

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 1 de 23

OBJETIVO

Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, mediante la identificación de los riesgos y el reporte, tratamiento y gestión de los eventos adversos que se presenten durante la prestación, buscando prevenir su ocurrencia y recurrencia, minimizando así los riesgos para los usuarios.

ALCANCE

Aplica a todos los pacientes a los cuales se les presta servicios de salud en la Clínica Antioquia.

CONCEPTUALIZACIÓN

El hablar de seguridad de pacientes en el contexto de una organización de salud implica generar varias medidas que van desde la prevención o minimización de fallas que conlleven la aparición de eventos adversos (EA) hasta la mitigación de las consecuencias cuando ya el hecho está instalado. De igual forma, es necesario pensar en medidas macro organizacionales, incluso acciones de nivel micro, normalmente ejecutadas por las personas de la organización en su rutina diaria (y no necesariamente teniendo un paciente enfrente).

Los programas organizacionales de seguridad de pacientes deben enfocarse en la minimización del riesgo de los procesos de atención y no centrarse en esperar que los eventos adversos ocurran para gestionarlos y hacer de estos el centro de la atención de toda la organización. Dicho de otro modo, si bien es posible que nunca se eliminen los eventos adversos y que hay que seguirlos identificando y gestionando, la mirada de la organización debe ser la búsqueda incesante de las pequeñas, pero casi siempre numerosas causas, que terminan generando un evento adverso o un incidente.

Es importante considerar que el punto más bajo de un sistema seguro es la aceptación del riesgo residual, que en otras palabras no implica más que aceptar que se convive con las fallas y que en el momento en que se presente un accidente (para el caso de salud un eventos adversos) se gestiona ese caso. De ahí hacia arriba se empiezan a usar otros tipos de intervenciones seguras y se llega casi al culmen de la seguridad cuando uno incide en los riesgos del sistema.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 2 de 23

CÓMO LOGRAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EXITOSO

Momentos para lograr un sistema de gestión exitoso

Los sistemas de reportes y de análisis de eventos adversos o los incidentes no existen en el vacío; dependen e influyen, a su vez, otros elementos de una cadena, la cual hay que abordar integralmente si uno pretende convertir los reportes en acciones tangibles de mejoramiento. Cada uno de esos momentos intenta sentar las bases para que el siguiente pueda lograr su objetivo.

Los siete momentos a los que se hace referencia son:

1. Convencer al personal.
2. Definir las reglas de juego.
3. Definir lo que la organización necesita saber.
4. Reportar.
5. Analizar.
6. Responder.
7. Retroalimentar.

Cada uno de esos momentos intenta sentar las bases para que el siguiente pueda lograr su objetivo.

El Gráfico describe mejor la idea que da pie a esta discusión.

Cómo los convenzo que reporten	Reglas del juego	Definiciones básicas	Qué paso	Por qué paso	Cómo lo gestiono	Para qué lo uso
La cultura	Orientación	Listados	El reporte	El análisis	Respuesta	Después de entender

1. Convencer al personal

Este primer momento va directo a la cultura de la organización. Por esto la Clínica Antioquia asume en su Política de Seguridad del paciente una cultura de justicia. Cuando se habla de cultura para la

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 3 de 23

seguridad, es reiterativo el tema de propender por garantizar un ambiente de justicia frente a los eventos adversos. Este implica que el análisis de los eventos adversos no comienza partiendo de la base de que alguien de mala fe o por negligencia lo generó y es el único culpable del evento adverso. El equipo de Calidad debe dar claridad a la gente que los reportes no se usarán como elemento de castigo.

Si bien hay que promover la cultura de la justicia, es pertinente puntualizar dos elementos que no pueden quedar sueltos: el primero es que existe la posibilidad de que el evento adverso haya sido causado por una negligencia o una violación del personal frente a una norma; pero eso sólo se sabrá luego del análisis y habrá que actuar acorde con la violación. Lo segundo es que, si bien el análisis comienza por el elemento humano, este no se detiene ahí; hay que explorar otros factores que intervinieron en el evento adverso.

2. Definir las reglas de juego

El sistema de reporte se realiza a través de la intranet de la página de la Clínica Antioquia intranet.clinicantioquia.com.co Dicho reporte lo realizarán los colaboradores que presencien o detecten casos con enfoque de riesgo: acciones inseguras, incidentes, eventos adversos, complicaciones y demás que el personal considere importantes y que puedan afectar la seguridad de nuestros pacientes. Este reporte es de carácter obligatorio para quienes presencien eventos adversos y de manera voluntaria todos aquellos que sean considerados indicios o acciones inseguras. De igual manera, el personal asistencial y administrativo puede reportar lo que le llame la atención o lo que crea que es importante de analizar a la luz de la seguridad de los pacientes.

