

DETECCIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Acá te
cuidamos
con **amor**



TABLA DE CONTENIDO

1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL.....	3
1.1 MISIÓN	3
1.2 VISIÓN	3
1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS.....	3
1.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVO.....	4
4. POBLACIÓN OBJETO O ALCANCE	4
5. DEFINICIONES	4
6. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	6
6.1. ¿Por qué es importante trabajar en el monitoreo de los aspecto claves en la seguridad del paciente?	6
6.2. ¿Qué tipo de indicadores existen para el monitoreo de seguridad de paciente?..	7
6.3. ¿Cuáles deben ser las características de un indicador?	7
7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO.....	8
7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO	8
7.2 RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES.....	8
7.3 PROCEDIMIENTO.....	9
7.4 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN	11
7.5 ANEXOS	11



1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL

1.1 MISIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital La Ceja, brindamos servicios de salud con calidad y seguridad, con un talento humano competente, con vocación de servicio, mediante un modelo de atención cercano a la comunidad y centrado en el ser, comprometidos con el mejoramiento continuo, la responsabilidad social, manteniendo el equilibrio financiero, aportando al bienestar de la población y a la formación del personal de salud

1.2 VISIÓN

A 2030 seremos un hospital con reconocimiento en La Ceja y el oriente antioqueño, por nuestra excelencia en la prestación de servicios de salud

1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Mejorar la infraestructura y tecnología Institucional gestionando los recursos requeridos para adecuarla al desarrollo empresarial
- Fortalecer los procesos con atributos de calidad mediante el compromiso y la cultura del mejoramiento continuo para brindar servicios con calidad y Calidez generando confianza y fidelización en el usuario
- Formular e implementar un modelo de atención integral, equitativo, respetuoso y participativo, centrado en el ser y cercano a la comunidad, basado en la estrategia de atención primaria en salud y en la diversificación de la prestación de sus servicios, para lograr la corresponsabilidad del usuario, el posicionamiento en el sector y el mejoramiento del bienestar de la población.
- Disponer de un talento humano con competencias y responsabilidad social para el desarrollo del modelo de atención formulado, mediante el fortalecimiento de una vocación del servicio honesta y responsable, habilidades de atención al público, el trabajo en equipo y las competencias técnicas, para la innovación e implementación del modelo de atención con calidad y calidez, centrado en el ser y cercano a la comunidad en un buen ambiente laboral

1.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.

Principios:

- 
- Atención centrada en el ser
 - Vocación de servicio
 - Trabajo en equipo
 - Mejoramiento continuo

Valores

- Compromiso
- Responsabilidad
- Respeto
- Honestidad
- Solidaridad

2. INTRODUCCIÓN

El presente documento, contiene los lineamientos que deben ser aplicados, para evaluar la frecuencia de eventos adversos, se brindaran los pasos para realizar el reporte en la página institucional y se habla sobre el proceso de análisis y seguimiento de incidentes y eventos adversos con base en el Protocolo de Londres.

3. OBJETIVO

Contener un conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas, para identificar y analizar las fallas en la atención de un paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias y realizar acciones de mejora dentro de la institución.

4. POBLACIÓN OBJETO O ALCANCE

Este documento está dirigido a todo el personal con el fin de dar a conocer cómo realizar los reportes de eventos adversos e incidentes y a su vez posterior a su análisis dar a conocer las conclusión y planes de mejora.

5. DEFINICIONES





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 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.

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.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, 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:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

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

6. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

6.1. ¿Por qué es importante trabajar en el monitoreo de los aspecto claves en la seguridad del paciente?

Se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbilidad global en algunos países en vía de desarrollo.

La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente. Podemos mencionar, entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como lo son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la tecnología a utilizar, la efectividad en que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, etc. Sin control por parte de los profesionales de la salud están las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar, que favorece la



aparición de errores y eventos adversos secundarios. Por esta razón, no debe ser suficiente para un gerente de un hospital, independiente del nivel de complejidad, creer que su institución entrega una atención de buena calidad; debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores.

Donabedian definió que en todo proceso de atención médica intervienen factores estructurales y del proceso mismo que se traducen en un resultado. Los primeros se refieren a los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico) y los segundos a la elaboración de la historia clínica, el examen físico durante la consulta, la técnica quirúrgica en cirugía, etc. Ambos factores se conjugan para ofrecer un resultado que siempre se espera que sea el mejor, es decir, la cura de la enfermedad o al menos, el mejoramiento de las condiciones del estado funcional del enfermo. Por ello, en la búsqueda del mejoramiento, en todo proceso de atención, se pueden obtener indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

6.2. ¿Qué tipo de indicadores existen para el monitoreo de seguridad de paciente?

- Indicadores de estructura: miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros.
- Indicadores de proceso: enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Son ejemplos de indicadores de proceso la evaluación de la historia clínica, el diligenciamiento del consentimiento, la técnica quirúrgica en cirugía, los errores en la atención, entre otros.
- Indicadores de resultado: son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y además, genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas por 1000 días estancia, la satisfacción de los pacientes, entre otros.

6.3. ¿Cuáles deben ser las características de un indicador?

