

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO REQUISITO DE HABILITACIÓN

Para evitar daños en la atención en salud a nuestros usuarios y
sus familias

PROTOCOLO DE LONDRES

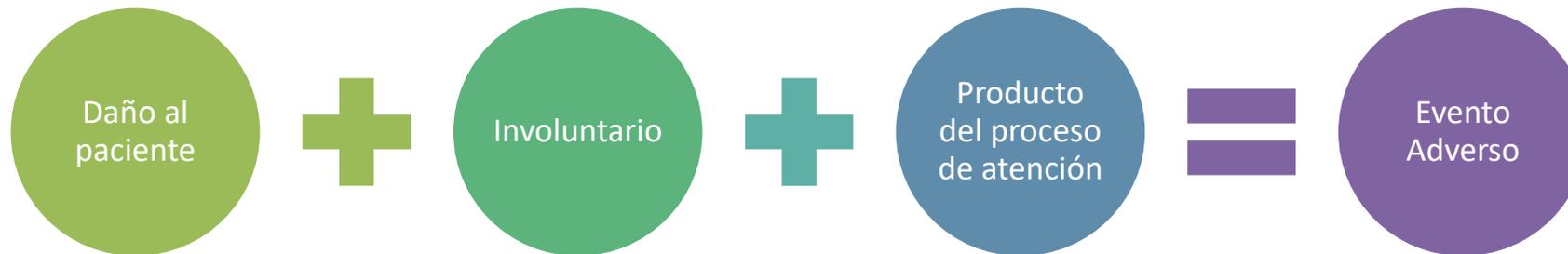
TABLA DE CONTENIDO

1. Generalidades - conceptos
2. Clasificación de los eventos adversos e incidentes clínicos
3. Modelo explicativo de los eventos adversos y su contribución al desarrollo del protocolo de Londres
4. Pasos para la implementación del protocolo de Londres

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTO ADVERSOS E INCIDENTES CLÍNICOS

- Evento Adverso

Es todo daño o resultado negativo en el paciente, que surge como consecuencia del manejo asistencial y no de su condición clínica.



Clasificación de los eventos adversos

Evento adverso prevenible

Son resultados no deseados, no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso NO prevenible

Es el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de estándares de cuidado asistencial.

Incidente / Complicación

Incidente

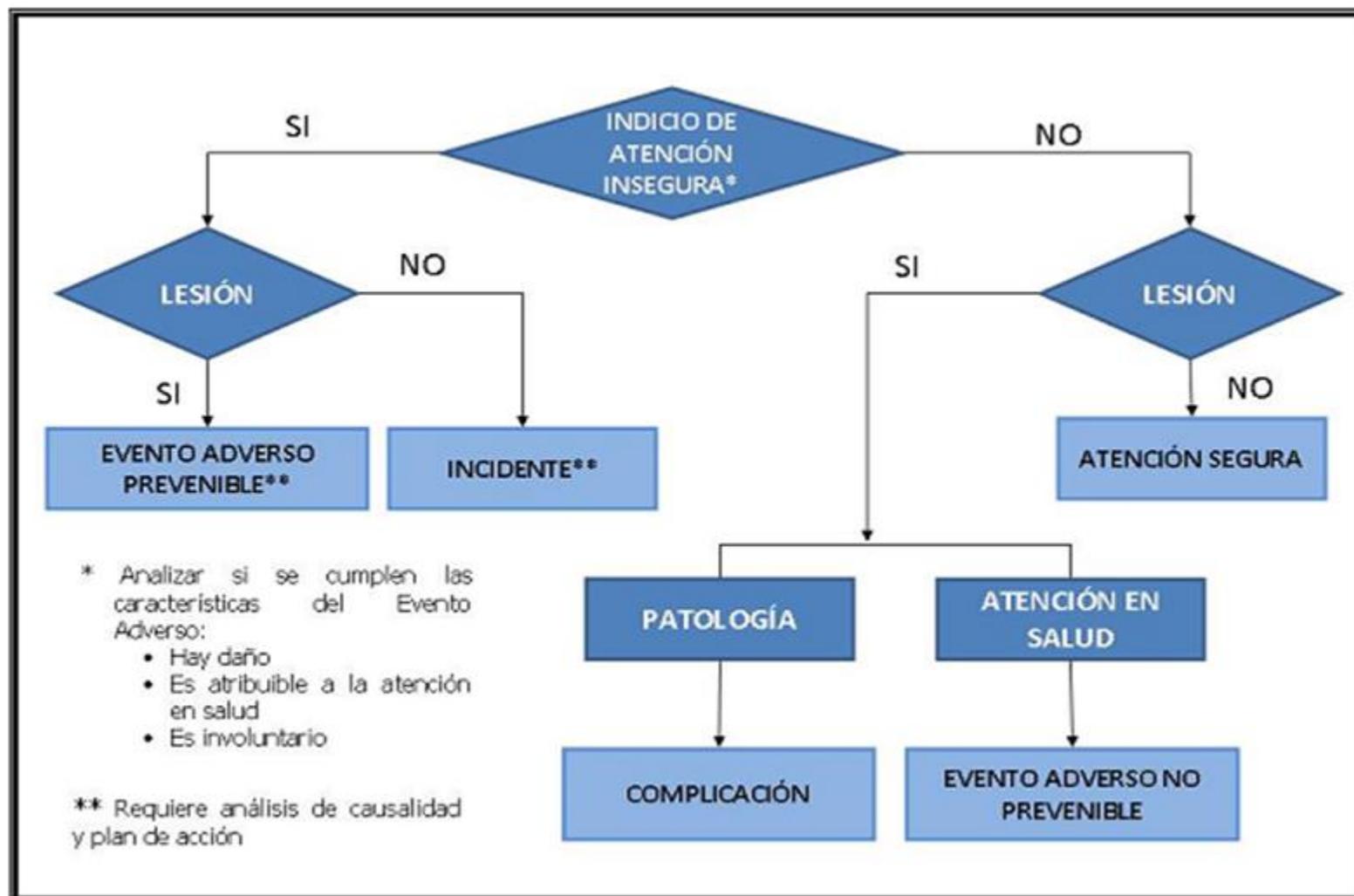
Falla en un proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso.

