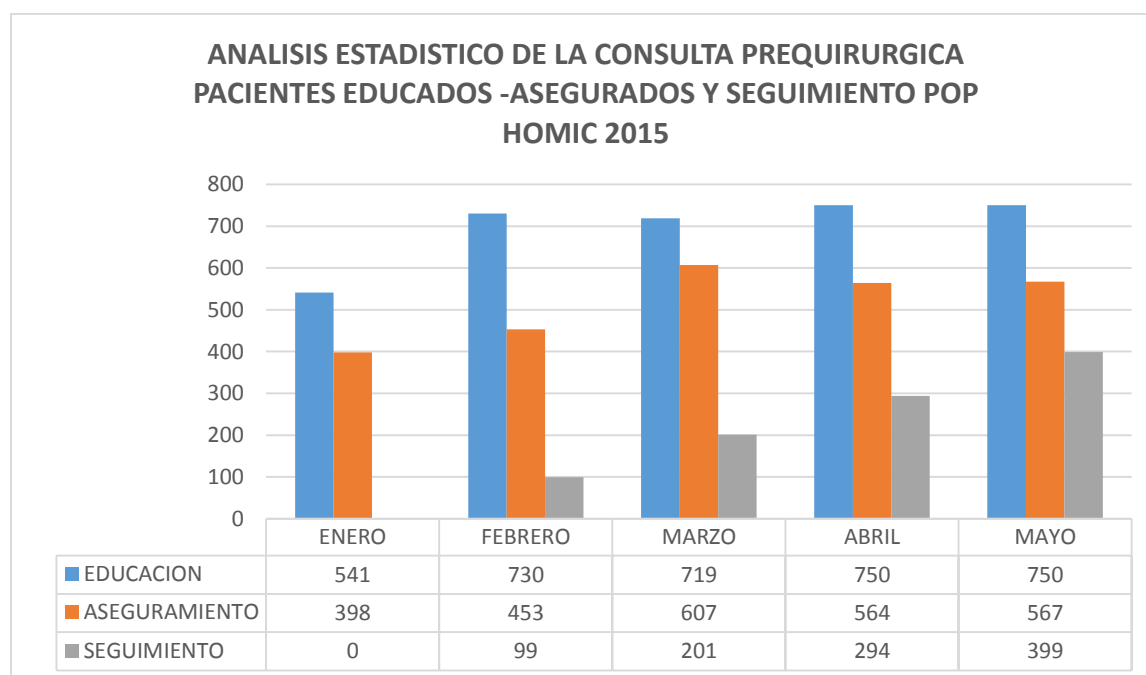


Figura 3 A.

Seguimiento lavado de manos quirúrgico salas de cirugía HOMIC 2015.