Los reportes conservaran el anonimato, sólo el equipo de calidad podrá conocer el nombre de quien reporta y este no será divulgado. Sin embargo, si el equipo de calidad detecta a través de la búsqueda activa la omisión de eventos, casos de iatrogenia y eventos reiterativos los cuales a pesar de previa retroalimentación continúan ocurriendo por negligencia podrán ser reportados a los jefes directos y al área de Recurso Humano.

El equipo de calidad cuando lo considere pertinente realizará entrevistas al personal implicado en el reporte de eventos cuando la información extraída de la historia clínica no sea clara o suficiente para el análisis. Los reportes deben realizarme inmediatamente ocurran los casos con enfoque de riesgo.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 4 de 23

Los resultados se socializarán en el Comité de Seguridad del Paciente en cual se tomarán las decisiones en conjunto.

3. Definir lo que la organización necesita saber

Por qué el personal a veces no reporta la presencia los casos con enfoque de riesgo, dos de las razones de ese fenómeno son:

- Por considerarlo innecesario.
- Por qué la gente desconocía qué era lo que tenía que reportar.

4. Reportar

En este momento se presenta el fenómeno del que pasó. En el primer caso, tenemos las quejas de los pacientes, las auditorías de historias clínicas y el reporte escrito. Para el segundo caso se cuenta con las búsquedas activas a través de las rondas de seguridad.

5. Analizar

El personal encargado de la investigación de los reportes debe hacerlo siguiendo una serie de criterios explícitos, no siguiendo sólo las corazonadas de personal con experiencia en el tema.

6. Responder

Este momento implica la reacción organizacional a la información que arroje el análisis. El objetivo de este momento es diseñar todas las contramedidas (sistémicas o puntuales al hecho) que minimicen la repetición de los hechos que condujeron al evento adverso analizado. Esta respuesta pasa por dos cedazos:

- Primero, el uso de una metodología para planificar, y en últimas correr un ciclo de mejoramiento de las contramedidas.
- Segundo, el cambio cultural. Las directivas deben buscar cómo cambiar prácticas, métodos, mensajes y comportamientos organizacionales que afecten a la seguridad del paciente.

7. Retroalimentar

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 5 de 23

En todos los casos que conlleven eventos adversos se procederá por parte del coordinador a retroalimentar a cada una de las personas involucradas en el evento, respecto a las conclusiones de los análisis y a las acciones de mejora definidas. En cada uno de los grupos primarios de los diferentes servicios, el coordinador procederá a retroalimentar a su equipo de trabajo de los resultados de los análisis y a las acciones de mejora definidas para su implementación. De esto se dejará constancia en las diferentes actas de los grupos primarios de los servicios.

El área de calidad mensualmente retroalimentará a la Gerencia de los resultados obtenidos, indicadores definidos y logros por medio de las acciones de mejora implementadas.

ELEMENTOS DE ANÁLISIS ANTE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS

1. Daño en el paciente

El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente. No hay evento adverso sin daño.

2. No intencionalidad

Un segundo elemento que es parte del concepto de evento adverso es la no intencionalidad. Claramente, implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño. Por el contrario, si se sospecha intencionalidad en el daño al paciente, es una sospecha de un acto delictivo, doloso, que hace parte del Código Penal colombiano y que escapa al alcance de los procesos de seguridad del paciente. Las herramientas y las metodologías corresponden al ámbito de la justicia penal y, nuevamente, la seguridad del paciente carece de metodologías o herramientas que puedan abordar el análisis o prevenir la ocurrencia de daños intencionales a los pacientes, entre otras razones porque los conceptos y metodologías de seguridad del paciente se basan en el trabajo mancomunado con los miembros del equipo de salud para analizar y prevenir los eventos adversos. La intencionalidad, obviamente, deja sin piso estos principios. El concepto de involuntariedad permite, además, entender más fácilmente la definición de

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 6 de 23

seguridad del paciente propuesta por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: “ausencia de injuria accidental”.