Los indicadores son poderosas herramientas de gestión que permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o



no acertadas. Un indicador ideal seleccionado debe tener diferentes atributos, entre los cuales los más importantes son:

- **Que sea simple:** debe ser de fácil elaboración.
- **Que sea válido:** debe medir realmente lo que se quiere medir.
- **Que sea sensible:** debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones en las cuales hay un problema.
- **Que sea específico:** debe ser capaz de identificar solo los casos donde hay un problema de calidad.
- **Que sea confiable:** los mismos resultados pueden ser reproducidos por observadores diferentes. Sin confiabilidad no hay validez.
- **Que sea de utilidad:** debe servir para tomar decisiones que lleven a la mejora
- **Interpretable:** los resultados son fácilmente comprensibles por quienes los utilizan
- **Que esté disponible:** los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- **Que sea controlable por los proveedores:** el proveedor debe tener la capacidad de influenciar el proceso o los resultados que se miden

7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

En la atención en salud, se pueden presentar riesgos, incidentes y eventos adversos y que ante la presencia de alguno de estos hay un equipo multidisciplinario dispuesto a evaluar el caso con el fin de lograr planes de mejoras ante dichos eventos.

Toda la institución deberá conocer que dichos análisis no se tratan de algo punitivo y que todo va dirigido al mejoramiento continuo institucional, al momento de ser contratado se le brindara al personal el usuario y la contraseña para ingreso a la plataforma institucional, una capacitación sobre su uso.

7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO

Todo el personal institucional:

- Personal administrativo
- Persona asistencial
- Contratistas
- Personal de apoyo

7.2 RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES

- Computadoras
- Red de internet

7.3 PROCEDIMIENTO

El análisis y seguimiento de los incidentes y eventos adversos se realiza con base en el Protocolo de Londres:

- Definición: Es un método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.



Al reportar un evento adverso, el referente para la seguridad del paciente debe seguir los siguientes pasos para la investigación:

- Revisión de la historia clínica:** la primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Quien investiga (usualmente el director del Programa de Seguridad del Paciente o referente de seguridad de la institución) debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en



el comité de seguridad.

- b. **Entrevistas:** es muy importante, también, para quien investiga hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia ayudará también a tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción. Se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio en búsqueda de factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura o falla activa.
- c. **Indagación documental:** se debe verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si éstos se conocen y están disponibles para consulta. Para esto se entrevista al personal responsable de la gestión documental y a las personas que deberían conocer estos documentos. Adicionalmente se revisa la estructura y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.
- d. **Verificación de los recursos tecnológicos:** se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, cuando se considere necesario.
- e. **Disponibilidad del personal completo:** Se verifica si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario.

Este modelo multi-causal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en los del paciente y su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita. En el transcurso del tiempo la Dirección del programa de seguridad del paciente debe hacer vigilancia a que efectivamente se implementen las acciones de mejora recomendadas.

Una vez finalizada la etapa de investigación, se realiza el análisis por parte del comité de seguridad del paciente, para este proceso se seguirán los siguientes pasos:

- A. **Invitación al comité:** se debe invitar a los miembros permanentes y las personas



relacionadas con el evento.

- B. **Lectura del resumen de la investigación:** la persona o el equipo referente para la seguridad del paciente realiza la lectura de los resultados de la investigación.
- C. **Se realiza el análisis:** para esto, el referente inicia indagando a los participantes del comité: “¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?”, uno por uno.

No en todos los análisis existen factores de cada tipo, por lo tanto, puede suceder que en un análisis se tengan factores en blanco. También es frecuente que se traslapen factores contributivos, por ejemplo entre tarea, tecnología y decisiones organizacionales, sin que esto influya en el resultado, ya que en uno u otro factor contributivo, lo importante es que la causa se registre como posible contribuyente a la aparición de una acción insegura o falla activa.

- D. **Priorización de los factores:** se deben priorizar los factores a trabajar. Los criterios de priorización pueden ser definidos por la institución; el referente de seguridad lee cada factor escrito en el procesos de análisis de cada factor contributivo y pregunta: Posteriormente
 - ¿Qué tanto impacto tiene el factor en el paciente y la institución?
- E. **Definición de plan de mejoramiento:** la organización define en el comité de seguridad los factores contributivos a priorizar.

¿Qué se debe tener en cuenta en el momento de redactar un plan de mejoramiento?

Los planes de mejoramiento se deben redactar siguiendo el ciclo PHVA (P: Planeas, H: Hacer, V: Verificar, A: Actuar), con el fin de garantizar el cierre del plan de mejoramiento.

Después de cada reunión del comité los líderes de procesos socializaran los casos presentados y las acciones de mejora de sus procesos.

Cuando los eventos adversos estén relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos serán reportados al Comité de Farmacia y Terapéutica para su análisis y definición de acciones de mejora.

7.4 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN

Desde la investigación, seguimiento y análisis de los casos salen las barreras de protección y seguridad. Por lo tanto, para dicho protocolo no cuenta con barreras de protección.

7.5 ANEXOS

De manera mensual se pasará una ronda institucional llamada ronda de seguridad de paciente en diferentes servicios de la institución, en dicha ronda se verifica la creación del usuario en la plataforma de reporte y se recapacitará sobre su utilidad y su funcionamiento.



BIBLIOGRAFIA:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (s.f.). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>

NOTAS DE CAMBIO

DESCRIPCIÓN		FECHA
Elabora: Personal asistencial		Diciembre 2024
Revisa: Comité de calidad		Diciembre 2024
Aprueba: Gerencia		Diciembre 2024
CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
Versión	Fecha	Cambios
01	Julio de 2018	Se crea el documento
02	Diciembre 2024	Se actualiza todo el documento