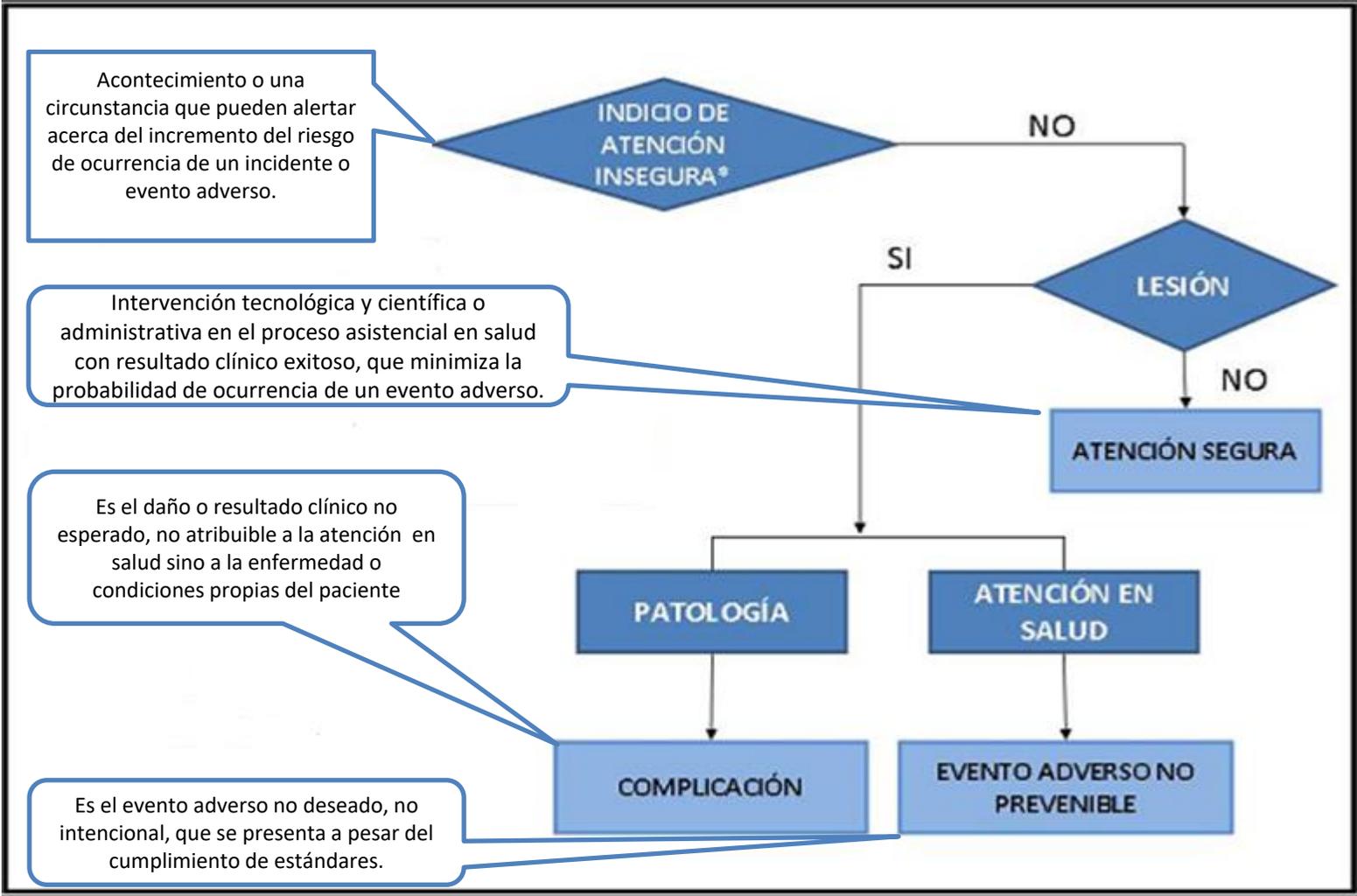
Complicación

Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Clasificación de los eventos adversos e incidentes de acuerdo a la pirámide Heinrich