3. Rol de la atención en salud en el evento adverso

Un tercer elemento constitutivo del concepto de evento adverso es el de daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. Con frecuencia, caemos en la prisa de identificar la causa del daño sin tener claro cuál es, lo que nos lleva a conflictos innecesarios. La diferencia estriba en que si nos preguntamos primero la causa de la muerte, descartamos la existencia de un evento adverso y la posibilidad de corregir fallas en la atención potencialmente nocivas. Si partimos de identificar primero cuál es el daño y luego cuál fue el papel de la atención brindada al paciente en ese daño, probablemente, tengamos mayor probabilidad de detectar y corregir las fallas latentes de la atención que estamos prestando. También tendremos una mayor probabilidad de discutir el tema con el equipo de salud tratante sin convertirlo en un inefectivo memorial de agravios mutuo.

CONCEPTOS

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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 o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 7 de 23

miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

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

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Evento adverso prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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.

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

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Actividad:** documentación ausente o no usada, poco clara, no socializada, que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 8 de 23

equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- **Ambiente de trabajo:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura. La tecnología o insumos ausente, deteriorada y sin mantenimiento. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

FACTORES CONTRIBUTIVOS



	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 9 de 23

Complicaciones clínicas

De acuerdo con el Diccionario virtual de Google, “Una complicación, en medicina, es una enfermedad secundaria o una reacción que ocurre durante el curso de una enfermedad, usualmente agravándola”, y según el Webster’s New World Medical Dictionary, “Es un problema adicional que se presenta luego de un procedimiento o enfermedad y es secundaria a ellos”.

Se presenta durante una enfermedad o un procedimiento y es secundario a ellos.

La complicación puede originarse en la enfermedad de base, mientras el evento adverso no.

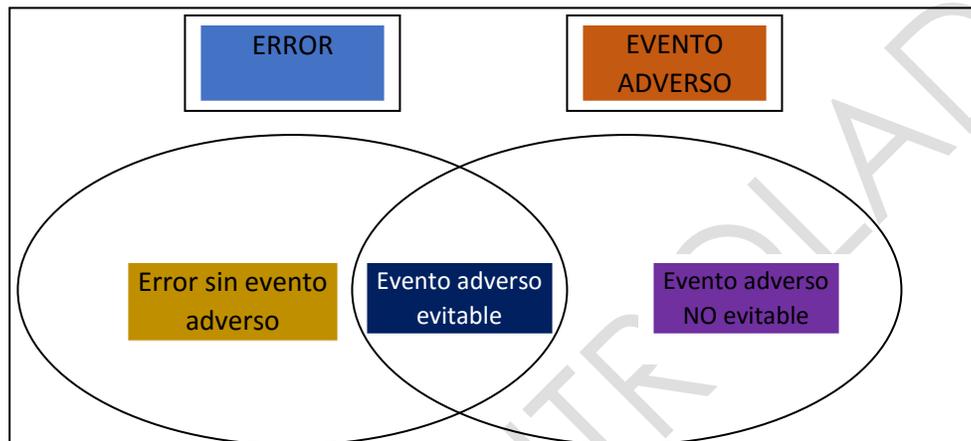
La similitud relevante es que ambos, tanto la complicación como el evento adverso, pueden evitarse. La complicación puede ser evitable si se trata de un “problema” secundario a un procedimiento. También pueden ser evitables las complicaciones de enfermedades en las que la ciencia médica tiene posibilidad de detectarlas y prevenirlas o de modificar el curso natural de la enfermedad o su complicación. Para efectos prácticos, el análisis de una complicación sigue exactamente la misma lógica del análisis de un evento adverso.

A pesar de esto, existe una tendencia a interpretar las complicaciones como antónimo del evento adverso. En términos de la seguridad del paciente, aducir que la complicación es simplemente un caso desafortunado que se encuentra en la estadística de la “tasa esperada de complicaciones” es el error de análisis más peligroso en que se puede incurrir, ya que es la manera como una falla activa se vuelva latente.

En conclusión, las complicaciones clínicas evitables son sinónimos de eventos adversos evitables, y las complicaciones clínicas no evitables, sinónimas de eventos adversos no evitables. De igual manera, el análisis de una complicación clínica es el mismo que el realizado con un evento adverso, es decir, el análisis se dirige a identificar, primero, si fue evitable (esto es, si hubo un error asociado) y, segundo, a prevenir que ocurra nuevamente.

Concepto de error

De acuerdo con los conceptos anteriores, el evento adverso está intrínsecamente ligado al concepto de error o falla, particularmente al evento adverso evitable. No obstante, siguen siendo dos conceptos diferentes. Existen errores sin eventos adversos y eventos adversos sin errores.



La proporción entre errores y eventos adversos nos puede dar una idea de lo riesgoso de una actividad en particular. Suponemos que una actividad es de mayor riesgo porque más se estrecha la proporción de número de errores por evento adverso.

