

**SISTEMA DE IDENTIFICACION, ANALISIS Y GESTION DE LOS EVENTOS
ADVERSOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN EN EL
AÑO 2009.**

**YAMILE SANCHEZ VERA
LUZ HELENA CORREDOR GRIMALDOS
EDINSON OMAR OLIVELLA GONZÁLEZ**

***PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORIA EN SALUD***

**ASESORA:
ADRIANA MARIA GIRALDO MOLINA
ENFERMERA PROFESIONAL
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD
COORDINADORA DE CALIDAD. IPS CES SABANETA**

**UNIVERSIDAD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD**

**BUCARAMANGA – SANTANDER
2010**

*Errar, es parte de la condición humana :
No podemos cambiar la condición humana, pero sí podemos cambiar las
condiciones en las que el humano trabaja .
Prof. James Reason BMJ 2000*

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR.....	10
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	11
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA.....	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
MARCO DE REFERENCIA.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
MODELO SHELL.....	30
MODELO REASON.....	34
MANEJO DE AMENAZA Y ERROR	36
ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF).....	38
BENEFICIOS DEL AMEF:.....	40
SISTEMA DE ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS.....	42
PROTOCOLO DE LONDRES	42
ENFOQUE "ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ".....	43
CONTEXTO DE USO.....	43
MODELO CAUSAL EN LAS ORGANIZACIONES.....	45
RESULTADOS.....	53
CASOS POR EVENTO TRAZADOR.....	55
REPORTES DE REINGRESO A CONSULTA POR LA MISMA CAUSA ANTES DE LAS 72 HORAS.....	57
PROPUESTA.....	59
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	61
PRESUPUESTO.....	62

CRONOGRAMA	63
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	69
HERRAMIENTA No 1.....	71
HERRAMIENTA No 2.....	72
HERRAMIENTA No 3.....	93

INTRODUCCIÓN

Toda atención en salud, se entiende, que es prestada por personal competente que lo hace con responsabilidad y la ética necesaria para que un paciente le brinde la confianza para que le ayude en ese momento difícil, cuando pierde la salud. La mayoría de personas piensan que esa atención siempre producirá en el paciente beneficio y jamás daño en su integridad física ni psicológica. Sin embargo, en el proceso de atención de un paciente, se pueden presentar eventos indeseables de la atención en salud que incluso pueden provocar la muerte del paciente, con el agravante que muchos de estos eventos son prevenibles.

En 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el libro *To err is human: building a safer health system*, el cual dio a conocer cifras preocupantes de eventos adversos de la atención en salud: de 44.000 a 98.000 estadounidenses mueren por errores en la prestación de servicios de salud cada año, todos ellos evitables.¹ Este libro llamó la atención del mundo de la industria de servicios de salud sobre la proporción real de pérdidas de vidas, discapacidad y costos que tiene la inseguridad de la atención de pacientes. Para el año 2000, según reportes de la Organización Mundial de la Salud, en el Reino Unido así como en Irlanda, la hospitalización secundaria a un evento adverso tiene un costo aproximado de 2.000 millones de libras esterlinas al año y por el pago por reclamos de litigación le cuesta al servicio Nacional de Salud alrededor de 400 millones de libras esterlinas año. En Estados Unidos, el costo total de los eventos adversos asciende a 17.000 a 29.000 millones de dólares año.² Uno de los efectos adicionales de estos eventos adversos es la disminución de la confianza, confidencialidad y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

¹ To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. 2001:1,30,31,55

² http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf World Health Organization Fifty-fifth Health Assembly. Quality of care: report by the secretariat. WHA 55/13

La prevención de los eventos adversos, es hoy una preocupación universal, debido a que se suceden a diario en cualquier hospital o consultorio de salud en el mundo, tanto en países desarrollados como en los países del tercer mundo.

En Colombia, no se conocen cifras exactas el problema, pero el Gobierno Nacional ha emitido normas encaminadas a la prevención, notificación y evaluación de los *eventos adversos* con lo cual mejoraría la adhesión y satisfacción de los usuarios al sistema de Seguridad Social en Salud y por ende la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Con este estudio se pretende evaluar la notificación de los eventos adversos propios de la institución y los eventos adversos trazadores que corresponden al primer nivel de atención en salud, según directrices del Ministerio de la Protección Social; evaluando la identificación, análisis y gestión de estos eventos adversos y la política de seguridad institucional la cual promueve la prevención y/o reducción de sus efectos en los usuarios y en la Empresa Social del Estado de primer nivel Hospital San Juan de Dios de Girón.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia, tipo, severidad, momento de presentación, evitabilidad, consecuencias o impacto de los eventos adversos reportados y los determinantes asociados, que afecten la seguridad de los pacientes y la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital San Juan de Dios de Giròn.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia de eventos adversos reportables en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Giròn.
2. Describir el sistema de registro y notificación de eventos adversos .
3. Describir las intervenciones institucionales surgidas como solución para la implementación de barreras de seguridad para minimizar la ocurrencia de los eventos adversos.
4. Elaboración de propuesta para el sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la e.s.e. hospital san juan de dios de girón .

DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo de sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital san Juan de Dios de Giròn, en el periodo comprendido entre el primero de julio de 2009 a 31 de Diciembre de 2009.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.

Se realizó la respectiva investigación de los Eventos Adversos que se identifican y gestionan en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Girón, y se creó un glosario de términos referentes al tema de seguridad del paciente y los sistemas de registros de los eventos adversos para proceder posteriormente a la búsqueda y obtener el mayor resultado.

Los términos empleados en la búsqueda se detallan a continuación:

Palabras claves para realizar la búsqueda
Eventos adversos
Errores médicos
Seguridad del paciente
Errores en la prestación de servicios de salud
Standardized voluntary event reporting system.
Adverse events documented
Event reporting system
Reporting processes
Patient safety
Error reduction
Reporting errors/events/near misses
Reengineer
Voluntary reporting
Health care safety
Anonymous nonpunitive reporting systems
Mandatory programs
Event reporting systems
Processing errors
National medication error reporting tools

Durante el periodo de estudio se revisaron las fuentes bibliográficas de mayor prestigio, que a continuación se relatan. Para ello, se creó un protocolo de búsqueda de datos con el fin de clasificarlo en función de los tipos de buscadores:

1. Base de datos electrónicas en lengua inglesa³

- MEDLINE
- EMBASE
- CINAHL
- PSYCLINFO
- COCHRANE LIBRARY
- HEALTH MANGEMENT INFORMATION CONSORTIUM
- HEALTHSTAR

2. Base de datos electrónicas en lengua no inglesa:

- LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature database)
- ExtraMed

3. Buscadores de Internet

- Nacionales: Google, Lycos, Alta vista (medicina y salud), BIWE (medicina y salud).
- Internacionales: Med Web plus, Med Web (biomedical internet resources).

³ Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos página 40 del ministerio de sanidad y consumo secretaria general técnica. Centro de publicaciones. Paseo del prado, 1828014 Madrid. NIPO Deposito legal M- Imprime RUMAGRAF S.A, avenida Pedro Diaz,25.28019 MADRID

FORMULACION DEL PROBLEMA

Determinar la trazabilidad de los eventos adversos en La Empresa Social del Estado, Hospital San Juan de Dios de Girón de Primer Nivel de Atención en Servicios de Salud, con el fin de implementar el sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos y su impacto en la calidad de la atención en los usuarios.

JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA.

En la empresa social del Estado, Hospital San Juan de Dios de Girón, no están establecidas las metodologías de sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos .

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Se tiene establecido un sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital san Juan de Dios de Girón?

MARCO DE REFERENCIA

MARCO TEÓRICO

Desde tiempos inmemoriales el médico (cabeza visible en el equipo de salud), poseía un poder divino-mágico que lo hace infalible y con su imagen y conocimiento sana todo lo que tiene cura y está exento de equivocación. Aunque se describen en textos como el Código de Hamurabi (1760 a de C) y los principios Hipocráticos (450 a de C) entre otros pocos, no era la creencia común entre las civilizaciones la posibilidad del error médico y cuando este se cometía, seguramente era una consecuencia del proceso patológico más no del actuar del personal de la salud que atendía al paciente.

Los estudios arqueológicos han demostrado que desde que el hombre habita la tierra padece enfermedades o sufre lesiones que le limitan o imposibilitan realizar sus actividades y alteran el transcurso de su vida. Nace ahí la Medicina como el arte de curar, aunque el hombre primitivo lo ve como una acción mágica-religiosa. El tiempo se encarga de convertir este arte en una labor científica. La medicina ha tenido como meta, aliviar el dolor y en cierta forma luchar contra la muerte.⁴ La institución predecesora del Hospital fue, según Fieding Garrison, el consultorio del médico en Grecia llamado *latreion*, que era usado como dispensario, consultorio y sala de operaciones.⁵ En estos lugares se comenzó la aplicación de la medicina con bondad técnica y la consigna era “no perjudicar” al paciente descrito en el libro Hipocrático de *las Epidemias*. Este principio fue latinizado en la famosa frase *primum no nocere*: primero, no dañar. Este precepto sigue hoy día siendo un imperativo ético-clínico y se le denomina *principio de no maleficencia*.

⁴ Skrabenek, Perl. 1999. La muerte de la medicina con rostro humano. Editorial Diaz de los Santos. Madrid. P 36.

⁵ Garrison, Fieding. 1966. Historia de la medicina. Editorial Interamericana. Mexico. P 57

Durante el imperio Romano, se practicaba en los hospitales el oficio de las “ordenanzas” o nosocomi, que consistían en cuidar de los enfermos, lo cual era realizado por los esclavos y sirvientes. El nosocomio, empezó siendo al mismo tiempo casa de misericordia, albergue para pobres, hogar de ayuda de personas en desgracia, alojamiento de los médicos, viajeros y peregrinos⁶.

Paulatinamente comenzaron a desarrollarse instituciones especializadas en situaciones particulares y es así como nace el nosocomium: casa para los enfermos⁷. Históricamente, debieron pasar muchos años para reunir el pensamiento de muchos hombres y mujeres que concibiera la idea de un hospital como institución sanitaria⁸.

La Genealogía de los hospitales no es patrimonio exclusivo de los europeos y cristianos, debido a que en la civilización antigua se asociaba la caridad con el servicio. Los procedimientos que se realizaban en estas instituciones estaban impregnados de cada una de las culturas de quienes los realizaban. Según Garrison, la medicina árabe estaba muy avanzada y son los que empiezan a tratar con bondad los enfermos mentales y a proporcionar instrucción médica sistematizada en los hospitales. La historia médica medieval es el resultado de la europeización mundial y la conjunción del medio oriente con occidente, con lo que se difunde las culturas griega, latina y árabe del siglo V que ha perdurado mezclándose con la concepción occidental de la salud. Sin embargo, para esta época, ser ingresado en un hospital era recibir una sentencia de muerte, incluso para la atención del trabajo de parto ya que la morbilidad era muy alta.

Ya para el siglo XVIII, los científicos crean la palabra *hospitalismo*, para referirse a los efectos indeseables que presentaban los pacientes internados. Al respecto escribió Michael Foucault en sus reflexiones “*el hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente nuevo, que data de finales del siglo XVIII.*”

⁶ Donubre, Patricia. 1996. Nursing the finest art. An illustrated history. Mosby 2nd edition. USA. P 93

⁷ Ortiz Quezada, F. 2000. Hospitales. Ed. Mc Graw Hill . México. P 9.

⁸ Ortiz Quezada, F. 2000. Hospitales. Ed. Mc Graw Hill . México. P 5-6.

*Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo (...) surge pues un nuevo modo de ver el hospital, al que empezó a considerarse un lugar para curar, de manera que si en el se ejercer efectos patológicos, estos deben ser corregidos.”*⁹ Esta crítica Foucaultiana, no debe dejarse de lado en la revisión del tema de eventos adversos porque desborda el ámbito mismo de su interior.

Florence Nightingale (1820-1910), hizo evidente en sus análisis de la atención en los hospitales de campaña británicos durante la guerra de Crimea (1853-1856), que los pacientes pueden ser infectados por quienes están para mitigar los daños causados y así, el daño producido por el propio personal de salud podría ser mayor que el daño producido por el enemigo en la guerra; con estas apreciaciones, se hace evidente que el personal de salud puede producir daño en quien recibe sus servicios. A partir de entonces se reconoce que el personal de salud puede cometer errores aunque su posibilidad fuese muy baja. La imagen del personal de salud permanece en alto reconocimiento, lo cual aunado a los avances medicocientíficos del siglo XIX y a la explosión científica del siglo XX, se preserva la imagen de quienes atienden pacientes, en cabeza del médico. Sin embargo, la seguridad del paciente y la presentación de eventos adversos no forman parte del léxico ni de las preocupaciones del personal de salud ni del sistema de prestación de servicios de salud.