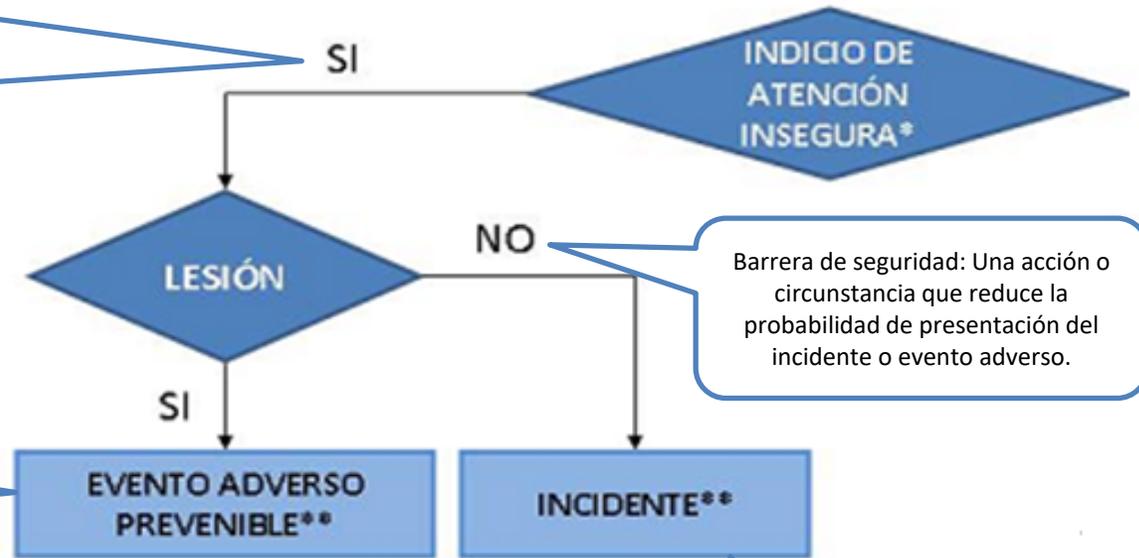




Error: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (**error de planeación**) o falla en completar una acción como estaba planeada (**error de ejecución**).

Tanto los errores de planeación como los de ejecución pueden ser causados por **acción u omisión**. 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**”.

Son resultados no deseados, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponible en un momento determinado



Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Falla en un proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso

* Analizar si se cumplen las características del Evento Adverso:

- Hay daño
- Es atribuible a la atención en salud
- Es involuntario

** Requiere análisis de causalidad y plan de acción

Análisis de caso

Caso 1: Mujer de 30 años, con síndrome de túnel del carpo mano derecha; médico tratante programa cirugía liberación del túnel del carpo (previo consentimiento).

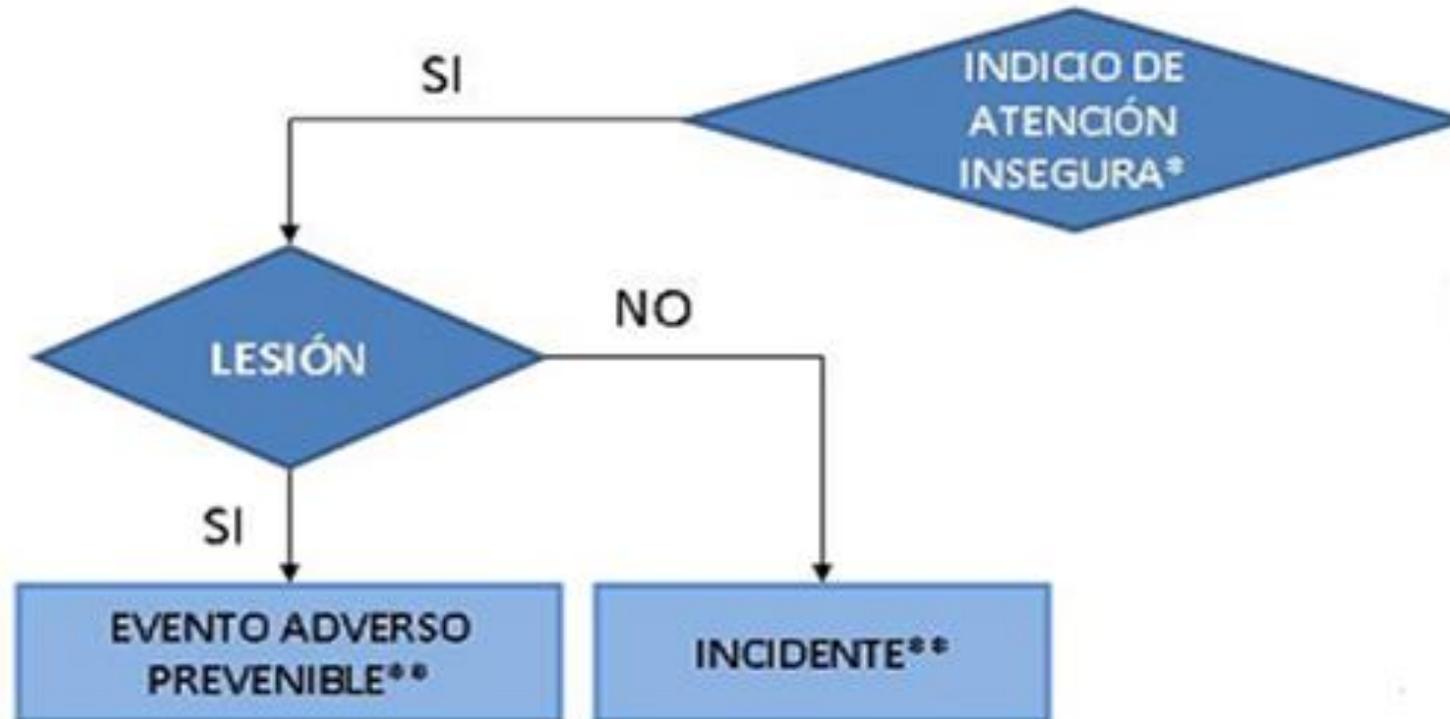
Día de la cirugía: Médico tratante presenta retardo en su llegada al Hospital, solicita telefónicamente al residente que pase a la paciente a sala y la prepare. Al ingresar a la sala encuentra que se preparó el área quirúrgica de miembro superior izquierdo, cambia campos y torniquete a miembro superior derecho y realiza procedimiento planeado.