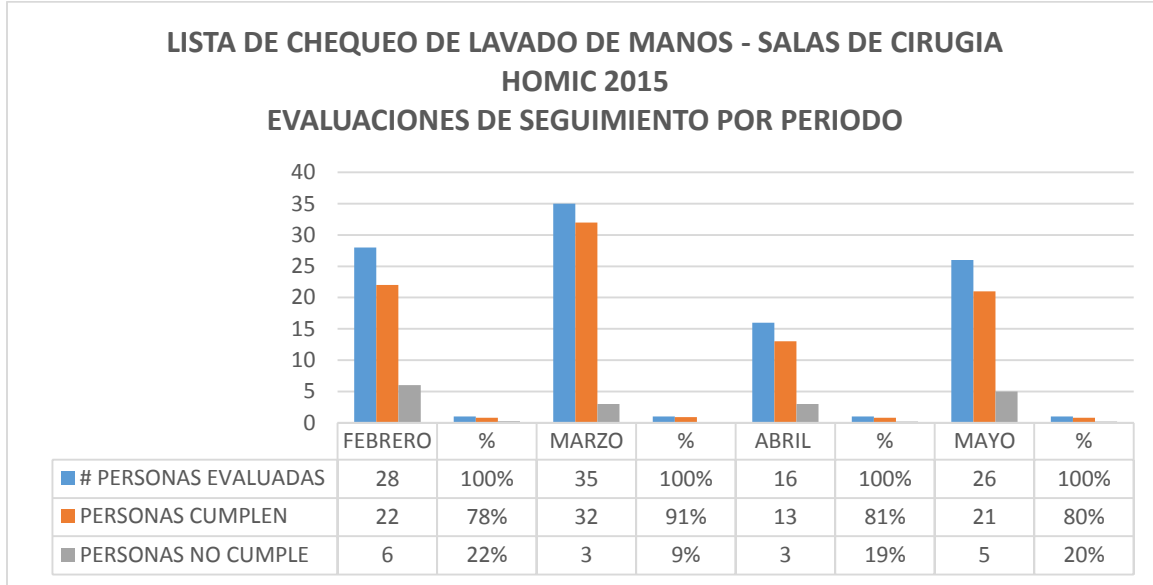
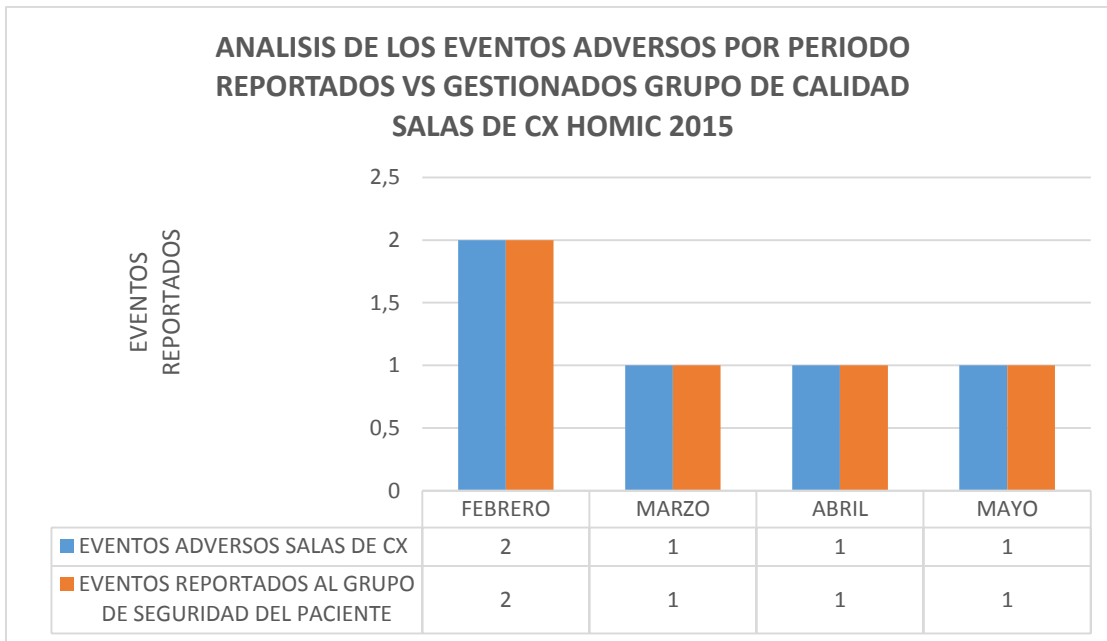
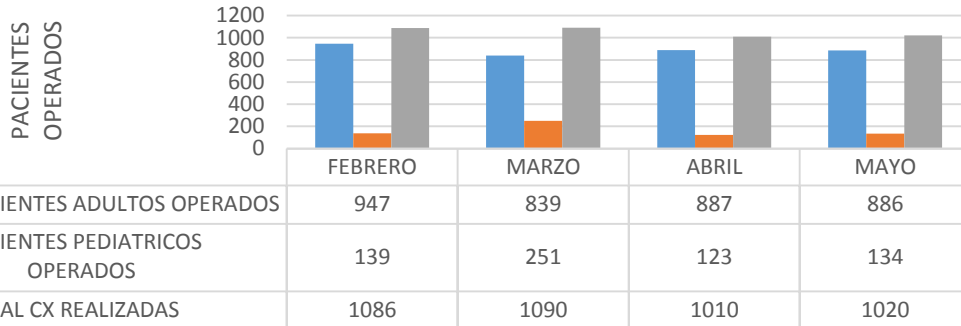


Figura 3 B.