Este concepto puede usarse para priorizar acciones en seguridad, de manera que se incrementen las barreras de seguridad en los procesos o actividades de mayor riesgo. Existen diferentes categorías de error en el contexto de la causalidad de los eventos adversos y en el propósito de la prevención del evento adverso: incidente, errores de planeación o de ejecución, fallas activas y latentes, errores por omisión o acción y errores conscientes o inconscientes.

Errores de planeación o de ejecución

Una de las categorías descritas para los errores es la relacionada con la ejecución o la planeación de un proceso de atención en salud. En la primera se trata de un proceso de planeación diseñado correctamente, pero en la ejecución por parte del equipo de salud se realiza una actividad no prevista en el proceso o se pretermite una actividad prevista, conducente a un evento adverso. En los errores de planeación se presenta una ejecución del proceso de acuerdo con su diseño, pero aun así se

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 11 de 23

presenta un evento adverso, porque el proceso no contempla una barrera o, peor, porque su diseño conduce al evento. Su relevancia estriba en que tener presentes los errores de planeación nos ayuda a identificar y corregir causas, no síntomas, como estrategia de prevención de eventos adversos.

Donald Berwick nos ha enseñado que los errores vienen de los sistemas, no de las personas, y las estadísticas de análisis de eventos adversos comprueban una y otra vez este planteamiento. Esto nos orienta a que cualquier análisis de evento adverso debe identificar las fallas existentes en los procesos.

Errores por acción o por omisión

Otra categoría de errores es la de los que se cometen por acción o por omisión. El error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”. Ambos tipos están relacionados con un referente: “el deber ser de la atención”. Generalmente, los errores por omisión están asociados a la no realización de las actividades establecidas en los protocolos o en las guías de atención o en pretermitir barreras de seguridad. La relevancia de esta categoría de errores radica en los errores por omisión. En general, los errores por acción son mucho más notorios y fáciles de detectar y, por ello, menos peligrosos. De esta manera, los errores por omisión tienen un mayor riesgo de que sólo cuando se presenta el evento adverso sean detectados.

Los errores se pueden combinar en categorías. Por ejemplo, pueden existir errores de planeación o de ejecución, por acción o por omisión.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 12 de 23

	ERRORES DE PLANEACIÓN	ERRORES DE EJECUCIÓN
ERRORES POR ACCIÓN	El proceso de atención contempla actividades que no se deben realizar. Por ejemplo: reuso de insumos donde la evidencia indica que genera riesgo	Se ejecutan acciones que no se deben realizar y no están previstas en los procesos. Por ejemplo: la administración de un medicamento o una dosis mayor a las dosis establecidas en las guías clínicas o en las guías farmacoterapéuticas.
ERRORES POR OMISIÓN	El proceso de atención no contempla actividades que se deben realizar. Por ejemplo: el proceso de administración de medicamentos no contempla la verificación por farmacia o por enfermería.	Se omiten acciones que se deben realizar y están previstas en los procesos. Por ejemplo: se omite el protocolo de anticoagulación en pacientes con reposos prolongados (postoperatorio de reemplazo de cadera), cuando la guía contempla su realización.

Errores conscientes o inconscientes

Una forma de caracterizar las fallas activas es indagar si el error es cometido por la persona de manera consciente o inconsciente. Esta caracterización explora la causa del error. En los errores inconscientes, la persona no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona. Se asocian con frecuencia al cansancio de las personas o sobrecargas de trabajo.

Los errores conscientes implican la voluntad de la persona en el error. Normalmente se asocian a exceso de confianza. En los errores conscientes es muy importante entender que no hay intención de hacer daño. Un daño intencional en el paciente, como lo vimos anteriormente, no es el ámbito de un evento adverso evitable. El error consciente o “intencional” es la conciencia en el error, nunca la intencionalidad del daño.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 13 de 23

Existen errores denominados actos riesgosos intencionales, en los cuales la persona comete acciones imprudentes durante la atención en salud. Un ejemplo de ello es un acto relacionado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas. La intencionalidad y el acto riesgoso estriban en el uso de la sustancia psicoactiva, no en la comisión del error. El grado de alerta de una persona con más de 72 horas de turno continuo se homologa a una intoxicación alcohólica de II o más; de manera que es tan imprudente realizar una cirugía después de turnos prolongados como realizarla embriagado.