a) Evento adverso prevenible

b) Evento adverso no prevenible

c) Incidente

C) Incidente



Análisis de caso

- Caso 2: Doña Aura se lleva a cirugía de cambio valvular aórtico, durante el procedimiento con la finalidad de aumentar la temperatura del paciente, se irriga el campo quirúrgico con solución salina caliente; se vierte en un recipiente de aluminio que se encontraba ubicado en los pies del paciente por encima de la ropa quirúrgica, al final del procedimiento y al descubrir al paciente, se encuentra una quemadura de primer grado en miembro inferior izquierdo y una de segundo grado con flictena en miembro inferior derecho. Se realiza curación con sulfaplata y se deja en sitio cubierto con gasa y vaselina, posteriormente se cubre con vendaje de tela.

a) Evento
adverso
prevenible

b) Evento
adverso no
prevenible

C) Incidente

d)
Complicación

e) Evento
adverso grave
prevenible

a) Evento adverso prevenible



- * Analizar si se cumplen las características del Evento Adverso:
- Hay daño
 - Es atribuible a la atención en salud
 - Es involuntario

** Requiere análisis de causalidad y plan de acción

Análisis de caso

- Caso 3:

Paciente de 15 años de edad a quien se le va a practicar cirugía programada que requiere anestesia general, ASA I, sin antecedentes quirúrgicos o alérgicos. Al administrarle anestesia general presenta hipertermia maligna y fallece.