La historia del hospital, así como la de las profesiones que integran el equipo de salud, constituyen procesos paralelos que se han aportado complementariamente para servicio de la humanidad. La base científica en que se sustenta la medicina occidental, también influye en la incidencia de eventos adversos en los enfermos, como lo explica el médico e historiador español, Pedro Laín Entralgo: *“con Paracelso y Van Helmont, pero sobre todo con el primero, se inicia una nueva etapa del pensamiento terapéutico. Fue en la transición del siglo XV al XVI con Aeurolus Philippua Teofrasto B. de Hohenhein, denominado históricamente sólo*

⁹ Foucault, Michael. La vida de los hombres infames. Ed. Altamira. Colombia. P 107-109

como Paracelso (1493-1541), cuando se reafirmó científicamente la alopátia como el principio científico de la terapia médica”¹⁰. Paracelso sostenía que se debía investigar y atacar cada “causa específica” de la enfermedad bajo el principio que lo contrario (pathos: enfermedad, sufrimiento) se cura con su contrario (allos: otros, elementos químicos y mecánicos que eliminen la causa nociva). Este razonamiento científico eliminó acotaciones espirituales, morales y religiosas medievales que limitaban el desarrollo de sustancias y procedimientos que curasen la enfermedad. A pesar que la naturaleza de estos elementos no siempre sea la misma que la del cuerpo (sintéticas) su utilización se experimentado y prescrito, siempre que sus objetivos sean terapéuticos, es decir, que erradiquen el dolor y los síntomas.¹¹ Todo lo que se realice en el interior o exterior del cuerpo para curarlo, es *iatros* (medico, en griego) por lo que esta palabra no se refiere exclusivamente a causar daño secundario sino a permitirse intervenir clínicamente sus estructuras. Escribió Paracelso “*el hombre posee en tanto entidad física, todo lo bueno y todo lo malo. Por eso interesará al médico conocerlas íntimamente tanto en su división como en su composición, como en su conservación y disolución.(...) cuando queráis conseguir una base cierta, conviene que discurráis y tratéis, no sobre cosas invisibles, sino sobre cosas perfectamente visibles y palpables, pues no hay mejor motivo de reflexión para el médico, que contemplar lo que Dios pone en nuestros ojos y saber así, directamente de nuestro salvador, el fundamento de toda la verdad*”.¹²

Las propuestas alópatas de Paracelso, permitieron y legitimaron científicamente acciones como la separación de partes, pues solo así se las puede conocer para descubrir sus antagonismos. Por ejemplo, lo frío o lo caliente, lo seco o lo húmedo. Estos estudios se consideraban factores condicionantes de las enfermedades específicas; se consideraban que las manías eran una enfermedad del calor y la hidropesía, de la humedad. Si se investigan y se descubren los mecanismos

¹⁰ Lain Entalgo, Pedro. 1978. historia de la medicina. Ed. Masson.. Barcelona. P 301-302.

¹¹ Leon Hernández , Saul y col. 2000. Historia y filosofía de la medicina. IPN. México. P 143

¹² Paracelso. 1603. Obras completas. México. Ed. Colofón. P 143, 148-149.

patológicos, se puede entonces lograr su curación. Con la aceptación de estos argumentos científicos, la utilización de la energía, la química y la física marcaron hitos en la historia de la medicina y de los hospitales. Se legitimó un notable nivel de complejidad y de intervención instrumentada para el enfermo.

Con el transcurrir del tiempo empezaron a utilizarse sustancias como el oxígeno y los antisépticos. Los anestésicos (de uso reciente), cuyo uso está muy generalizado, se encuentran entre los descubrimientos tan benéficos como peligrosos. Sin embargo el método clínico y las ciencias que lo sustentan, han dado grandes avances, ya que los investigadores y especialistas han estudiado y aceptado la existencia de los efectos secundarios como una característica inherente a la invasividad médica.

A pesar del carácter humanitario que implica prestar servicios de salud en el hospital, con los tiempos modernos adquirió una hegemonía como institución. “hasta antes del siglo XIX la familia era el centro de la vida social y económica y el hogar era la sede natural de atención de los enfermos. Antiguamente las mujeres aprendían entre ellas a cuidar y a aplicar remedios preparados en casa, pero con el tiempo esa situación se modificó notablemente”.¹³

La obligación de los individuos de cuidar a los enfermos por su parentesco y la ayuda mutua comunitaria, se empezó a cambiar por la adquisición de la salud como un bien de intercambio comercial. Todo el personal de salud quedó sujeto a restricciones a su autonomía, por lineamientos ajenos a su quehacer directo, incluso por sobre sus ideas y principios.

El predominio del modelo alópata oficial fue también geográfico, ya que se extendió hasta los rincones más lejanos de la civilización, al ser llevado a todas las colonias y países en desarrollo por las naciones imperialistas. La tecnología que se utilizaba en estos hospitales se hizo más extensa, diversa y un tanto osada, extendiéndose sus descubrimientos e invenciones hacia el resto del mundo. Los sistemas de curación tradicionales quedaron en peligro de caer en el olvido y cada

¹³ Starr, Paul. 1982. La transformación de la medicina en los Estados Unidos de América. México. Ed. Espinel. P 37

comunidad se ha afanado con sus propios medios en evitar su desaparición por considerarlas más cercanas a sus raíces y creencias. Sin embargo es el modelo alopático de atención en salud que se aplica en los hospitales el que se ha consolidado como modelo médico hegemónico.

El advenimiento del mercado de servicios de salud ha estado inseparablemente ligado al desarrollo económico y a las estructuras de poder los cuales han determinado los ámbitos de la vida humana, incluyendo la atención en salud. Ello se ha manifestado en la tendencia del sistema de extender su dominio hasta su control social e ideológico, que ha sido inductora del consumismo médico, farmacológico y al dominio de la cuantificación de los aspectos cualitativos. El modelo de atención médica hegemónico ha favorecido la separación entre la teoría y la práctica, otorgándole a cada una posibilidades independientes de ideas y procedimientos y la separación de éstas y la investigación.

El modelo alópata de atención en salud, ha tenido que afrontar riesgos inherentes en su lucha por enfrentar y vencer la enfermedad, debido a su recurso de intervenir la anatomía y el funcionamiento del organismo. Nació así toda una terminología médica para referirse a esas intervenciones, y uno de los términos que durante mucho tiempo ha tenido amplia difusión, es el de *iatrogenia*. En la cultura griega se creó la palabra *iatrogenia*, para referirse a la acción médica sobre los pacientes, como un término que proviene de *iatros*, con que se designa a quienes ejercen la medicina, y *genia*, que significa producir. Un texto clásico en relación con el tema de la *iatrogenia*, es en el que Ruy Pérez Tamayo explica que este concepto no se refiere por sí mismo a provocar daño, como equivocadamente se cree, sino a la acción interventora del equipo de salud, moral y técnicamente justificada. Explica el autor que *iatrogénico* “dícese e toda alteración del estado del paciente producida por el médico, como la cirugía o *iatromecánica* y la *iatroquímica* o tratamiento con la aplicación farmacológica”.¹⁴

¹⁴ Páez Tamayo, Roy. 1994. *Iatrogenia*. El colegio Nacional. México. P 6.

Iatrogenia es un vocablo que se utilizó inicialmente en la medicina griega para designar algunos cambios mentales terapéuticos por sugestión de ciertas ideas que el médico inducía a sus pacientes y esperaba que hubiera algún efecto que no era precisamente curativo, sino como remedio engañoso, mediante el lenguaje que expresaba el médico, al decir comentario sobre la naturaleza y pronóstico del padecimiento. El término se fue generalizando para referirse a los resultados indeseables de la actuación médica.

El concepto de iatrogenia ha sido actualizado y adecuado a esta diversidad que debe ser desglosada, no solo por sus implicaciones técnico-científicas sino también éticas y legales.

De manera que actualmente a todo lo que ocasiona daño al paciente, se denomina *evento adverso*.

A principios del siglo XXI, como consecuencia de la publicación *errar es humano* del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999,¹⁵ se reconoce que los errores en la atención en los servicios de salud son más frecuentes de lo que hubiese imaginado e incluso que como consecuencia de estos errores se producen muertes evitables en cantidades alarmantes. Como consecuencia, el ejercicio de las actividades del equipo de salud, están a la vista y son sometidos al escrutinio público como nunca antes, lo cual aunado al mayor nivel de conocimientos de la población en general, la normatividad vigente y la masificación del conocimiento como consecuencia de la llegada de la internet, hacen que el paciente tenga mayor importancia en la toma de decisiones cuando se le hace un diagnóstico y/o algún procedimiento que infiera en el proceso salud/enfermedad.

Se asume que todo trabajador del área de la salud nunca dirige su conocimiento para producir daño a sus pacientes y la gran dimensión del problema de seguridad del paciente y la presencia de eventos adversos como resultado de la atención en salud son producto no necesariamente del acto del equipo de salud sino del

¹⁵ To err is human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America 1999.

diseño y funcionamiento del sistema de salud. La finalidad de difundir estos conocimientos entre el personal de salud es para fortalecer su capacidad y la de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del sistema de salud en general para evitar en la medida de lo posible, que ocurra lo que no debe ocurrir y, por supuesto, para proteger a los pacientes contra riesgos extremos e innecesarios.

Históricamente, la naturaleza humana ha estado ligada con el error y donde se practique un acto de atención a un paciente no será la excepción. Ahora, los pacientes expuestos a mayor riesgo de error son los que requieren procesos de atención más complejos, como pacientes en UCI, cirugías de alta complejidad, etc., y a su vez cuando son expuestos al error, los pacientes con riesgo de sufrir más daño son aquellos que están en condición clínica más vulnerable como ancianos, neonatos, pacientes inmunocomprometidos, etc.

Donabedian expresó con gran claridad, “la calidad es igual a los mayores beneficios ofrecidos a los pacientes con los menores riesgos”,¹⁶ esto sólo es posible si se protege la seguridad del usuario para evitar riesgos innecesarios en el desarrollo de un proceso de atención en salud.

Colombia no ha sido ajena a toda la problemática descrita anteriormente, motivo por el cual se ha impulsado una política de seguridad del paciente que ha estado abanderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de efectos adversos para contar con instituciones más seguras. Define la Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional

¹⁶ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol. II. The criteria and standards of quality, 1982; Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985..

óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”¹⁷

En Colombia, los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas.

Sucede entonces, que en una atención en salud simple, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos

¹⁷ Decreto 1011 de 2006. Artículo 2

asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

La política de seguridad del paciente define algunos conceptos adaptados y adecuados a las necesidades del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia y que son de vital importancia para entender de este tema:

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:

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:

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.

RIESGO:

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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.

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.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla o la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO:

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por su denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos.

May Chomalí Garib , escribe: “La implementación de un programa de gestión de riesgos implica abordar dos aspectos: a) investigación y análisis; y b) difusión y formación. La investigación debe centrarse en un análisis diagnóstico del propio centro, hospital o clínica, su realidad en materia de riesgos de las diferentes especialidades, procedimientos o técnicas mayormente involucradas, los profesionales afectados, como en el análisis de los procesos involucrados en las prestaciones de salud. La difusión se refiere a comunicar al interior de la propia institución los resultados de dichas investigaciones y estudios, ya sea de casos individuales, como el conjunto de ellos, la adopción de medidas preventivas, y finalmente, la formación a través de capacitación continua”.¹⁸

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La

¹⁸ **Chomalí Garib, May.** *Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad.* Santiago : Revista Médica, 2003. Vol. 14.