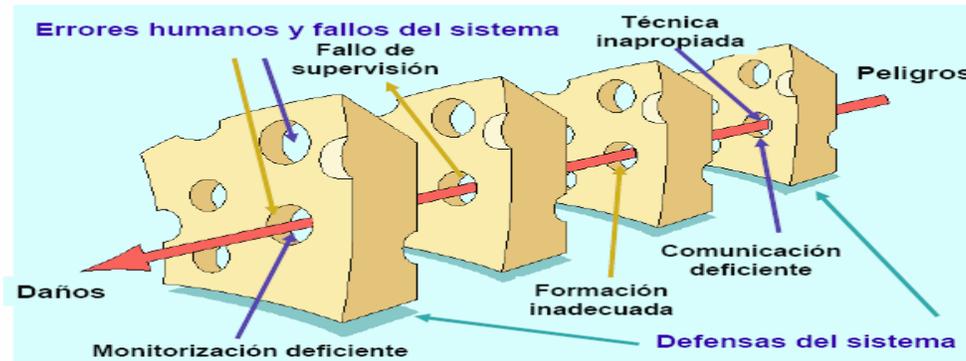
La relevancia de estas categorías estriba en que el abordaje de las barreras de seguridad es muy diferente. En los errores inconscientes, su prevención radica en la búsqueda de procedimientos o tecnologías que eviten el depender de la memoria de las personas para realizar las actividades de salud. Por ejemplo, las listas de chequeo (muy utilizadas en enfermería y en anestesiología), los mecanismos de generación de alertas automáticas o las herramientas tecnológicas (como los software para la formulación de medicamentos) son estrategias orientadas a evitar los errores inconscientes. Igualmente, se busca evitar los factores de cansancio y sobrecarga de trabajo.

Las estrategias para la corrección de errores se centran en el entrenamiento, inducción y la reinducción de los miembros del equipo de salud. En las fallas conscientes por exceso de confianza, el trabajo se debe desarrollar en torno a la transformación cultural, por ejemplo, campañas de lavado de manos, estrategias en el día a día de insistencia en la seguridad, cápsulas y rondas de seguridad, orientada a promover la adherencia a los protocolos y barreras de seguridad.

Multicausalidad

Implica que un evento adverso es el resultado de una serie de circunstancias concatenadas interactuantes. A este concepto se le conoce como el modelo del queso suizo: un conjunto de fallas latentes que se activa simultáneamente durante la atención de un paciente y se representa por los agujeros de las lonjas del queso.

Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^o Aranz, C Aibar ©

Causalidad de eventos adversos y errores

De acuerdo con el modelo del queso suizo, muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso evitable. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenir la presentación de los errores, es necesario explorar la causas por las cuales surgen los errores. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error. Existen muchos modelos y herramientas diseñados para el análisis causal, como el análisis de causa-raíz (root cause analysis), las espinas de pescado (modelo de Ishikawa), la lluvia de ideas (brainstorm), entre otros.

En el tema de la seguridad, las causas identificadas se han agrupado de diferentes maneras (causas organizacionales, de equipos, de insumos, de personas, etc.), y específicamente en el tema de la seguridad del paciente, en el Reino Unido, se desarrolló un modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos (Organizational Accident Causation Model), en el contexto del denominado Protocolo de Londres, que busca facilitar los análisis de errores y eventos adversos.

La relevancia del Protocolo de Londres estriba en la reflexión que induce en la búsqueda de factores contributivos y de factores organizacionales. Induce preguntas sobre por qué ocurrieron los errores.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 15 de 23

ANÁLISIS DE CASOS

En la Clínica Antioquia la metodología escogida para realizar el análisis de eventos adversos es el Protocolo de Londres (anexo 1). Para hacer la investigación de estos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Identificar si se presentó un daño en el paciente. Recordemos que los daños pueden ser físicos, psicológicos y morales. **SI NO HAY DAÑO EN EL PACIENTE, NO HAY EVENTO ADVERSO.**
- Si no hay daño en el paciente, se debe identificar si hubo riesgo de daño en el paciente, si lo hubo puede tratarse de un incidente.
- Si se presentó daño en el paciente, identificar cuál es. En un mismo caso pueden coexistir varios daños. Es importante tenerlos todos en cuenta, ya que cada uno de ellos puede tener causas diferentes y su análisis individual puede ayudar a prevenir diferentes eventos.
- Con base en la identificación del daño, establecer una tipificación de la severidad del evento.