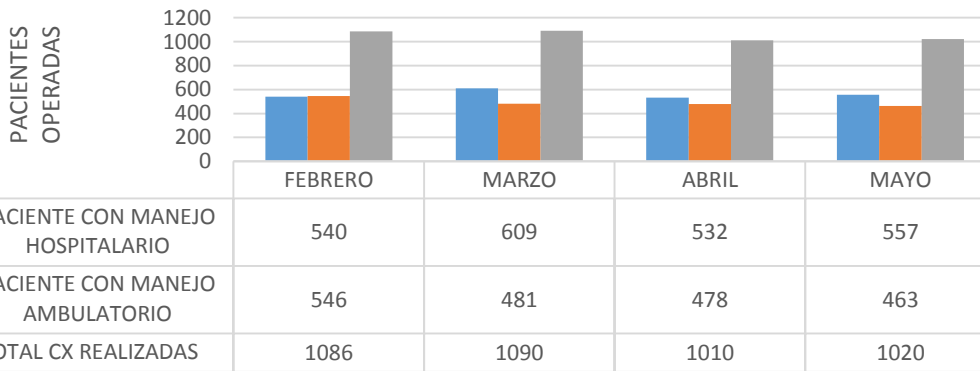
Seguimientos a eventos adversos



**ANALISIS POR CONTROL DE HOJA DE RUTA DIARIA
PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTOS OPERADOS EN SALAS DE CX
HOMIC 2015**



**ANALISIS POR CONTROL DE HOJA DE RUTA DIARIA
PACIENTES OPERADOS QUE REQUIEREN MANEJO
HOSPITALARIO - AMBULATORIO**



PROPORCIÓN CIRUGIAS LIMPIAS Y CONTAMINADAS DEL HOMIC

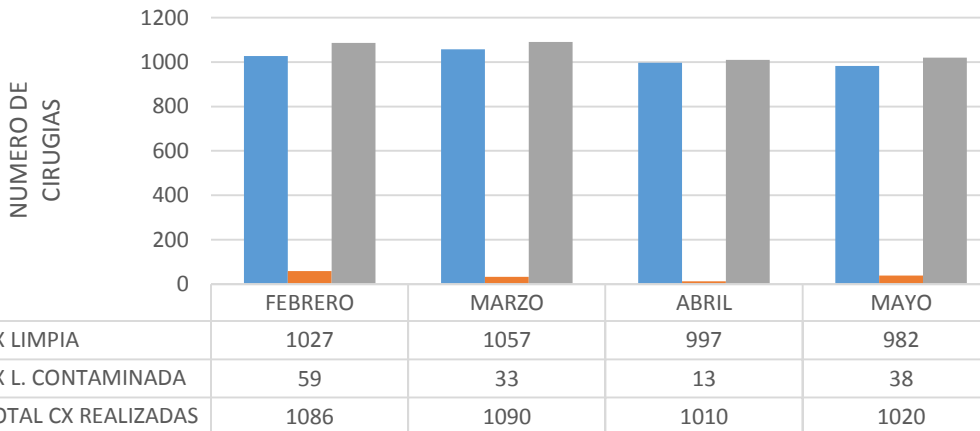
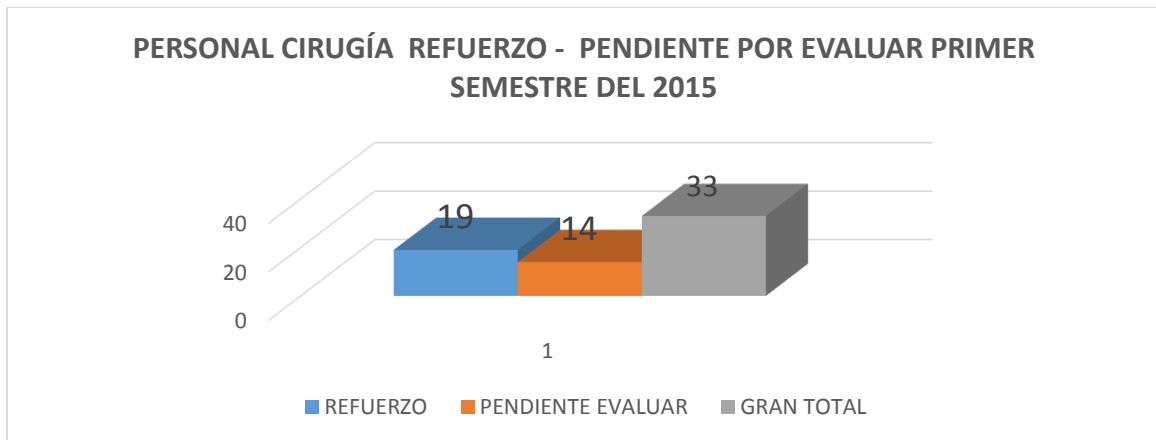
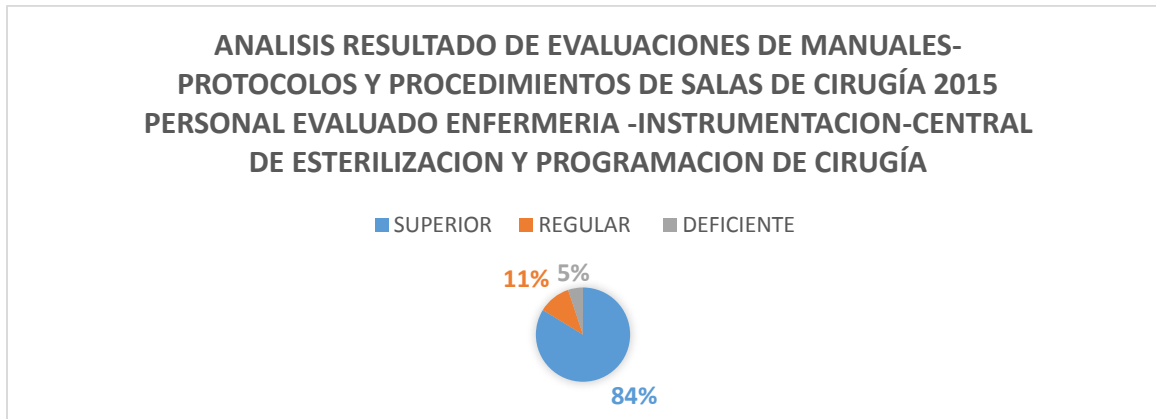