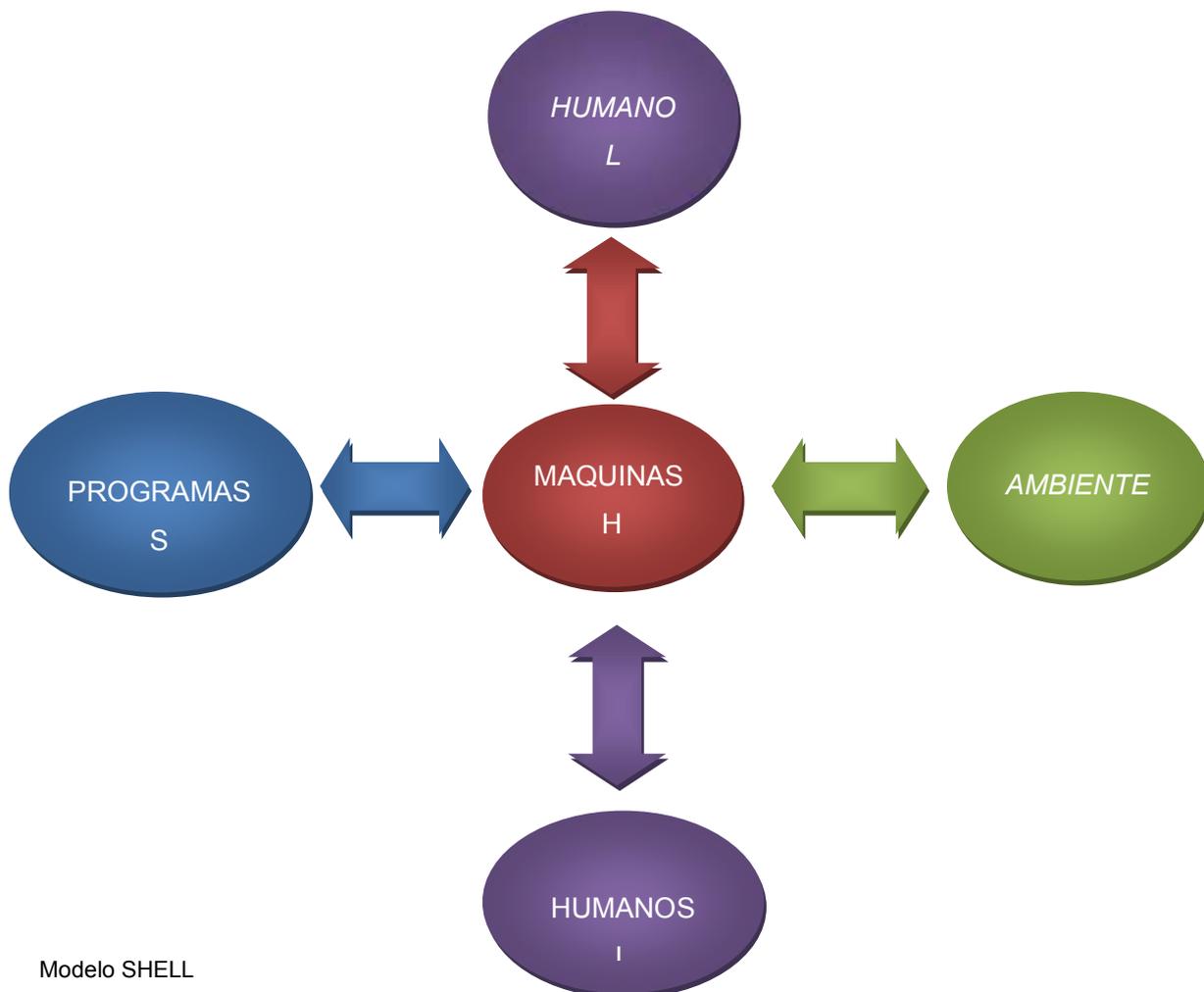
identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito se han desarrollado en todas las áreas de trabajo, aunque las que han demostrado máxima efectividad y eficiencia están en la industria aeronáutica, de la cual se presentan algunos modelos de investigación de eventos adversos y que pueden aplicarse al área de la salud y otros modelos más aplicados a esta área como son el protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos y otros como el Análisis de Modo y Efecto de Falla AMEF y metodología IBEAS. El Estudio IBEAS, proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional.

En nuestro país se han seleccionado doce instituciones distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación que permitan visualizar una idea del comportamiento del problema de los eventos adversos en Colombia.

MODELO SHELL



El nombre SHELL viene de las iniciales en inglés de:

- 🧩 **Software (S)**, procedimientos, entrenamiento, soporte, soporte lógico o procedimientos, simbología etc.
- 🧩 **Hardware (H)**, maquinas y equipos.

📌 **Environment (E)**, el medio ambiente y circunstancias operativas en las cuales se desarrolla la labor.

📌 **Liveware (L)**, hombre en el puesto de trabajo.

Desarrollado por Elwyn Edwards en 1972 y modificado por Frank Hawkins en 1975, el modelo SHELL es usado para ayudar a visualizar la interrelación entre los componentes de la actividad (humano, maquina, medio y ambiente). Este diagrama no abarca las relaciones que se producen fuera de los factores Sistema de análisis de eventos adversos humanos, siendo así una herramienta que visualiza los inconvenientes que se producen entre los humanos y los factores que intervienen en su trabajo.

Elementos en el modelo de SHELL:

1. Elemento humano (L):

Aquella persona que está al frente de la actividad, es el centro del modelo por ser considerado el componente más crítico y más flexible del sistema. Este elemento tiene las características como tamaño y forma física, necesidades físicas, información, reacción y acciones ante la información, y tolerancias ambientales que forman parte de su rendimiento. Estas características son afectadas por múltiples factores. Algunos de los más importantes son:

→Factores físicos. Capacidad física individual para desarrollar tareas requeridas (estrés, visión, audición).

→Factores fisiológicos. Factores que afectan el proceso físico interno del hombre, que pueden comprometer el rendimiento físico y cognoscitivo de la persona, (mareos, tabaco, alcohol y uso de drogas, estrés, fatiga o embarazo).

→Factores psicológicos. Factores que afectan la preparación psicológica para enfrentar diversas situaciones que pueden ocurrir durante la actividad (problemas con maquinas de anestesia, o quirófanos).

→Factores psicosociales. Factores que afectan al ser humano referente al entorno social en el que se desarrolla la actividad no laboral, (muertes o enfermedades de familiares, problemas financieros, etc.).

2. Elemento humano-equipo (L-H):

Relación entre el humano y la maquina, es la más común cuando se habla de factores humanos. Ésta interface es la que se desarrolla desde que los operarios toman asiento al frente de sus maquinas, toman los controles, los mueven y efectúan procedimientos que generan acciones y movimientos.

Desafortunadamente la persona se adapta a las eventuales no conformidades y a veces esas adaptaciones generan un accidente por no haber sido notificadas y corregidas.

3. Elemento humano-soporte lógico (L-S):

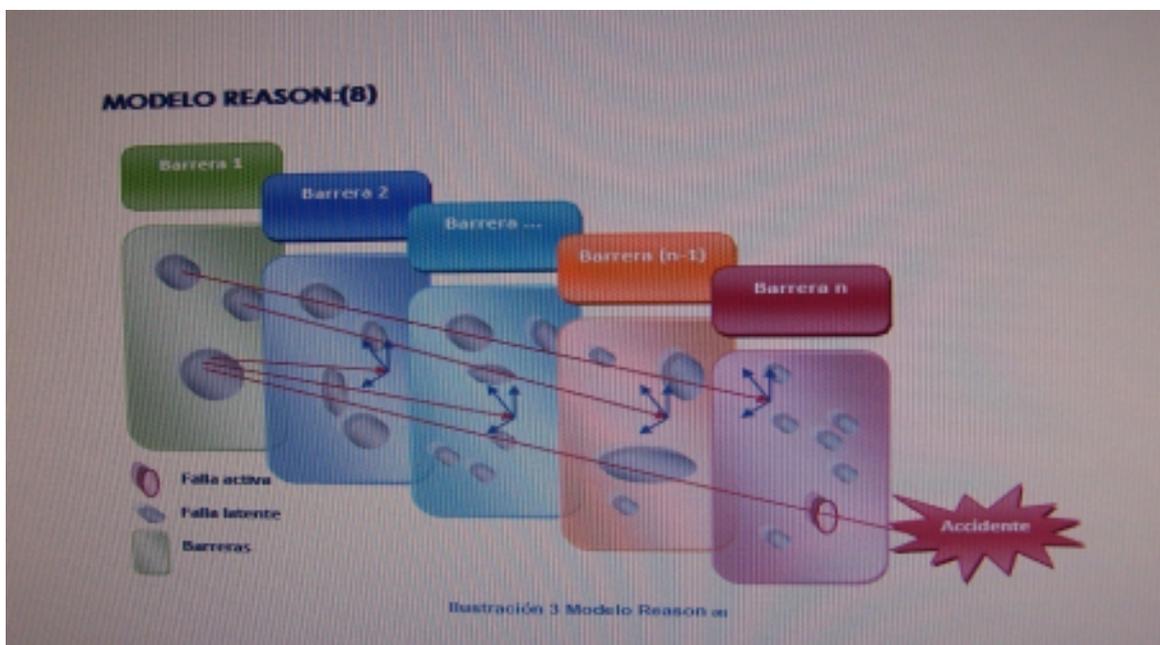
Es la relación entre el humano y todo aquello que soporta los sistemas que se encuentran en el lugar de trabajo, (manuales, regulaciones, listas de chequeo, publicaciones, etc.). Al ser los problemas menos tangibles que en la interfaz L-H, es más difícil de detectar y resolver (mala interpretación de listas de chequeo o simbología).

4. Elemento humano–ambiente (L-E):

Fue una de las primeras que se reconocieron en aviación, inicialmente tratando de adaptar al ser humano al ambiente y luego tratando de adaptar el ambiente a los requisitos del ser humano. Esta interface envuelve la relación entre el individuo y los medios ambientes externos e internos. El medio ambiente interno incluye factores físicos tales como calor, ruido, olor, iluminación, etc. El medio ambiente externo los recursos insuficientes, los procedimientos mal sistematizados, el desorden administrativo.

Elemento humano-humano (L-L). Es la relación que hay entre seres humanos que trabajan en el mismo sitio. Analiza la relación entre personas, la administración y las presiones derivadas de la actividad que pueden afectar considerablemente el comportamiento humano.

MODELO REASON



La idea fundamental del modelo Reason (Modelo del Queso Suizo o Teoría del Dominó) se basa en el hecho que en sistemas complejos existen barreras de defensa y seguridad con el objetivo de proteger frente a posibles daños a los individuos. Estas barreras mecánicas, personales u organizativas, pueden debilitarse en determinado momento, produciéndose una falla. En un sistema bien organizado las fallas latentes y activas no romperán las defensas, dando como resultado un incidente, pero si no funcionan se produce un accidente o en el contexto de salud evento adverso. Este modelo analiza los procedimientos, la vigilancia y la jerarquía para identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente, con el fin de perfeccionar sus defensas en un ciclo de mejora continua.

Elementos en el modelo Reason:

1. Falla activa:

Es aquella que ocurre generalmente en el punto de la interface humana con las complejidades del sistema y cuyos efectos son sentidos casi inmediatamente.¹⁹

2. Falla latente:

Es aquella que representa las fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los sistemas, que lleva a errores operativos y cuyos efectos típicamente se mantienen inactivos en el sistema por períodos de tiempo prolongados.²⁰

3. Barrera:

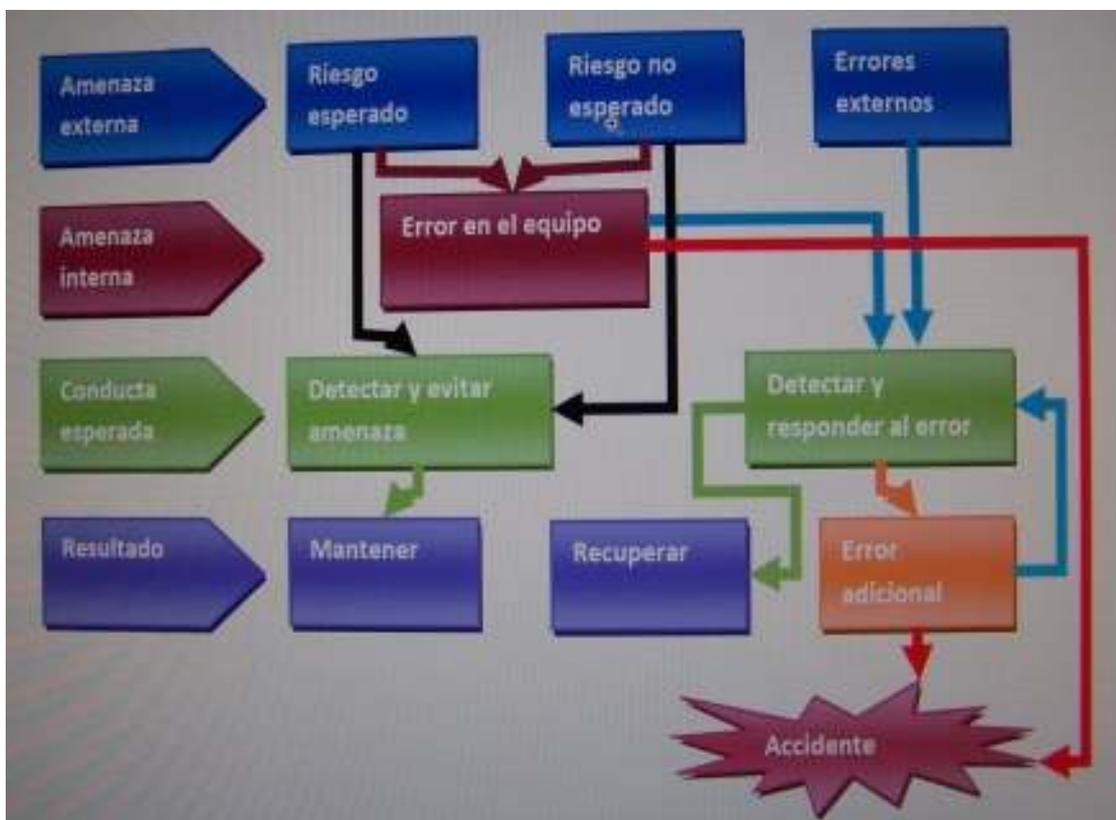
Las barreras de seguridad son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.²¹

¹⁹ Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Seguridad del Paciente. *GLOSARIO DE TÉRMINOS*. [En línea] Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. [Citado el: 23 de 02 de 2008.] 1 Página. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>.