a) Evento adverso grave prevenible

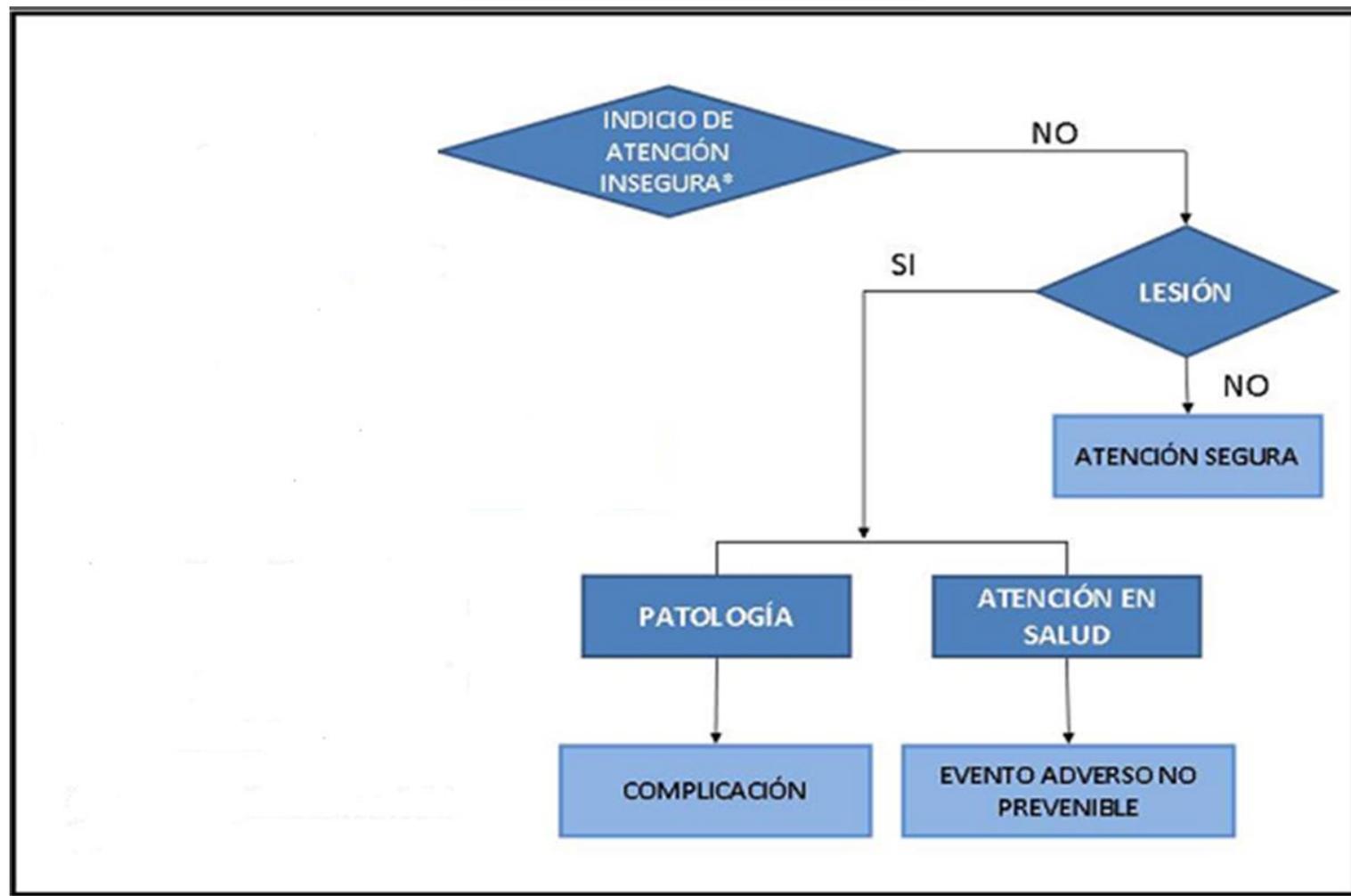
b) Evento adverso grave no prevenible

c) Evento adverso prevenible

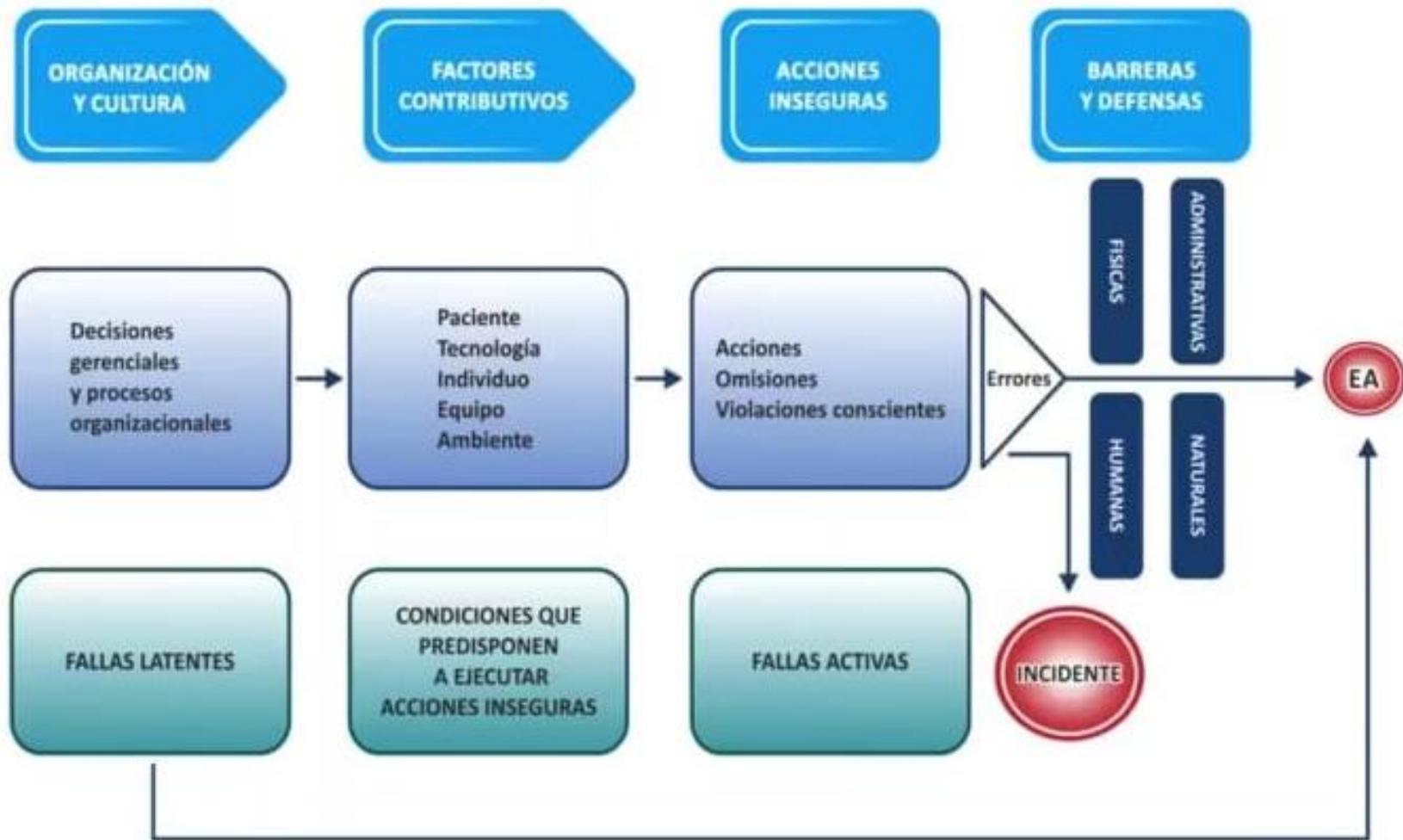
d) Evento adverso No prevenible

e) Complicación

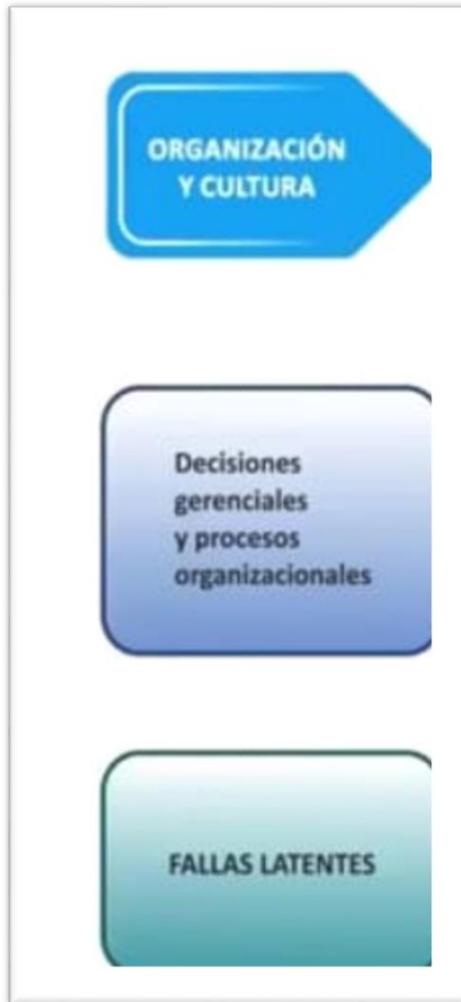
b) Evento adverso grave no prevenible



MODELO EXPLICATIVO DE LOS EVENTOS ADVERSOS



Fallas Latentes



- Las deficiencias de los sistemas (decisiones gerenciales o en los procesos organizacionales) dan lugar a las **Fallas Latentes** que se llaman así mientras permanezcan ocultas, cuando estas son detectadas antes de causar daño al paciente se denomina incidente, si no se detecta se produce el evento.

Factores Contributivos

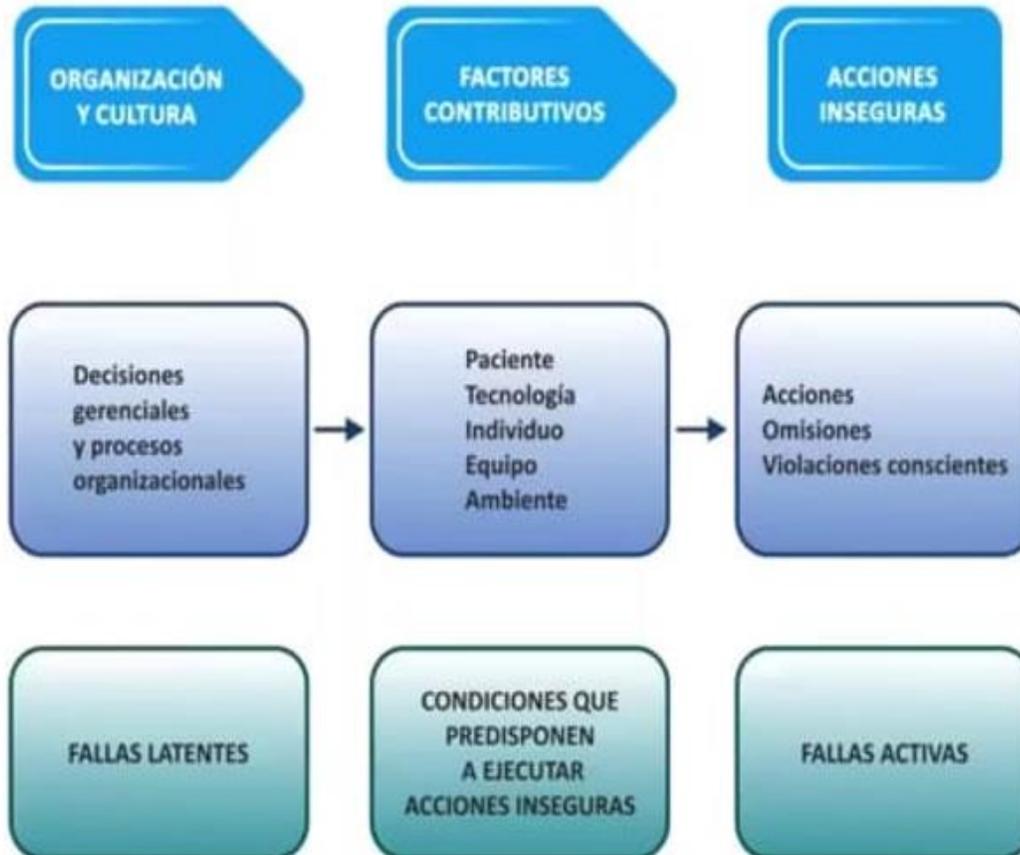


- Los factores contributivos son condiciones del entorno que predisponen a la ejecución de acciones inseguras:
- Causas relacionadas con la comunicación
- Ergonomía
- Fatiga
- Dotación de personal
- Supervisión o formación inadecuadas

Factores Contributivos

CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS	
Paciente	Complejidad y gravedad
	Lenguaje y comunicación
	Personalidad y factores sociales
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad
	Uso de Protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas;
	Ayudas para la toma de decisiones
Individuo	Conocimiento, habilidades y competencia
	Salud física y mental
Equipo de trabajo	Comunicación verbal y escrita
	Supervisión y disponibilidad de soporte
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc)
Ambiente	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo
	Patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
	Soporte Administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido)
Organización y Gerencia	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional
	Políticas, estándares y metas; prioridades organización y gerencia y cultura organizacional
Contexto Institucional	Económico y regulatorio
	Contactos externos

Acciones Inseguras



Son aquellas actuaciones u omisiones involuntarias o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a cargo ejecutar la tareas, también se conocen como fallas activas.