La clasificación elegida por la Clínica es la siguiente:

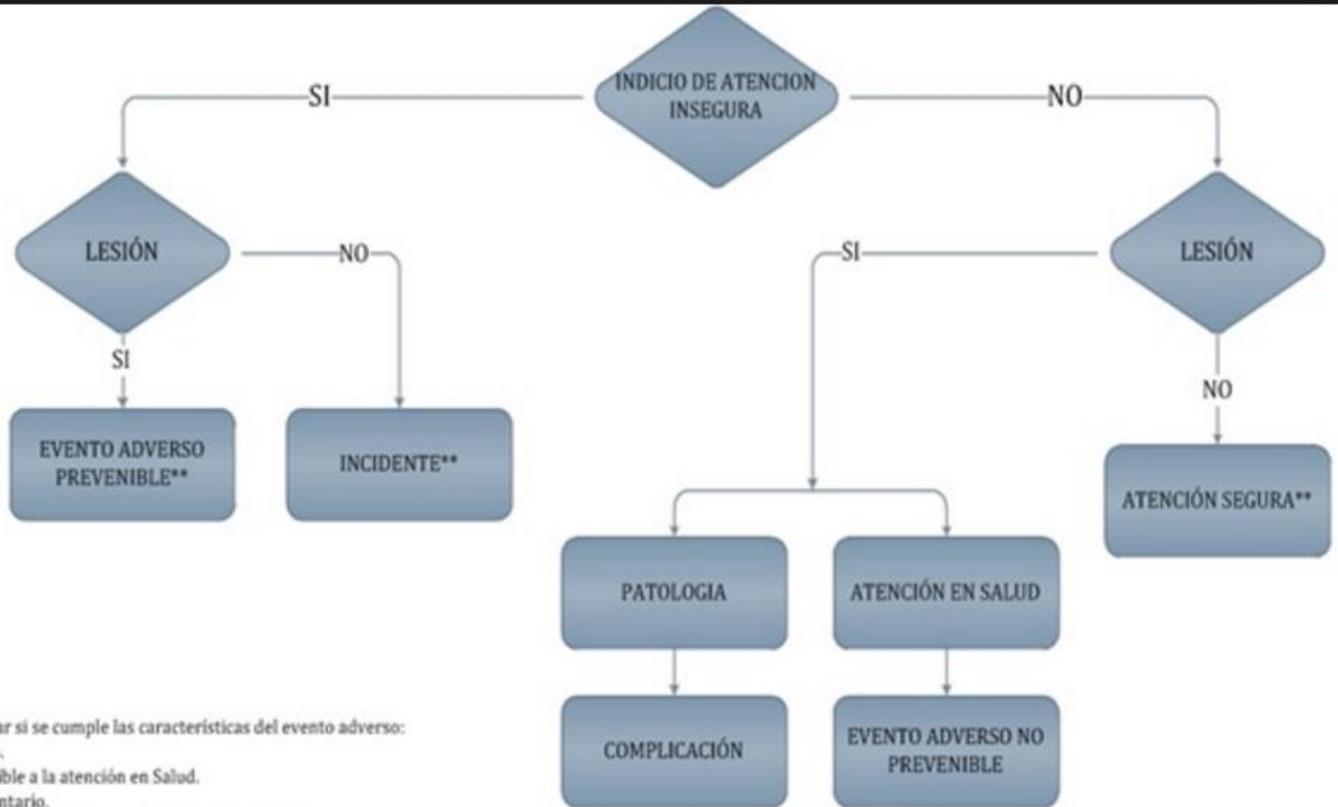
- ✓ **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - ✓ **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
 - ✓ **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.
 - ✓ **Complicación:** Evento asociada a la condición clínica del paciente y a la historia natural de la enfermedad
- Identificar si el daño es o se sospecha intencional.
 - Si se sospecha intencionalidad en el daño, se tipifica como posible delito y se traslada a la autoridad que se considere competente (gestión humana y coordinadores de área). Un daño intencional no podrá ser abordado por las herramientas de seguridad del paciente.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 16 de 23

- Si no se sospecha intención, identificar si el daño se asocia a la atención en salud. Para llegar a esta conclusión es necesario acudir a la evidencia científica (protocolos y guías médicas). Si la ciencia médica no cuenta con avances suficientes para la prevención del daño, estamos ante la presencia de un evento adverso no evitable.
- Identificar si hay un error asociado al daño. Establecer la relación de causalidad, si no existe, puede haber un evento adverso y puede haber error, pero no hay evento adverso evitable. Si no se establece la relación de causalidad, buscar otro error donde sí lo haya. Si definitivamente no se encuentra un error con relación de causalidad, se trata de un evento adverso no evitable. También pueden existir varios errores. Cada error identificado es una potencial oportunidad de prevención.
- A cada error identificado es importante definirlo con precisión.
- Ante la presencia de error y relación causal, establecer el evento como evento adverso evitable.
- Con cada error identificado, establecer cuál o cuáles fueron los factores contributivos y describirlos.
- Definir las barreras de seguridad y/o el plan de mejora orientado al bloqueo de causas y la prevención de errores.
- Estipular un plan para informar al paciente o a su familia.
- Formular un plan para difundir los aprendizajes a la institución. Alimente las bases de datos establecidas por la institución para el sistema de reporte.