²⁰ Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Seguridad del Paciente. *GLOSARIO DE TÉRMINOS*. [En línea] Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. [Citado el: 23 de 02 de 2008.] 1 Página. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>

²¹ Wagner, Doreen. Medwave. *Errores en el Pabellón Quirúrgico: Cambiando la Práctica Perioperatoria*. [En línea] 2007. [Citado el: 23 de 02 de 2008.] <http://www.medwave.cl/enfermeria/enfquirurgica/1/1.act>.

MANEJO DE AMENAZA Y ERROR



Es un modelo para la identificación de los factores causales en la variación del desempeño. Estas variaciones en el desempeño pueden (y frecuentemente lo hacen) producir resultados adversos inexplicados o indeseados. Para realizar dicho análisis se determinan los siguientes elementos:

→Primer nivel:

Se establece las amenazas externas que pudieron influenciar en el desarrollo de los hechos. En este nivel se determinan los riesgos esperados, riesgos no esperados y errores externos al equipo de salud.

→Segundo nivel:

Se analizan la amenaza interna, que son errores de ejecución de procedimiento, errores de comunicación, errores de competencia y decisiones operacionales que podrían aumentar el riesgo.

→Tercer nivel:

Donde se ejecutan las habilidades y se analizan las actuaciones presentadas por el individuo.

→Cuarto nivel:

Se determina la consecuencia.

ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF).

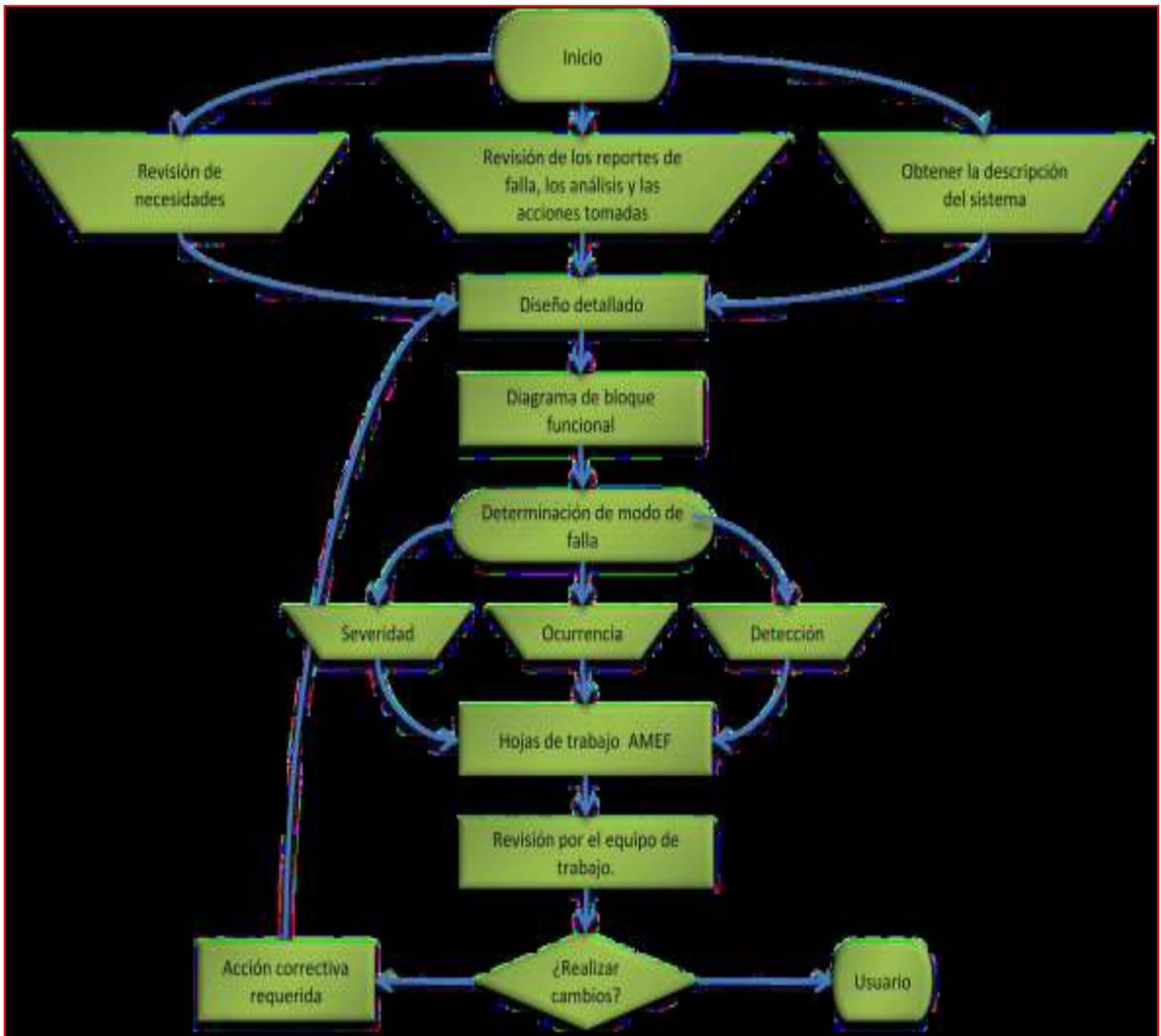
Los AMEF's fueron formalmente introducidos por los militar de EEUU a finales de los años 40's, posteriormente en los 60's fue utilizado por la industria aeroespacial, a finales de los 70's por consideraciones de seguridad y requisitos regulatorios Ford Motor Company también utilizó los AMEF's efectivamente para mejoras en la producción y en el diseño.

Es una metodología para la identificación de fallas potenciales en el diseño de un producto o proceso antes de que éstas ocurran, con el propósito de eliminarlas o de minimizar el riesgo asociado a las mismas. En otras palabras, es un método analítico estandarizado para detectar y eliminar problemas de forma sistemática y total antes que estos ocurran.²²

Por ende, cada causa potencial debe ser considerada por su efecto sobre el producto o proceso y de acuerdo al riesgo las acciones deben ser determinadas y el riesgo re-calculado después que las acciones se ha terminado.²³ Para llegar a tal fin, se debe realizar el siguiente proceso:

²² Moreno Luis, Diego Armando. Análisis del Modo y Efecto de Falla. *monografias.com*. [En línea] 11 de septiembre de 2005. [Citado el: 26 de marzo de 2008.] 1 Pantalla. <http://www.monografias.com/trabajos27/modo-falla/modo-falla.shtml#amnef>.

²³ Quality Associates International (QAI). AMEF (Análisis De Modo Y Efecto De Falla). *Quality Associates International (QAI)*. [En línea] [Citado el: 26 de marzo de 2008.] 1 Pantalla. N:\Archivos Temporales\Mao\administracion\AMEF\Quality Associates International.htm.



Fuente: Taylor-Adams, Sally y Vincent, Charles. SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS, THE LONDON PROTOCOL. The Clinical Safety Research Unit (CSRU). [En línea] 15 de 05 de 2004. [Citado el: 20 de 02 de 2008.] <http://www.csru.org.uk/downloads/SACI.pdf>.

El anterior grafico ilustra el desarrollo de AMEF, el cual se desarrolla en tres fases donde es imperativo hacer un trabajo previo para asegurar marco suficiente para realizar en el análisis.²⁴

²⁴ Quality Associates International (QAI). AMEF (Análisis De Modo Y Efecto De Falla). *Quality Associates International (QAI)*. [En línea] [Citado el: 26 de marzo de 2008.] 1 Pantalla. N:\Archivos Temporales\Mao\administracion\AMEF\Quality Associates International.htm.

→Paso 1:

Determinar todos los modos de falla con base en los requerimientos funcionales y sus efectos. Si la severidad de los efectos es de 9 o 10 (impactando aspectos de seguridad o regulatorios) las acciones deben ser consideradas para cambiar el diseño o el proceso eliminando el Modo de Falla si es posible o protegiendo al cliente de su efecto.

→Paso 2:

Describir las causas y ocurrencias para cada modo de falla. Esto es el desarrollo detallado en la sección del AMEF de proceso. Revisando el nivel de la probabilidad de ocurrencia para las severidades más altas y trabajando hacia abajo, las acciones son determinadas si la ocurrencia es alta.

→Paso 3:

Considerar pruebas, verificación del diseño y métodos de inspección. Cada combinación de los pasos 1 y 2 los cuales sean considerados como riesgo requieren un número de detección. El número de detección representa la habilidad de las pruebas e inspecciones planeadas para quitar defectos o evitar los modos de falla.

BENEFICIOS DEL AMEF:

- Mejora la calidad, confiabilidad y seguridad de los productos/servicios/maquinaria y procesos
- Mejora la imagen y competitividad de la compañía
- Mejora la satisfacción del cliente
- Reduce el tiempo y costo en el desarrollo del producto/suporte integrado al desarrollo del producto

- Documentos y acciones de seguimiento tomadas para reducir los riesgos
- Reduce las inquietudes por garantías probables
- Integración con las técnicas de diseño para manufactura y ensamble.

SISTEMA DE ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS

PROTOCOLO DE LONDRES

El objetivo del protocolo es garantizar una amplia investigación y el análisis de un incidente, yendo más allá de la habitual identificación del evento y del culpable.

El enfoque descrito no suplanta la experiencia clínica o niega la importancia de las reflexiones de los médicos sobre un incidente. Más bien el objetivo es utilizar la experiencia clínica en la máxima medida.

Este enfoque descriptivo ayuda al proceso de investigación reflexiva porque:

- Aunque a veces es fácil identificar a una determinada acción u omisión como la causa inmediata de un incidente, por lo general el análisis revela una serie de acontecimientos que condujeron al resultado adverso. La identificación de una evidente desviación de las buenas prácticas por lo general es sólo el primer paso de una investigación.
- Un enfoque estructurado y sistemático significa que la investigación abarca en gran medida lo sucedido. Esta guía puede ayudar a asegurar una investigación completa y facilitar la producción de informes oficiales cuando sea necesario.
- Una investigación coherente facilita realizar entrevistas y disminuye el miedo a represarías.
- Los métodos utilizados han sido diseñados para promover un clima de mayor apertura y para dejar de asignar culpas.

ENFOQUE "ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ"

El término "análisis de causa raíz" agrupa las herramientas de investigación y análisis que se utilizan para identificar las causas fundamentales de los incidentes. Por lo general, hay una cadena de acontecimientos y una gran variedad de factores que condujeron al incidente. El equipo de investigación tiene que determinar cuáles de estos factores tienen un mayor impacto en el incidente y, más importante aún, cuales factores pueden causar un incidente en el futuro.

El objetivo real al utilizar el incidente para reflexionar, es revelar las deficiencias en el sistema de salud. Debido a esta orientación sea llamado a este enfoque un «análisis de sistemas», que simplemente significa un amplio examen de todos los aspectos del sistema de salud en cuestión.

Haciendo hincapié en que esto, incluye las personas que participan en todo el sistema y la forma en que se comunican, interactúan, el trabajo en equipo, y trabajar juntos para crear una organización segura.

CONTEXTO DE USO

Este protocolo abarca todo el proceso de investigación, análisis y recomendaciones para la acción. En la práctica, este proceso será fijado, y quizás limitado, por el contexto local y las condiciones de uso.

Este protocolo debe ser un módulo independiente establecido en el marco de otros procedimientos para la presentación de informes de incidentes, la presentación de informes a la junta o equipo y así sucesivamente. No se prescribe sobre cómo los incidentes deben ser identificados o que debe ser investigado, ya que esto puede

variar dependiendo de las circunstancias locales y las prioridades nacionales, que varían de un país a otro.