Acciones Inseguras



Las acciones inseguras pueden ser de tres tipos:

Error en la ejecución

- Son errores durante el desarrollo de la acción, que se asocian con **conductas automáticas**, se conocen como DESCUIDOS Y OLVIDOS

Error en la planeación

- Son errores durante la planeación de la acción, se **asocian con falencias en la instrucción o conocimientos técnicos**, se conocen como EQUIVOCACIONES.

Violación consciente de una norma de seguridad

- Consiste en un **acto temerario** que ejerce el prestador de salud, pese al conocimiento de las barreras de seguridad existentes y que están documentadas en guías o protocolos.

Análisis de caso

- Caso Clínico

Luz Dary es una paciente de 58 años con antecedente de alergia al potasio, el 22 de enero de este año ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 9 horas de evolución consistente en sensación de disnea moderada, “falta de aire desde el pecho”, acompañado de mareo leve-moderado, astenia, adinamia, hormigueo en dedos de manos y pie, el examen físico se encuentra una PA 200/105 haciendo diagnóstico de crisis hipertensiva, la paciente manifiesta al ingreso su alergia y este riesgo es anotado por la enfermera de turno que estaba en periodo de entrenamiento en el tablero de datos, pero no en el Kardex, ni colocó la manilla de seguridad. En ronda médica al día siguiente el médico de turno ordena iniciar Potasio vía oral por hipocalcemia de 3.2 mE/L. Orden que es ingresada al Kardex y se solicita el medicamento a la farmacia.

Análisis de caso

- Caso Clínico

Al llegar la enfermera para darle el tratamiento ordenado al paciente, le informa sobre el medicamento, el motivo por el cual se le va a suministrar y los riesgos, La paciente en el momento no hace la aclaración de su reacción al medicamento, luego al administrarle la segunda dosis la enfermera se percata de la alerta en el tablero y observo el reporte de la alergia, se informa a medica de turno paciente, quien procede a revisar la paciente encontrando rash cutáneo leve, que mejora con antihistamínicos. Al indagar con la enfermera que recibió a la paciente relata que como era nueva y el servicio estaba tan congestionado ese día se le olvido colocar la alerta en el Kardex y aunque busco las manillas no las encontró. Al indagar al paciente, reporto al equipo investigador que la enfermera si le hablo, pero como ella oye tan mal, le dio pena decirle que le repitiera y solo confirmo con la cabeza.

Sondeo

Cuál es el evento adverso?

- a) Aplicar un medicamento a un paciente al cual era alérgico
- b) Rash cutáneo
- c) No colocar la alerta de seguridad en el kárdex
- d) Falta de supervisión al personal en proceso de entrenamiento
- e) Disminución auditiva del paciente que le impidió entender

Sondeo

Una acción insegura que se presentó en éste caso fue:

- a) Rash cutáneo
- b) No colocar la alerta de seguridad en el kárdex
- c) Disminución auditiva del paciente que le impidió entender
- d) Mala comunicación en el equipo de trabajo
- e) Stress de sobrecarga laboral el día que ocurrió el evento

Sondeo

Dentro los factores contributivos que se presentaron en este caso se encuentran:

- a) Aplicar un medicamento a un paciente al cual era alérgico
- b) Rash cutáneo
- c) No colocar la alerta de seguridad en el kárdex
- d) Disminución auditiva del paciente que le impidió entender

Protocolo de Londres

Ventajas del protocolo de Londres

Identifica no solo las acciones u omisiones como causa inmediata de un evento adverso, sino también los factores que contribuyeron al resultado adverso.

Enfoque estructurado y sistémico

El personal entrevistado se siente menos amenazado. (Análisis Sistémico)

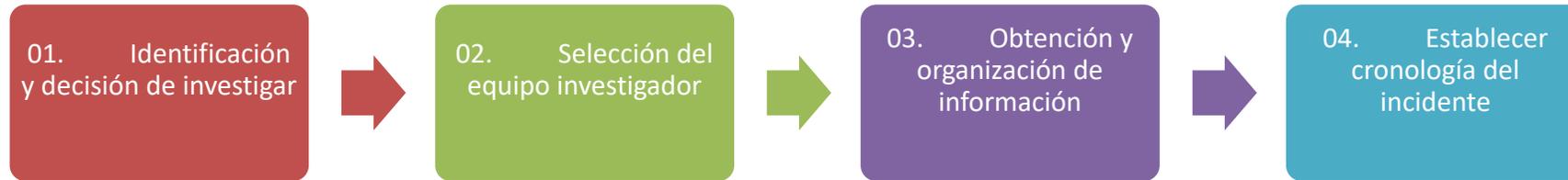
Pensando en promover un ambiente de apertura y no en señalamientos personales y asignación de culpa