El Protocolo de Londres, además del modelo de causalidad organizacional de eventos adversos, desarrolla una metodología para analizar los eventos adversos. De hecho, el protocolo es la metodología de abordaje en una organización de los casos que se presenten.

ALGORITMO PARA ANALIZAR EL EVENTO ADVERSO



Analizar si se cumple las características del evento adverso:
y daño.
atribuible a la atención en Salud.
involuntario.
Requiere análisis de causalidad y plan de Acción.

COPIA

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 18 de 23

HERRAMIENTAS PARA EL REPORTE

Cultura Justa: se establece una cultura justa que permita y propenda para la identificación y reporte de los riesgos y posibles eventos adversos en la Clínica Antioquia, la cual tampoco busca ser una cultura del encubrimiento y que se encuentra apoyada por la alta gerencia de la institución.

Cultura del reporte

La detección de los posibles eventos adversos puede agruparse en dos fuentes:

Autoreporte es decir es un reporte que se hace espontáneamente por los involucrados en el proceso de atención.

Auditoría, es un reporte que se hace al identificarse un posible evento adverso durante los procesos de auditoría de cualquiera de las instancias definidas para ello según el manual de auditoría de la clínica. En ésta categoría se ubican los reportes enviados por los usuarios a través de los diferentes medios de comunicación organizacional.

Búsqueda activa, reportes generados por el equipo de calidad con los hallazgos de las rondas de seguridad.

Detección

Fuentes de captación de los eventos adversos presentados:

- Complicaciones inmediatas o mediatas detectadas durante el proceso de atención.
- Incidentes presentados durante el proceso de atención.
- Auditoria por autocontrol de la clínica.
- Hallazgos durante las rondas de seguridad y administrativas en los servicios de la clínica.
- Auditorías internas del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- Hallazgos en análisis de los comités de la clínica.
- Reclamos de los pacientes y/o sus familias.
- Manejo de indicadores de cada servicio.

Cualquier empleado de la Clínica Antioquia que detecte que se materializó un riesgo, un indicio de atención insegura debe reportarlo.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 19 de 23

- Los participantes de las rondas de seguridad y/o administrativas en las diferentes áreas de la institución.
- Los auditores externos, interventores en salud de las entidades aseguradoras con contrato vigente con la Clínica Antioquia.
- Los pacientes y/o sus familias, que son atendidos en las sedes de prestación de servicios de salud.

METODOLOGÍA PARA EL REPORTE

El mecanismo de reporte se establece de las siguientes formas:

Medio virtual: el empleado que detecte un posible evento adverso o incidente en los servicios procede a reportarlo en el sistema, a través del aplicativo disponible en la intranet de la institución, diligencia al detalle la ficha en el sistema para el reporte del posible evento adverso, con la persona que presenció el caso, una vez finalizado el registro se guarda de forma inmediata.

Correo electrónico:

Los auditores externos, interventores, colaboradores, pacientes, proveedores, entre otros tendrán la posibilidad de realizar su reporte vía correo electrónico al Equipo de Calidad de la Clínica quien procederá a recibir, diligenciar el formato de reporte y convocar el equipo de seguridad del paciente para evaluar el estado del caso reportado (abierto o cerrado), formular el plan de mejora y retroalimentar a los colaboradores de la institución.

Medio físico: Aquella persona que identifica indicios de atención insegura podrá realizar el reporte a través de medios físicos al equipo de calidad.

MECANISMOS PARA RECEPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS DATOS Y REPORTES

El Jefe de Seguridad del Paciente filtrará los casos con enfoque de riesgo con periodicidad semanal y los registrara en un libro de Excel, luego procederá a enviar los reportes generados la semana anterior los días lunes o martes después de los festivos a cada área correspondiente, los encargados del análisis de los casos tendrán como plazo para dar respuesta sobre los casos los días viernes de cada semana. Dichos analices serán revisados por el Jefe de Seguridad del paciente quien los clasificara y tipificará.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 20 de 23

La Jefe de Seguridad del paciente luego de la clasificación, análisis y revisión del plan de mejora procede a cerrar el caso ya sea un incidente, un evento adverso, una complicación u otros (No corresponde a un evento adverso).