Realizar la investigación para culpar y castigar cierra toda posibilidad de una investigación seria y cuidadosa.

MODELO CAUSAL EN LAS ORGANIZACIONES

Estudios de accidentes en la industria, el transporte y las esferas militares han llevado a una comprensión mucho más amplia de la causalidad de accidentes, concentrándose menos en el individuo que comete el error y más en la pre-existentes de factores organizativos. El enfoque del protocolo de Londres se basa en el modelo de James Reason.



El primer paso en cualquier análisis es identificar las fallas activas - inseguros actos u omisiones cometidos por los que se encuentran al final del sistema (pilotos, controladores, anestesistas, cirujanos, enfermeras, etc.), cuyas acciones pueden tener consecuencias negativas inmediatas.

El investigador considera entonces las condiciones en las que se producen errores y el más amplio contexto organizacional, que son conocidos como factores que contribuyen a ello. Estas condiciones incluyen factores como el alto volumen de trabajo y la fatiga, la insuficiencia de conocimientos, capacidad o experiencia; inadecuada supervisión o instrucción, un ambiente estresante; cambios rápidos dentro de una organización, los sistemas inadecuados de comunicación, la mala planificación y la programación; insuficiente mantenimiento de los equipos y

edificios. Estos son los factores que influyen en el desempeño del personal, y que puede precipitar errores y afectar a los resultados de los pacientes.

El protocolo de Londres amplió el modelo de Reason y lo adaptó para su uso en un establecimiento de atención médica, por tal motivo creó una clasificación de error según un marco amplio de los factores que afectan la práctica clínica.

Cualquiera sea el método de análisis, todo evento adverso, sea un evento leve o un evento adverso grave debe ser investigado. Sin embargo, el equipo puede elegir si desea ejecutar una breve reunión atendiendo las principales cuestiones o llevar a cabo una completa y detallada investigación de varias semanas, haciendo pleno uso de todas las técnicas para examinar exhaustivamente la cronología, la falla y de los factores contribuyentes. La decisión sobre el tiempo necesario dependerá de los recursos disponibles, la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje.

Hay una serie de razones para considerar que un incidente merece una investigación a fondo. En términos generales el incidente, deberá ser investigado por su gravedad para el paciente y la familia, o para el personal de la organización, o debido a su capacidad para aprender sobre el funcionamiento del departamento o de la organización. Muchos incidentes no tendrán graves repercusiones, pero que sin embargo tienen un gran potencial para el aprendizaje.

Identificación y decisión de investigar:

Algunos incidentes requieren inmediata investigación inicial, mientras que otras pueden esperar un par de horas (por ejemplo, hasta la mañana siguiente). La acción que se precisa es una decisión tomada por la persona de más antigüedad de servicio. Al decidir la forma y el momento para investigar un incidente habrá que tomar en cuenta lo que ha sucedido realmente, el estado clínico del paciente y

el estado emocional, las emociones del personal que han participado y presiones externas, como los medios de comunicación. Cada organización tiene que especificar claramente para iniciar la investigación del evento.

Selección del equipo investigador:

Expertos apropiados son esenciales para la investigación de incidentes graves. Inicialmente, un equipo de investigación debe constar de 3 ó 4 personas con un líder de la investigación. Es importante identificar a los miembros del equipo con múltiples habilidades y el suficiente tiempo para comprometerse con el proceso. Para el equipo de investigación puede ser necesario dejar de 'sus obligaciones habituales' para centrarse en el análisis y la investigación de incidentes.

Un equipo ideal para investigar un incidente grave puede incluir:

- Un experto externo en investigación de incidentes y análisis (esto puede ser un no-miembro de la junta directiva sin conocimientos médicos específicos).
- Un miembro directivo con poder de decisión (por ejemplo, director médico, coordinador de enfermería, gerente).
- Un profesional en salud con reconocida experiencia clínica (director médico o subdirector científico).
- También es valioso, un miembro de la unidad o el departamento, no involucrado directamente.

El protocolo también puede utilizarse para investigar los incidentes menos graves. En esta situación podría ser que un director de departamento u otra persona con una formación adecuada que facilitaría la investigación de incidentes y análisis.

Organización y compilación de datos:

Todos los hechos, el conocimiento físico y temas relacionados con el incidente deben ser recogidos tan pronto como sea posible. Esto puede incluir:

- Todos los registros médicos (por ejemplo, notas de enfermería, registros médicos, etc.)
- La documentación y los formularios relacionados con el incidente (por ejemplo, los protocolos y los procedimientos).
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados en el incidente.
- Pruebas físicas (por ejemplo, diseño de sala, etc.)
- Seguridad del equipo involucrado en incidente (por ejemplo, barandas en las camillas, etc.).
- La información sobre las condiciones que afectan a la actividad (por ejemplo turnos del personal, disponibilidad de personal capacitado, etc.)

Las declaraciones pueden ser una fuente de datos útil, pero sólo si se orientan a la información necesaria, de lo contrario tienden a ser sólo los resúmenes de las historias clínicas. La declaración debe incluir la secuencia y el cronología del eventos, una clara cuenta de la participación de cada persona en el caso y las dificultades que se enfrentan y los problemas (tales como defectos del equipo) que no pueden ser detalladas en el notas médicas. Algunas cuestiones, como el no tener un buen apoyo o supervisión, puede ser mejor discutirlo en las entrevistas. La información obtenida se integrará con otras fuentes de datos tales como los informes de auditoría, iniciativas de calidad, registros de mantenimiento, las notas médicas, prescripción de los gráficos, etc para tener un panorama completo de los factores que probablemente han influido en el incidente

La mejor información es recogida tan pronto el incidente se ha producido. El uso de un sistema de referencias numérica puede ayudar a referenciar la información de seguimiento.

El propósito de recolectar información en esta fase es:

- Para asegurarse que la información está disponible para su uso durante la investigación y en caso de tener que acudir a los tribunales.
- Permitir una descripción exacta del incidente, incluyendo la secuencia de acontecimientos que condujeron al incidente.
- Organizar de la información.
- Proporcionar la dirección inicial para que el equipo investigue.
- Identificar las políticas y procedimientos pertinentes.

Realización de entrevistas:

De los mejores métodos para obtener información de los funcionarios y demás personas que tuvieron relación con el incidente es a través de entrevistas. El equipo de investigación tendrá que determinar quién debe ser entrevistado y realizar las entrevistas tan pronto como sea posible.

Aunque una cantidad considerable de información puede ser obtenida de los registros escritos y de otras fuentes, las entrevistas son especialmente importantes cuando sistemáticamente explora factores contribuyentes y permite que el personal colabore eficazmente en el proceso de investigación y análisis.

También es posible, y deseable, realizar la entrevista al paciente y la familia, aunque es de vital importancia considerar si la entrevista puede causar traumas adicionales o si puede generar reclamaciones. Ellos deberán, por supuesto, ser

informados de los resultados de la investigación, pero de nuevo se debe tener cuidado en qué momento es adecuado y si se cuenta con el apoyo necesario.

Cronología del evento:

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

Identificación de las acciones inseguras:

Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. Las personas que de alguna manera participaron

en el incidente, usualmente son capaces de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas, por acción o por omisión, en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras está completa.

Identificación de factores contributivos:

El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).

Recomendaciones y plan de acción:

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables para toda la organización. Cuando se plantean, es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual/grupal/local (equipo), departamento/dirección/organización/autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera, se promueve la cultura de seguridad, ya que la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos y entiende su importancia y se apropia de el.

RESULTADOS

Se realizaron visitas a la institución objeto del estudio, E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, IPS de primer nivel de atención en salud, localizada en el municipio de Girón Santander, atendiendo usuarios del régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

Se realizó la investigación respectiva donde se solicitó información sobre la política de seguridad del paciente y lo concerniente al sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Girón en el periodo comprendido entre el primero (1) de julio de 2009 y el treinta y uno (31) de Diciembre del 2009, evidenciando que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón no cuenta con los requerimientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social con respecto al registro, notificación, vigilancia y gestión de eventos adversos según lo exige la resolución 1446 del 2006.

Se realizaron entrevistas a enfermeras jefes de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, quienes informan de la ocurrencia de eventos adversos en forma anecdótica, eventos a los cuales no se le ha realizado ningún tipo de investigación, en la Vigilancia, registro, notificación y gestión de eventos adversos. Se encuentra que dentro de la institución no existe comité de seguridad del paciente.

Se realizó investigación en el área de sistemas y se recolectaron datos donde se encontraron registros que coinciden con eventos adversos trazadores descritos en la resolución 1446 de 2006, y aunque no forma parte de la información de aprendizaje institucional, se rescata como información valiosa para el proceso investigativo, además de que se le realiza una explicación al ingeniero de sistemas encargado de esta información la importancia que esta tiene en el modelo de gestión institucional para los eventos adversos.

De los 36 eventos adversos trazadores para las IPS, descritos en la resolución 1446 de 2006, se encontró información de solo uno: reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de las 72 horas, el cual fue el único reporte arrojado por el software donde existían reportes por reconsulta antes de las 72 horas en el periodo comprendido del 1 de julio del 2009 al 31 de diciembre del 2009, los demás registros no fueron hallazgos encontrados dado el desconocimiento por parte del personal del hospital en el sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E Hospital san Juan de Dios de Girón que se deben realizar en cada uno de los servicios del hospital de primer nivel de complejidad ofrecidos a los usuarios del municipio de Girón.

Del evento trazador reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de las 72 horas, se realizó el respectivo análisis donde se tabularon la cantidad de pacientes que reconsultaron por la misma patología antes de tres días con un total de 170 pacientes comprendido en el periodo del 1 de julio de 2009 al 31 de Diciembre de 2009 y se hallaron (ver tabla 1).

Se determina que reconsultaron 93 pacientes por *fiebre de origen desconocido* en un periodo de (2.99 días).

CASOS POR EVENTO TRAZADOR

Tabla 1. Cuadro de reingreso a consulta por la misma causa antes de las 72 horas.

PATOLOGIAS	Número de pacientes	PERIODO DE RECONSULTA (Días)
Fiebre de origen desconocido	93	2,99
Asma	20	2,96
Diarrea y gastroenteritis	14	2,95
Dolor abdominal pélvico	6	2,95
Trastornos del sistema urinario	4	2, 91
Amigdalitis	4	2, 84
Cólico renal	3	2,83
Nivel anormal de enzimas séricas	3	2,82
Náuseas y vómito	3	2,75
Celulitis	3	2,48
Cefalea	3	2,47
Hemorragia del primer trimestre gestación	2	2,46
Infección viral en sitio no específico	2	2,31
Dolor abdominal	1	2,03
Otitis media no supurativa	1	1,95
Mastitis	1	1,84
EPOC	1	1,51
Otros partos asistidos	1	1,35
Dorsalgia	1	1,12
Insuficiencia cardíaca congestiva	1	1,04

Herida en hombro y brazo	1	1,02
Hiperémesis	1	0,98
Trastorno no especificado de los órganos genitales.	1	0,92
TOTAL	170	1 a 3 días