Protocolo de Londres

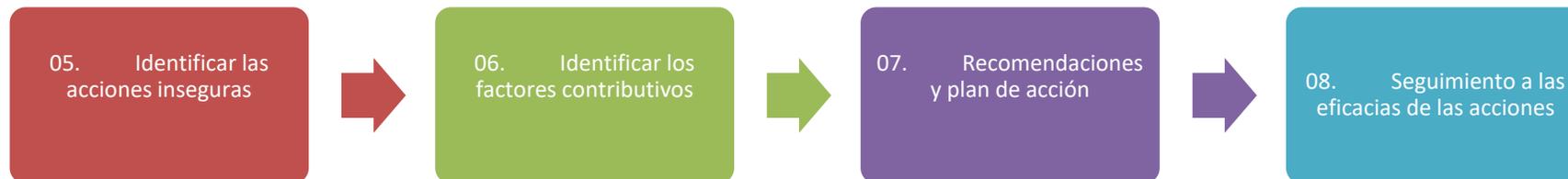
- Desligarse, donde sea posible de procesos disciplinarios, es necesario que se realice en un **ambiente abierto y justo**

Protocolo de Londres

Referente de Seguridad



Equipo de trabajo



Selección del equipo investigador

Integrantes mínimos permanentes

Referente de la seguridad del paciente

Colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales

Colaborador tomador de decisiones de los procesos administrativos

Un referente de la gestión de calidad de la IPS

Invitados al comité:
representantes operativos de los servicios

Obtención y organización de información

- Mecanismos para obtener información

Historia Clínica completa

Protocolos, guías y procedimientos relacionados con el incidente

Declaraciones y observaciones inmediatas

Entrevistas con los involucrados

Evidencia física (planos del piso, listas de turno, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.)

Otros aspectos relevantes (índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado)

Establecer cronología del incidente

- Permite comprender en detalle el caso y facilita la identificación de acciones inseguras. La historia clínica puede servir como base para realizar la cronología, pero las entrevistas, la revisión de formatos y demás herramientas donde se obtuvo la información complementan la secuencialidad de la atención.

Identificar acciones inseguras y factores contributivos

- Por cada acción insegura yo establezco los factores que contribuyeron a que se presente una acción insegura

Recomendaciones y plan de acción

- Priorizar los puntos claves intervenir
- Identificar cuales factores contributivos se consideran mas relevantes para la presentación del evento

Probabilidad

Impacto

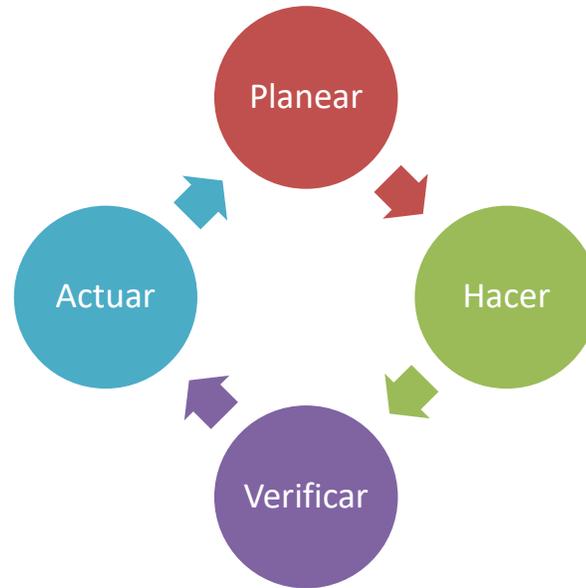
Tabla guía para realizar la priorización de los factores contributivos que deben intervenir

- Con las causas que queden priorizadas con los puntajes mas altos se genera el plan de mejoramiento.

Probabilidad		Impacto	
Nivel Bajo: Es poco factible que el factor contributivo se presente	1	Nivel bajo: si el Factor contributivo llegara a presentarse tendría un impacto bajo para el usuario.	1
Nivel Medio: Es factible que el factor contributivo se presente	3	Nivel Medio: si el Factor contributivo llegara a presentarse tendría un impacto medio para el usuario.	3
Nivel alto: Es muy factible que el factor contributivo se presente	5	Nivel alto: si el Factor contributivo llegara a presentarse tendría un impacto alto para el usuario.	5

Recomendaciones y plan de acción

- Estructure el plan de mejoramiento en el formato institucional, teniendo en cuenta implementar acciones enmarcadas en el ciclo PHVA



Acciones	Responsable	Fecha inicio	Fecha terminación	Seguimiento

Seguimiento a la eficacia de las acciones

- La institución debe además de monitorear el cumplimiento de las acciones del plan, realizar seguimiento a los indicadores



VIDEO

<https://www.youtube.com/watch?v=oTQdEW1CsOs>



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeLDa3PHF6AFPFXRQuA56w5m7C4WdEheE_1k-wS_OqK_MKeYw/viewform?usp=sf_link