La metodología de análisis de los eventos adversos y/o incidentes establecida por la institución es la de Protocolo de Londres el cual se representa en la siguiente gráfica:



En el Comité de seguridad del paciente se analizarán todos los resultados obtenidos en los diferentes servicios y podrá tomarse la determinación de la implementación de nuevos planes de mejora ante eventos presentados.

Seguridad y confidencialidad de la información

Para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información se tienen definidos los siguientes mecanismos:

Los reportes, análisis, conclusiones de los casos identificados serán archivados y conservados directamente en la oficina de calidad.

Sólo la Dirección de Calidad, la Dirección Médica y la Gerencia están autorizadas a proporcionar información a terceros cuando ésta sea solicitada.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 21 de 23

A estos planes de mejoramiento definidos se les hará seguimiento en cada comité de seguridad clínica de la institución procediendo luego de su análisis a cerrar, dejar pendientes o incluso definir nuevas acciones de los casos planteados en cada oportunidad de mejora analizada.

Semestralmente o para aquellos casos centinelas se procederá a analizar los resultados del comportamiento de eventos adversos y los resultados de los planes de mejoramiento con la finalidad de definir acciones macro en la organización que conlleven a una redefinición de procesos en caso necesario y lograr un aprendizaje organizacional con un cambio cultural, para esta última estrategia se tendrá el apoyo del área de Gestión humana y de todos los líderes de la organización.

PROCESO DE DIFUSION E IMPLEMENTACION

La Gestión de eventos adversos será difundida y divulgada en toda la organización así:

- Grupo primario de la Gerencia para compromiso de todo el equipo líder de la clínica.
- En el proceso de inducción Institucional.
- En los procesos de re inducción Institucional.
- En los diferentes grupos primarios y reuniones académicas de área.
- En capacitaciones puntuales en lo referente al tema.
- Por medio de las carteleras institucionales.
- Encuestas de seguimiento al personal asistencial.

ABORDAJE DEL PACIENTE, LA FAMILIA Y ALLEGADOS

En todas las circunstancias en que se presente un incidente o un evento adverso el abordaje del paciente y su familia será realizado directamente por la Dirección médica o el Gerente de la Clínica en compañía del médico tratante, previa revisión del caso y su análisis con enfoque jurídico

Ningún funcionario está autorizado para abordar a los pacientes y sus familias en relación al manejo de los riesgos y eventos adversos con excepción del tratamiento inicial que deberá brindar todo el personal de salud al paciente en el momento del presentarse el evento.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 22 de 23

Con la orientación del departamento jurídico se definirá un protocolo de atención y abordaje para el paciente y la familia en aquellos casos que sean clasificados como eventos adversos institucionales.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Para el seguimiento y monitoreo se adelantará a través de los indicadores definidos los cuales se llevarán por cada servicio y totalizado para la institución.

Los análisis y realización de planes de mejora se definirán en los comités de seguridad clínica de la institución.

Indicadores

Porcentaje de eventos adversos: Número de reportes clasificados como eventos adversos/Número de reportes realizados. Por servicio.

Porcentaje de incidentes: Número de reportes clasificados como incidentes/ Número de reportes realizados. . Por servicio.

Proporción de reportes gestionados: Número de reportes analizados y clasificados/Número de reportes realizados. Por servicio

Proporción de eventos adversos gestionados: Número de reportes analizados y gestionados/Número de eventos adversos presentados. Por servicio.

	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE CASOS CON ENFOQUE DE RIESGO INSTITUCIONALES	Código: E-GC-P-002
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2017
		Página 23 de 23

BIBLIOGRAFIA

1. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0
2. Documentos de trabajo Fundación Corona. Bogotá, Colombia, Fundación Corona, Centro de Gestión Hospitalaria; 2009. (disponible en www.fundacioncorona.org.co. www.cgh.org.co)
3. GENERALIDADES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCION SEGURA – Paquetes obstructivos. Ministerio de la protección social.2008
4. Observatorio de la Calidad en Salud Ministerio de la protección Social _ http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx
5. Luengas Amaya S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las Instituciones de salud. Revista Vía Salud, 2008.

HISTORIAL DE MODIFICACIONES

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación del procedimiento para la gestión de eventos adversos institucionales	Coordinadora de calidad	Comité de calidad	Comité de calidad
002	Marzo 2017	Actualización del documento.	Jefe de seguridad del paciente	Jefe de Calidad	Comité de Seguridad del Paciente