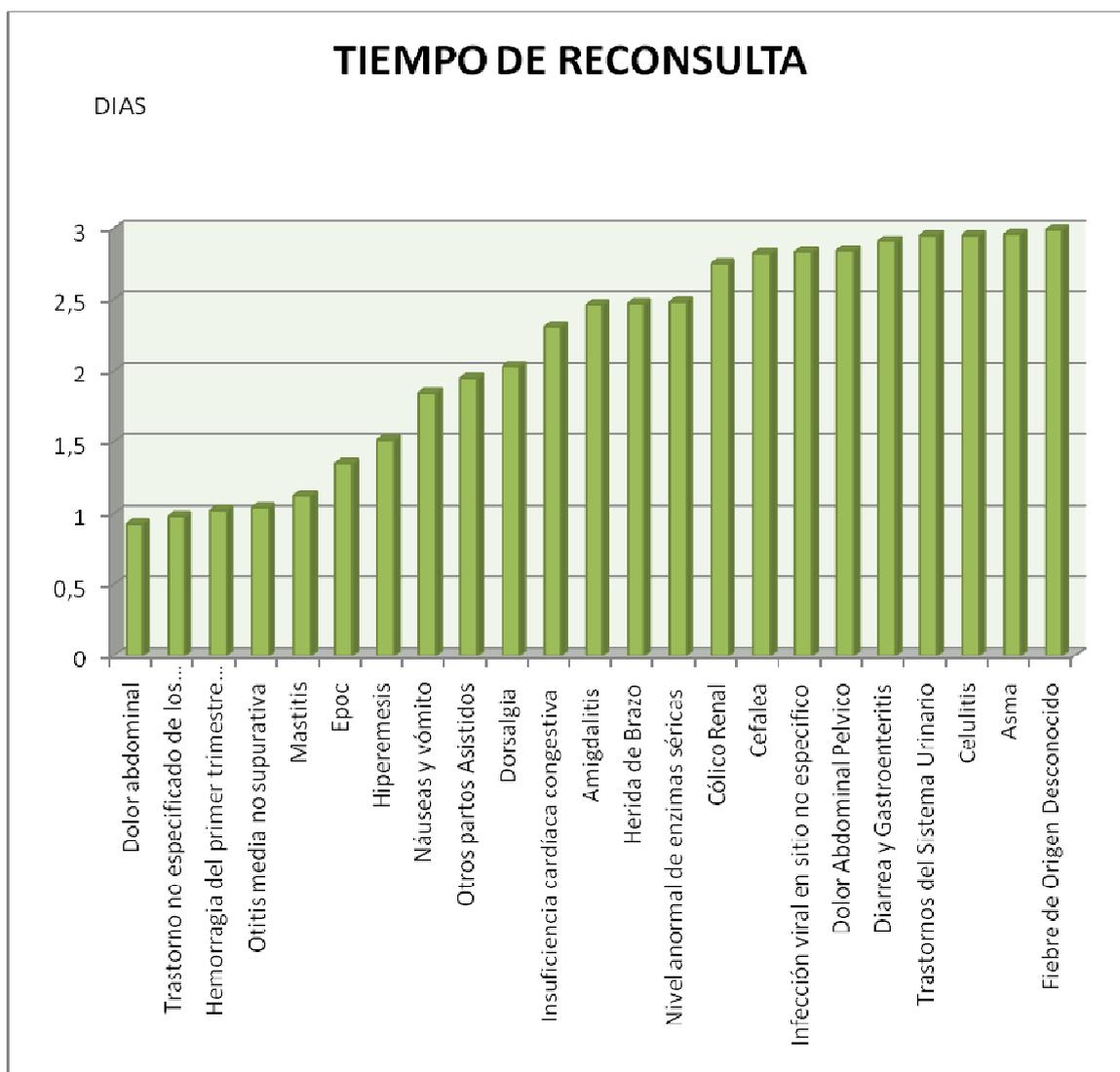
REPORTES DE REINGRESO A CONSULTA POR LA MISMA CAUSA ANTES DE LAS 72 HORAS

(Periodo 1 de junio de 2009- 31 de diciembre de 2009)

En la siguiente figura se observa que el 54.7% del total de los casos encontrados realizaron reconsulta por fiebre de origen desconocido a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón.



En la siguiente figura se presenta el tiempo maximo de reconsulta por la misma causa en las diferentes patologías presentadas en el periodo comprendido del 1 de julio de 2009 al 31 de diciembre de 2009.



PROPUESTA

Debido a la carencia de un metodo de identificacion, analisis y gestiòn de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Giròn, el equipo de trabajo propone una herramienta de trabajo al respecto, basada en los lineamientos que acerca a este tema ha emitido el Ministerio de la Proteccion Social de Colombia.

Ante la sospecha de un evento adverso, (*resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño, los cuales pueden ser prevenibles y no prevenibles*), se debe aplicar un instrumento que permita determinar si se debe o no realizar la investigacion y se sugiere el uso del siguiente formato ([Herramienta No 1](#)).

Una vez se determine la necesidad de realizar la investigación del evento adverso se debe seleccionar el equipo investigador y realizar la *Investigación de un Evento Adverso*,([Herramienta No 2](#)) con la cual se pueden identificar las acciones inseguras y los factores contributivos a la presentación del evento adverso investigado y con base a ello se daran a conocer las recomendaciones y el plan de acción correctivo y se generará el reporte extrainstitucional ([Herramienta No 3](#)) (ver Ruta de Investigación de Eventos Adversos).

RUTA DE INVESTIGACION DE EVENTOS ADVERSOS.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitò consentimiento a la Gerencia de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón para la realizaciòn del proyecto en su instituciòn, explicando la importancia de la identificaciòn, analisis y gestiòn de los eventos adversos y su repercusiòn en el mejoramiento de la calidad del servicio.

PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR
PAPELERÍA Y FOTOCOPIAS	\$ 500.000.00
SERVICIOS TELEFÓNICOS Y DE COMPUTACIÓN	\$ 450.000.00
TRANSPORTE DE LOS INVESTIGADORES	\$ 500.000.00
IMPREVISTOS	\$ 550.000.00
TOTAL	\$ 2'000.000.00

CRONOGRAMA

Se pretende realizar el proyecto en un período de seis (6) meses, iniciando en enero de 2010 y finalizando en Junio de 2010.

MES	2010																															
	DICIEMBRE 2009				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	7	8	10	12	2	4	6	10	1	2	3	4	12	15	23	24	1	2	3	4	2	3	4	5	1	2	3	4
Solicitud de aprobación del proyecto de investigación																																
Investigación bibliográfica																																
Recolección de la información teórica																																
Análisis de la información																																
Recolección de la Información E .S. E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON																																
Síntesis de la información teórica – práctica																																
Correcciones finales del trabajo final																																
Sustentación de tesis																																

CONCLUSIONES

1. Establecer la necesidad de un liderazgo desde el área Gerencial que debe comprometerse con la calidad y la seguridad a través de la participación directa, aportando recursos(económicos, técnicos, administrativos, etc) y eliminando acciones inseguras.
2. Proporcionar la adecuada sistematización de los diferentes procesos en aras de brindar seguridad a los pacientes y a los profesionales de la salud.
3. Contar con un sistema vigía que permita un seguimiento a los diferentes procesos impidiendo la presentación de eventos adversos que acarrearán acciones judiciales y perjuicios tanto a nivel financiero como administrativo.
4. Mantener actualizado al personal de la institución en pro de que conozcan a fondo los objetivos del sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Giròn.
5. Contar con la capacidad para tomar decisiones que permitan un adecuado funcionamiento de la E. S. E. Hospital San Juan de Dios de Giròn y las medidas pertinentes, que permitan la prevención de incidentes y/o errores médicos causantes de los eventos adversos.
6. Concientizar al personal de la institución sobre la seguridad y prevención en las distintas áreas de atención de los pacientes, promoviendo y mejorando la calidad de vida, el oportuno, y eficaz servicio a la comunidad en general, base fundamental de un adecuado funcionamiento de la E. S. E. Hospital San Juan de Dios de Giròn.

RECOMENDACIONES

1. Promoción de estudios de incidencia en prestadores para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud
2. Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad y constitución de la política de seguridad del paciente en E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón .
3. Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normatización en Salud.

BIBLIOGRAFIA

- Franco León, Astolfo. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Editorial Universidad del Valle. Cali. 2006.
- Gaitán-Duarte, H. Eslava-Schmalbach, J. Rodríguez-Malagon, N. Forero-Supelano, V Santofimio-Sierra, S. Altahona, H. et al. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Revista de Salud Pública · volumen 10, mayo 2008. Pag. 215-226.
- Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brenann TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery vol 133, n.º 6 June 2003.
- Gómez Córdoba, A. Espinosa, A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichán vol.6 no.1 Bogotá Jan./Dec. 2006. Pag 14-31.
- Luz Marina Alonso P. Maybelline Rojas. Evento adverso y salud pública. Salud Revista Salud Uninorte. Colombia. 2009.
- Martínez L., Francisco y Ruiz Ortega, José María. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Madrid : Díaz de Santos, 2001
- Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

- Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C. 2008.
- Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Editorial Fundación FITEC. Bogotá D.C. 2007.
- Ministerio de la Protección Social . Resolución 1446. 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Secretaría General de Sanidad. Madrid.
- Moreno Luis, Diego Armando. Análisis del Modo y Efecto de Falla. *monografias.com*. [En línea] 11 de septiembre de 2005. [Citado el: 26 de marzo de 2008.] 1 Pantalla. <http://www.monografias.com/trabajos27/modo-falla/modo-falla.shtml#amnef>.
- Reason, J. The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems . [aut. libro] *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Human Factors in Hazardous Situations* . London : Series B, Biological Sciences, 1990.
- Rey Hoyos, Mauricio Fernando. Sistema de Análisis de Eventos Adversos. Madrid. 2008
- Rosenthal J, Booth M, Flowers L, Riley T. Current state programs addressing medical errors: an análisis of mandatory reporting and other initiatives. Portland, Me: national Academy for State Health Policy, January 2001.

- Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Mexico. 2007.
- Ruelas-Barajas,E. Tena-Tamayo,C. Sánchez-González,C. Sarabia-González,O. Hernández-Gamboa,L. Mahuina Campos-Castolo E. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. Medigraphic Artemisa. *Volumen 76, No. 2, Marzo-Abril 2008*
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE. Reducción del error humano en salud. [aut. libro] Orlando Gracia Granados. *Programa Paciente Seguro "PPS"*. Bogotá : s.n., 2006

ANEXOS

ANEXO 1

EVENTOS TRAZADORES ²⁵

Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la Atención en salud.

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la Organización o de los profesionales.
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia.
4. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal.
5. Pacientes con úlceras de posición.
6. Distocia inadvertida.
7. Shock hipovolémico post – parto.
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
10. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.
12. **Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas.**
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
14. Entrega equivocada de un neonato.
15. Robo intra – institucional de niños.
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
17. Suicidio de pacientes internados.
18. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
19. Caídas desde su propia altura intra – institucional.

²⁵ Resolución 1446 de 2006.

20. *Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.*
21. *Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.*
22. *Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.*
23. *Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.*
24. *Flebitis en sitios de venopunción.*
25. *Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.*
26. *Entrega equivocada de reportes de laboratorio.*
27. *Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.*
28. *Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.*
29. *Accidentes postransfusionales.*
30. *Asalto sexual en la institución.*
31. *Neumotórax por ventilación mecánica.*
32. *Asfixia perinatal.*
33. *Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.*
34. *Secuelas post – reanimación.*
35. *Pérdida de pertenencias de usuarios.*
36. *Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.*

HERRAMIENTA No 1.

FORMATO PARA IDENTIFICAR Y GENERAR LA DECISIÓN DE INVESTIGAR EL EVENTO ADVERSO

EI SUCESO PRODUJO:

- 1. No hubo tal suceso, se trata de un falso positivo.
- 2. Alguna lesion o complicacion, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia hospitalaria, o fallecimiento.
- 3. suceso sin lesion o prolongacion de la estancia.

CAUSA DE LA LESION O COMPLICACION.

- 1. Atencion en salud.
- 2. Solamente por el proceso de la enfermedad.
- 3. NS/NR.

VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCION DEL EVENTO ADVERSO.

- 1. Ausencia de evidencia de posibilidad de prevencion.
- 2. Minima posibilidad de prevencion.
- 3. Ligera posibilidad de prevencion.
- 4. Moderada posibilidad de prevencion.
- 5. Elevada posibilidad de prevencion
- 6. Total evidencia de posibilidad de prevencion.

HERRAMIENTA No 2

INVESTIGACION DE UN EVENTO ADVERSO

Módulo A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ANTECEDENTES DE EA

A1 INFORMACIÓN DEL REVISOR

Fecha de revisión

d	d	m	m	a	a

ID del revisor:

Caso número:

A2 INFORMACIÓN

Edad

Sexo: M/F Embarazo: Si/No

Fecha de Admisión:

Fecha de Alta:

d	d	m	m	a	a	a	a

Tipo de ingreso:

Urgente

Programado

A3 NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico Principal _____

Pronóstico de la enfermedad principal: Conteste Si o No a la pregunta 3A, 3B o 3C que proceda.