Figura 4 A.

Resultados de evaluaciones grupos salas de cirugía (heteroevaluación)

AREA	PROCESO	EVALUACION	DIVULGACION	HERRAMIENTAS METODOLOGICAS	FECHA DE EVALUACION	TOTAL DE PERSONAS EVALUADAS	PREGUNTAS DE LA EVALUACION	BALANCE GENERAL 117 PERSONAS EVALUADAS	GRAN TOTAL	%
SALAS DE CIRUGIA	PROCESO QUIRURGICO	MANUALES - PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE SALAS DE CIRUGIA	FEBRERO Y MARZO 1 AL 24 DE 2015	PUBLICACION INTRANET SOPORTE DE PROCESOS PRIORITARIOS (MEDIO FISICO AZ) MEDIO MAGNETICO (CD)	24 - 25 Y 26 DE MARZO DE 2015	(69) ENFERMERIA - (30) ESTERILIZACION - (27) INSTRUMENTACION - (5) PROGRAMACION CX 117/131	CERRADAS - SELECCION MULTIPLE - ABIERTAS - FALSO Y VERDADERO	SUPERIOR	98	84
								REGULAR	13	11
								DEFICIENTE	6	5
								REFUERZO	19	
								PENDIENTE EVALUAR	14	
								GRAN TOTAL	33	
								TOTAL PERSONAS SALAS DE CX	131	100%
								TOTAL EVALUADOS	117	89%



CONCLUSIONES

- ✓ Se deben involucrar herramientas metodológicas mediante aplicación del ABP, en donde se analicen los problemas que se suscitan en el área quirúrgica con los diferentes grupos de trabajo, fomentando un trabajo en equipo coordinado.
- ✓ La elaboración de actas es fundamental den donde se plasmen los hallazgos de mayor relevancia y se fijen compromisos que contribuyan al mejoramiento continuo.
- ✓ Se debe Consolidar de manera organizada – sistematizada la información representativa para el análisis por periodo mensual, que se refleja en el comportamiento de los indicadores de gestión y de impacto en el área quirúrgica.
- ✓ Es necesario diseñar un programa de educación a través de la elaboración de cronogramas de capacitación con temas transversales y específicos que permitan integrar a cada uno de los trabajadores, aprendices, proveedores, jefes de servicio y grupos directivos del HMC, para dar respuesta de manera eficiente a los problemas analizados de mayor impacto frente a la seguridad del paciente.
- ✓ Es pertinente elaborar un programa de inducción dirigido al grupo de estudiantes que rotan por salas de cirugía y al personal nuevo que ingrese a dicho servicio.
- ✓ Es fundamental diseñar herramientas o instrumentos de evaluación que serán aplicados por cada uno de los líderes focales, mediante la auto evaluación para medir la auto gestión del servicio, la coevaluación entre los diferentes servicios y la heteroevaluación que será realizada con base en lo documentado en el proceso quirúrgico y las normas que lo regulan.
- ✓ Es necesario fomentar la cultura de reporte mediante los programas de seguridad del paciente, dejando claridad de las políticas en forma clara, práctica y sencilla generando