<p>3A Recuperación completa al estado de salud basal del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, la recuperación completa es:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Muy Probable</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Probable</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Poco Probable</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Improbable</p>	<p>3B Recuperación con invalidez residual</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, entonces la recuperación es:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No-progresiva</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Lentamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Rápidamente</p>	<p>3C Enfermedad terminal</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, el pronóstico es:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Probablemente muera en este ingreso</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Probablemente muera en tres meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Espera sobrevivir >3 meses</p>
---	---	---

Riesgo ASA: 1 Sano 2 Enf. Leve 3 Lim. Funcional 4 Amenaza de muerte 5 Moribundo

A4 COMORBILIDADES

Por favor señale aquellas comorbilidades que presenta este paciente o sin comorbilidades no se conocen

<p>Cardio-vascular</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica (varices)</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca o arritmia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión</p> <p>Respiratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> EPOC (Enf. pulmonar obstructiva crónica)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros problemas serios pulmonares (p.e. cicatrices, Tuberculosis severas, neumonectomía) (especifique) _____</p> <p>Gastro-intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Dispepsia crónica o recurrente</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn y CU)</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración hepática crónica</p> <p>Endocrino</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones endocrinas (p.e. tiroideas, suprarrenal) (especifique) _____</p> <p>Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> ACV (accidente cerebrovascular)</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Demencia</p> <p><input type="checkbox"/> Otras alteraciones serias (p.e. EM, ENM –enfermedad neurona motora-) (especifique) _____</p> <p>Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica</p> <p>Hematológico</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Leucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Linfoma</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____</p> <p>Presencia de cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique _____</p>	<p>Desórdenes óseos/articulares</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis reumatoide severa</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoartritis severa</p> <p>Invalidez</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario de silla de ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Ciego</p> <p><input type="checkbox"/> Sordo</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para el aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____</p> <p>Psiquiatría</p> <p><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden afectivo</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____</p> <p>Psicosocial</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador</p> <p><input type="checkbox"/> Sin techo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p> <p>Infección</p> <p><input type="checkbox"/> SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Infección crónica (p.e. Hepatitis C, SAMR) (especifique) _____</p> <p>Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Múltiples traumas (accidentes de tráfico)</p> <p>Estado nutricional</p> <p><input type="checkbox"/> Obeso</p> <p><input type="checkbox"/> Caquético</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____</p> <p>Otras comorbilidades</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique _____</p> <p>Alergias (medicamentos, látex,...)</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique _____</p>
--	--

A5 SERVICIO DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE.

- Urgencias
- Hospitalización
- CAMI
- Consulta Externa

Laboratorio Clínico.

Unidad de Rayos X

Otro

Cual _____

Indice Charlson:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A6 IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO

Fecha

a) DESCRIBA EL SUCESO _____

b) EL SUCESO PRODUJO:

- 1 No hubo tal suceso. Se trata de un falso positivo de la Guía de Cribado
- 2 Alguna lesión, invalidez en el momento del alta y / o prolongación de la estancia en el hospital (o readmisión o tratamiento en consultas externas) o fallecimiento
- 3 Suceso sin lesión o prolongación de la estancia (p.e. caída del enfermo sin consecuencias).
Especifique: _____

c) CAUSA DE LA LESIÓN

La lesión fue debida a:

- 1 Asistencia sanitaria
- 2 Solamente por el proceso de la enfermedad
- 3 NS/NC

Después de considerar los detalles clínicos del manejo del paciente, *independientemente de la posibilidad de prevención*, ¿cómo de seguro está de que **LA ASISTENCIA SANITARIA ES LA CAUSANTE DE LA LESIÓN?**

- 1 Ausencia de evidencia de que el efecto adverso se deba al manejo del paciente.
La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay EA, entonces parar)
- 2 Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 3 Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 4 Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 5 Es muy probable de que el manejo fuera la causa
- 6 Total evidencia de que el manejo fuera la causa del efecto adverso

Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (pregunta A6, apartado b = 1) no hay EA.

Si se ha producido un incidente (pregunta A6 apartado b = 3) pasar directamente al módulo E.

Si la lesión se ha debido sólo al proceso de la enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la lesión o complicación (pregunta A6 apartado c) no hay EA.

A7 RESUMEN EA

Marque el EA según proceda (sólo marque una casilla)

Relacionados con los cuidados

- 1 Úlcera por presión
- 2 Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)
- 3 EAP e Insuficiencia respiratoria
- 4 Otras consecuencias de la inmovilización prolongada
- 9 Otros _____

Relacionados con la medicación

- 10 Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
- 11 Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos
- 12 Otros efectos secundarios de fármacos
- 13 Mal control de la glucemia
- 14 Hemorragia por anticoagulación
- 15 Agravamiento de la función renal
- 16 Hemorragia digestiva alta
- 17 Retraso en el tratamiento
- 18 Insuficiencia cardíaca y shock
- 19 IAM, AVC, TEP
- 20 Neutropenia
- 21 Alteraciones neurológicas por fármacos
- 22 Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos
- 23 Hipotensión por fármacos
- 24 Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor
- 25 Desequilibrio de electrolitos
- 26 Cefalea por fármacos
- 27 Tratamiento médico ineficaz
- 28 Reacciones adversas a agentes anestésicos
- 39 Otros _____

Relacionados con Infección nosocomial

- 40 Infección de herida quirúrgica
- 41 ITU nosocomial
- 42 Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar
- 43 Sepsis y shock séptico
- 44 Neumonía nosocomial
- 45 Bacteriemia asociada a dispositivo
- 49 Otros _____

Relacionados con un procedimiento

- 50 Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento
- 51 Lesión en un órgano durante un procedimiento
- 52 Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento
- 53 Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta
- 54 Desgarro uterino
- 55 Neumotórax
- 56 Suspensión de la IQ
- 57 Retención urinaria
- 58 Eventración o evisceración
- 59 Deshiciencia de suturas
- 60 Hematuria
- 61 Complicaciones locales por radioterapia
- 62 Seroma
- 63 Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica
- 64 Complicaciones neonatales por parto
- 65 Flebitis
- 79 Otros _____

Relacionados con el diagnóstico

- 80 Retraso en el diagnóstico
- 81 Error diagnóstico
- 89 Otros _____

Otros

- 90 Pendiente de especificar
- 99 Otros _____

En este contexto clínico, indique la probabilidad de que ocurriera el Efecto Adverso:

- 1 Muy poco probable
- 2 Poco probable
- 3 Probable
- 4 Bastante probable

Especifique las circunstancias relacionadas con el principal problema en la asistencia.

Señale el único ítem que pueda aplicarse al problema principal.

Esto identificará el apartado del módulo C que deberá completar

- C0. Cuidados antes de la admisión (incluye atención en urgencias, atención primaria, otro hospital u otro servicio)
- C1. Cuidados en el momento de la admisión a planta (incluye valoración preoperatoria y valoración en urgencias antes de la valoración completa)
- C2. Cuidados durante un procedimiento (incluye cirugía y anestesia)
- C3. Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, Reanimación o C. Intensivos
- C4. Cuidados en sala (después de la operación; o después de la valoración completa e inicio de la asistencia médica)
- C5. Valoración al final de la admisión y cuidados al alta.

¿Hubo un error en el manejo del EA?

Sí No No está claro

Si es así, descríballo:

A8 ADECUACIÓN DE LOS INFORMES PARA JUZGAR EL EA

¿La Historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el EA?

- 1 No, la información es inadecuada
- 2 No, la información es poco adecuada
- 3 Sí, la información es adecuada
- 4 Sí, la información es muy adecuada

B1 INVALIDEZ CAUSADA POR EL EA

Describe el impacto del EA en el paciente (p.e. aumento del dolor y del sufrimiento durante x días, retraso en la recuperación de la enfermedad primaria; al paciente no se le ha proporcionado una asistencia y apoyo adecuados; contribuyó o causó la muerte del paciente)

Valoración del grado de invalidez

Deterioro físico

- 0 Ninguna incapacidad (considerándose EA si se prolongó la estancia en el hospital)
- 1 Leve incapacidad social
- 2 Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral
- 3 Severa incapacidad laboral
- 4 Incapacidad laboral absoluta
- 5 Incapacidad para deambular salvo con ayuda de otros
- 6 Encamado
- 7 Inconsciente
- 8 Fallecimiento (especifique la relación con el EA)
 - 8.1 No existe relación entre el EA y el fallecimiento
 - 8.2 El EA está relacionado con el fallecimiento
 - 8.3 El EA causó el fallecimiento
- 9 No se puede juzgar razonablemente

Dolor:

- 0 Sin dolor
- 1 Dolor leve
- 2 Dolor moderado
- 3 Dolor severo

Trauma emocional

- 0 Sin trauma emocional
- 1 Mínimo trauma emocional y / o recuperación en 1 mes
- 2 Moderado trauma, recuperación entre 1 a 6 meses
- 3 Moderado trauma, recuperación entre 6 meses a 1 año
- 4 Trauma severo con efecto mayor a 1 año
- 5 No se puede juzgar razonablemente

B2 REPERCUSIÓN DE LOS EA EN LA HOSPITALIZACIÓN

¿Parte de la hospitalización, o toda, se debió al EA? (incluido el traslado a otro hospital)

- 1 No aumentó la estancia
- 2 Parte de la estancia
- 3 Causó un reingreso (la estancia siguiente por completo o la hospitalización que está siendo estudiada fue provocada por un EA previo)

Estime los días adicionales que el paciente permaneció en el hospital debido al EA: ____ días

De ellos, ¿cuántos días permaneció en la UCI? ____ días

B3 TRATAMIENTO ADICIONAL COMO RESULTADO DEL EA

¿El paciente precisó pruebas diagnósticas adicionales?

Si es así, especificar.

Sí No

¿El paciente precisó *tratamiento* adicional? (medicación, rehabilitación, cirugía,...)

Si es así, especificar.

Sí No

B4 GRAVEDAD DEL EA

De acuerdo con la información anterior ¿cuál fue la gravedad del EA?

- 1 Leve. Aquel que ocasiona lesión sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- 2 Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia al menos de 1 día de duración.
- 3 Grave. Aquel que ocasiona fallecimiento o incapacidad al alta o que requirió intervención quirúrgica.

Modulo C: PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL CUAL OCURRIÓ EL EA

C0 EA PREVIO A LA ADMISIÓN

(Incluyendo la atención en Urgencias, Atención Primaria, otros servicios u otros hospitales)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias
- 2. En Atención Primaria
- 3. En Consultas externas de atención especializada
- 4. En el mismo servicio en una atención previa
- 5. En otro servicio del hospital
- 6. En otro hospital o área

El responsable de los cuidados iniciales fue:

- 1. Facultativo especialista
- 2. Residente –MIR-
- 3. Personal de enfermería
- 4. Otro (especifique) _____

Si el

principal problema fue el cuidado del paciente, se debió a:

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1. Un fallo en los cuidados médicos
- 2. Un fallo en los cuidados de enfermería
- 3. Otros (especifique) _____

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal en esta fase de la asistencia?

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1. Fracaso para establecer el diagnóstico principal → D1
- 2. Valoración General → D2
(p.e. Fallo al realizar una valoración satisfactoria del estado general del paciente incluyendo pruebas diagnósticas oportunas. No hay evidencia que se haya hecho una valoración por sistemas como del sistema cardio-respiratorio)
- 3. Manejo / monitorización incluyendo cuidados de enfermería o de auxiliar. → D3
(p.e. No actuar tras conocer los resultados de un test u otros hallazgos; Fallo en la puesta en marcha de una monitorización; Fallo en proporcionar cuidados profilácticos; Fallo en proporcionar cuidados intensivos o de alta dependencia)
- 4. Relacionado con infección nosocomial → D4
- 5. Problemas técnicos relacionados con un procedimiento → D5
(incluyendo procedimientos inapropiados / innecesarios, p.e. sonda vesical)
- 6. Fallo en dar la medicación correcta / mantener la hidratación / electrolitos / sangre → D6
(incluyendo fracaso para proporcionar medicación profiláctica p. e. anticoagulantes / antibióticos)
- 7. Reanimación → D7
- 8. Otros (p.e. caídas) Especifique _____

¿Conoce los factores de riesgo extrínseco presentes en el momento del EA? Sí No

Si es así, indique las opciones que crea oportunas

- 1 Sonda urinaria abierta
- 2 Sonda urinaria cerrada
- 8 Catéter umbilical (en arteria)
- 9 Nutrición parenteral

- 3 Catéter venoso periférico
- 4 Catéter arterial
- 5 Catéter central de inserción periférica
- 6 Catéter venoso central
- 7 Catéter umbilical (en vena)
- 10 Nutrición enteral
- 11 Sonda Nasogástrica
- 12 Traqueostomía
- 13 Ventilación mecánica
- 14 Terapia inmunosupresora

C1 EA RELACIONADO CON LOS CUIDADOS EN EL MOMENTO DE ADMISIÓN A LA PLANTA
(Incluyendo la valoración PREOPERATORIA)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias, antes de la admisión a planta
- 2. Durante la valoración inicial en planta
- 3. Durante la valoración preoperatoria
- 4. Durante la hospitalización

El responsable de los cuidados iniciales fue:

- 1. Médico de Urgencias
- 2. Residente –MIR-
- 3. Facultativo especialista
- 4. Personal de enfermería
- 5. Otro (especifique) _____

En los pacientes que requerían cirugía, el responsable de la valoración preoperatoria fue:

- 1. El mismo médico que hizo la valoración inicial en planta
- 2. El facultativo especialista (anestesia o cirugía)
- 3. Residente –MIR- (anestesia o cirugía)

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal en esta fase de la asistencia?
(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1. Fracaso para establecer el diagnóstico principal → D1
- 2. Valoración General → D2
(p.e. Fallo al realizar una valoración satisfactoria del estado general del paciente incluyendo pruebas diagnósticas oportunas. No hay evidencia que se haya hecho una valoración por sistemas como del sistema cardio-respiratorio)
- 3. Manejo / monitorización incluyendo cuidados de enfermería o de auxiliar. → D3
(p.e. No actuar tras conocer los resultados de un test u otros hallazgos; Fallo en la puesta en marcha de una monitorización; Fallo en proporcionar cuidados profilácticos; Fallo en proporcionar cuidados intensivos o de alta dependencia)
- 4. Relacionado con infección nosocomial → D4
- 5. Problemas técnicos relacionados con un procedimiento → D5
(incluyendo procedimientos inapropiados / innecesarios, p.e. sonda vesical)
- 6. Fallo en dar la medicación correcta / mantener la hidratación / electrolitos / sangre → D6
(incluyendo fracaso para proporcionar medicación profiláctica p. e. anticoagulantes / antibióticos)
- 7. Reanimación → D7
- 8. Otros (p.e. caídas) Especifique _____

C2 PROCEDIMIENTO RELACIONADO CON EL PROBLEMA PRINCIPAL (incluyendo operaciones quirúrgicas, anestesia, manipulación de fracturas, procedimientos invasivos, endoscópicos, radiológicos)

¿Cuál de los siguientes procedimientos se relacionó con el EA?