un impacto positivo en los grupos de trabajo en pro de una atención segura, digna y humanizada.

- ✓ Los aprendices y los trabajadores generaran conciencia de autocuidado y autodeterminación basados en el conocimiento para brindar un servicio con calidad a los pacientes mediante la implementación de estrategias educativas que garanticen la aplicación de herramientas basadas en el ABP.

Referencias Bibliográficas

1. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA. (05 de 06 de 2015). *dialnet*. Obtenido de file:///C:/Users/hithe_000/Downloads/Dialnet-LaSeguridadDelPacienteComoIndicadorDeLaCalidadAsis-4094300.pdf
2. CES, U. (2010). seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. En L. Y. Maria Espinal. Medellín . Obtenido de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/855/2/seguridad%20del%20paciente..pdf>
3. Definicion ABC. (2015). Obtenido de <http://www.definicionabc.com/general/coevaluacion.php>
4. definición ABC. (2015). Obtenido de <http://www.definicionabc.com/general/evaluacion.php>
5. Definición ABC. (2015). Obtenido de <http://www.definicionabc.com/social/autoevaluacion.php>

6. Habilidades docentes . (2015). Obtenido de <http://hadoc.azc.uam.mx/evaluacion/autoevaluacion.htm>
7. HMC . (2015). *ANALISIS ESTADISTICO DE CIRUGIAS CANCELADAS 2015 - FIGURA 1* . BOGOTA: HMC .
8. HMC. (2015). *Análisis estadístico de pacientes educados, asegurados y seguimiento pos operatorio HMC 2015- Figura 2*. BOGOTA: HMC.
9. HMC. (2015). *ANALISIS ESTADISTICO POR SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA - FIGURA 3*. BOGOTA: HMC.
10. HMC. (2015). *INTRANET*. Obtenido de <http://intranet/hmc>
11. Itesm. (2015). *boletin informativo del rediseño*. Mexico. Obtenido de http://sitios.itesm.mx/va/dide/red/3/que_abp.html
12. Ministerio de la Protección social. (2006). *DECRETO NUMERO 1011 DE 2006* .
13. Ministerio de protección social. (2008). Ministerio de proLineamiento para la implementación de la Política de seguridad del paciente. En M. d. social.
14. *Ministerio de Salud*. (2015). Obtenido de Ministerio de Salud: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Ilustrar_al_paciente_en_su_autocuidado_y_seguridad.pdf
15. Ministerio de salud. (5 de 06 de 2015). *Ministerio de salud*. Obtenido de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>

16. Ministerio de Salud. (2015). Obtenido de
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>
17. Nightingale, F. (s.f.). *Universidad de Navarra*. Obtenido de
<http://www.unav.es/cdb/juramento3.html>
18. Nightingale, f. (05 de 06 de 2015). *Universidad de Navarra*. Obtenido de Universidad de Navarra: <http://www.unav.es/cdb/juramento3.html>
19. Organización Mundial de la Salud. (5 de 6 de 2015). *OMS*. Obtenido de OMS:
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index5.html
20. unicaesciclo1. (2015). Educación y tecnología prueba 1. Obtenido de
<http://unicaesciclo1.blogspot.com/2013/03/definicion-de-heteroevaluacion.html>
21. Rodríguez, J., J. (2011). “Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para la enfermería”. Tesis Magister en Enfermería con énfasis en gerencia en servicios de salud. Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
22. Ministerio de trabajo y de la Seguridad Social. Ley 100 de 1993. Colombia.
23. Política de seguridad del paciente (Ed.) 2015. Colombia: Ministerio de salud y protección social. Recuperado:<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>.
24. Ministerio de protección social (2008). Lineamiento para la implementación de la Política de seguridad del paciente. Colombia.