- 1 Administración de anestesia (especifique el tipo; p.e. inhalatoria, local, epidural) _____
- 2 Intervención quirúrgica
- 3 Manipulación de fractura
- 4 Procedimiento endoscópico
- 5 Biopsia (incluyendo PAAF)
- 6 Cateterismo vascular
- 7 Radiología intervencionista
- 8 Toma de vía intravenosa
- 9 Cateterismo vesical
- 10 Drenaje de fluidos de cavidades corporales
- 11 Drenaje torácico por neumotorax
- 12 Punción lumbar
- 13 Administración de medicamentos no orales
- 14 Colocación de sonda naso-gástrica (naso-entérica)
- 15 Otros procedimientos (especifique) _____

¿Cuándo fue realizado el procedimiento o la administración de la anestesia?

Fecha _____ Hora aproximada _____

El procedimiento fue 1 Urgente 2 Electivo

¿Quién llevó a cabo el procedimiento o anestesia?

- 1. Especialista
- 2. Residente
- 3. Personal de enfermería
- 4. Otro (especifique) _____

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal que causó el EA?

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Diagnóstico → D1
- 2 Valoración General (incluyendo valoración preoperatoria) → D2
- 3 Manejo / monitorización incluyendo cuidados de enfermería o de auxiliar, → D3
- 4 Infección relacionada con el procedimiento → D4
- 5 Problemas técnicos relacionados con un procedimiento → D5
(p.e. intubación; fallo del equipamiento; supervisión durante el procedimiento)
- 6 Fármacos (incluyendo agentes anestésicos) / fluidos / sangre → D6
- 7 Reanimación → D7
- 8 Otros (especifique) _____

C4 PRINCIPAL PROBLEMA RELACIONADO CON LA ASISTENCIA EN SALA
(Incluyendo errores en el manejo clínico)

Si el principal problema fue el cuidado en planta, se debió a:

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Un fallo en los cuidados médicos
- 2 Un fallo en los cuidados de enfermería
- 3 Otros (especifique) _____

Describe el problema principal:

¿Quién fue el responsable de los cuidados posteriores al procedimiento, en reanimación o en la unidad de cuidados intensivos?

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente –MIR-
- 3 Personal de enfermería
- 4 Otro (especifique) _____

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal?

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Diagnóstico → D1
- 2 Valoración General → D2
- 3 Manejo / monitorización incluyendo cuidados de enfermería o de auxiliar. → D3
- 4 Relacionado con infección nosocomial → D4
- 5 Problemas técnicos relacionados con el procedimiento → D5
- 6 Fármacos / fluidos / sangre → D6
- 7 Reanimación tras parada cardio-respiratoria → D7
- 8 Otros (especifique) _____

C5 FALLO EN EL ASESORAMIENTO ADECUADO EN EL MOMENTO DEL ALTA

¿Qué médico fue directamente responsable del asesoramiento del paciente antes del alta?

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente -MIR-
- 3 Otro (especifique) _____

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal?

(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Diagnóstico → D1
- 2 Valoración General → D2
- 3 Manejo / monitorización incluyendo cuidados de enfermería o de auxiliar. → D3
(p.e. Condición clínica no bien controlada; Paciente no suficientemente recuperado para ser dado de alta, fracaso en informar al paciente acerca de su enfermedad, fallo en comunicarse adecuadamente con los servicios comunitarios como servicios sociales o el médico de cabecera)
- 4 Relacionado con infección nosocomial → D4
- 5 Problemas técnicos relacionados con el procedimiento → D5
- 6 Fármacos (medicación no adecuada) / fluidos / sangre → D6
- 7 Reanimación → D7
- 8 Otros (especifique) _____

Módulo D: PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL PROCESO DE LA ASISTENCIA

D1 EA RELACIONADO A UN ERROR DIAGNÓSTICO O EN LA VALORACIÓN

¿Ocurrió el EA por un error en el diagnóstico? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿Ocurrió el EA por un retraso en el diagnóstico? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la duración del retraso?

La persona responsable de la valoración diagnóstica fue:

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente -MIR-
- 3 Otro (especifique) _____

Factores contribuyentes al error diagnóstico (señale todas las que crea oportunas).

- 1 Fallo para realizar una adecuada historia y /o realizar un examen físico satisfactorio
- 2 Fallo o retraso en utilizar las pruebas pertinentes.
- 3 La prueba se realizó incorrectamente
- 4 La prueba se informó incorrectamente
- 5 Fallo o retraso en recibir el informe
- 6 Fallo o retraso en actuar tras conocer los resultados de las pruebas o exploraciones
- 7 Fallo en sacar conclusiones razonables / sensatas o hacer un diagnóstico diferencial
- 8 Fallo o retraso para obtener una opinión de experto de:
- 9 Opinión experta incorrecta
- 10 Otros (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 El grado de vulnerabilidad del paciente no fue reconocido
- 4 Otros (especifique) _____

D2 EA POR FALLO EN LA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

La persona responsable de la valoración fue:

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente –MIR–
- 3 Otro (especifique) _____

¿En qué aspecto fue inadecuada la valoración general?

- 1 Fallo a la hora de tomar una historia clínica detallada
- 2 Fallo para realizar un examen físico minucioso
- 3 Fallo a la hora de tener en cuenta las comorbilidades
- 4 Fallo a la hora de monitorizar adecuadamente
- 5 Fallo a la hora de anotar
- 6 Fallo a la hora de comunicar al resto del equipo (clínico y multidisciplinario)
- 7 Fallo a la hora de valorar las pruebas complementarias
- 8 Fallo a la hora de hacer la valoración del riesgo ASA
- 9 Otro (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 El grado de vulnerabilidad del paciente no fue reconocido
- 4 Otros (especifique) _____

D3 EA DERIVADO DE UN FALLO EN LA SUPERVISIÓN / ASISTENCIA CLÍNICA (incl. ORGANIZACIÓN DEL ALTA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA / AUXILIAR)

¿Ocurrió el EA por problemas en la monitorización / observación del paciente? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿Ocurrió el EA por fallo en el manejo general del paciente (actuación basada en observaciones)? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué problema hubo en el manejo?

¿Ocurrió el EA por una falta de estabilización del paciente antes de su derivación a otras áreas? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

Indique si el paciente estaba en:

- 1 Postoperatorio (incluyendo postparto, postmanipulación de fractura)
- 2 Recibiendo un tratamiento médico (no-quirúrgico)
- 3 Recibiendo rehabilitación
- 4 Otro (especifique) _____

La persona responsable de los cuidados del paciente fue:

- 1 DUE
- 2 Auxiliar
- 3 Otro (especifique) _____

La monitorización / manejo inadecuado se debió a un fallo en la detección de:

- 1 Signos vitales anómalos (incluyendo el estado neurológico)
- 2 Problemas con fluidos / electrolitos (incluyendo la función renal)
- 3 Efectos secundarios de la medicación
- 4 Alteración cardio-pulmonar
- 5 Escaras y úlceras por presión
- 6 Movilización adecuada
- 7 Infección
- 8 Curación enlentecida (p.e. verificación de la función intestinal después de una intervención abdominal; cuidados de la herida/ lugar de inserción del catéter)
- 9 Cambios de las condiciones generales del paciente (p.e. el paciente desarrolla una condición médica como una insuficiencia cardíaca congestiva)
- 10 Otros (especifique) _____

D3. (Cont.)

¿En qué aspectos fue poco satisfactorio el manejo clínico?

- 1 Fallo a la hora de anotar las observaciones de rutina p.e. gráficas de T^º, PA, valoración neurológica, balance de fluidos (compruebe si las gráficas están completas)
 - 2 Retraso en la anotación de resultados de laboratorio/otras pruebas
 - 3 No se fue consciente de la importancia de los resultados de laboratorio/otras pruebas
 - 4 Fallo en la actuación adecuada según los resultados de laboratorio/otras pruebas
 - 5 Falta de anotación en la historia clínica
 - 6 Paso de guardia/turno inadecuado
 - 7 Falta de coordinación con resto del personal
 - 8 Fuera del horario habitual: cobertura/forma de trabajar inadecuada
 - 9 Fallo a la hora de aplicar guías / protocolos (por no estar disponibles o porque no se siguieron las recomendaciones que en ellos se hace) (especifique) _____
 - 10 Clara evidencia de falta de reconocimiento del deterioro
 - 11 Se reconoció el deterioro pero no se proporcionaron los cuidados adicionales (especifique los cuidados indicados) _____
- Fallo a la hora de pedir ayuda:
- 12 Ayuda médica
 - 13 Ayuda de enfermería
 - 14 Ayuda de auxiliar
 - 15 Otro (especifique) _____

¿Hubo algún fallo en el proceso de alta?

Sí No

En caso afirmativo, indique cual de los siguientes supuestos es aplicable a este paciente y dé detalles

- 1 Fallo a la hora de proporcionar información al paciente, incluyendo el uso de protocolos (p.e. para asma, diabetes, postinfarto de miocardio) _____
- 2 Fallo a la hora de proporcionar evidencia de que el estado del paciente al alta era el adecuado para cuidados a domicilio (p.e. plan de cuidados) _____
- 3 Fallo de coordinar adecuadamente los cuidados comunitarios (p.e. médico de cabecera, enfermera de zona, trabajador social) _____
- 4 Otros (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 El grado de vulnerabilidad del paciente no fue reconocido
- 4 Otros (especifique) _____

D4 EA RELACIONADOS CON UN FALLO EN LA PREVENCIÓN / CONTROL DE LA INFECCIÓN

¿Con qué se relacionó el lugar de la infección /la infección en sí?

- 1 Herida quirúrgica
- 2 Procedimiento interno invasivo
- 3 Tracto urinario
- 4 Tracto respiratorio
- 5 Sangre
- 6 Otro (especifique) _____

¿Cuál fue la naturaleza de la infección?

- 1. Herida contaminada
Efecto secundario a fármacos (especifique el tipo):
- 2. Inducido por antibióticos (C. Difficile)
- 3. Infección por hongos
- 4. Fármacos inmunosupresores
- 5. Otros (especifique) _____
- Infección cruzada (especifique el tipo):
- 6. SAMR (describa) _____
- 7. Salmonella
- 8. Otro (especifique) _____
- Cuerpo extraño (especifique el tipo):
- 9. Sonda urinaria
- 10. Catéter intravenoso
- 11. Gasas
- 12. Tubo de drenaje
- 13. Shunt / derivación
- 14. Otro (especifique) _____
- Estasis (especifique el tipo):
- 15. Obstrucción respiratoria
- 16. Retención urinaria
- 17. Otro (especifique) _____
- 18. Otro (especifique) _____

La persona responsable de la prevención / control de la infección fue:

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente -MIR-
- 3 Otro (especifique) _____

¿Cuáles fueron los errores a la hora de manejar el EA debido a la infección? Detállelo.

- 1 Fallo para drenar la pus o quitar el material necrótico _____
- 2 Fallo para dar tratamiento antibiótico adecuado (incluyendo la sobreutilización) _____
- 3 Fallo en dar la fisioterapia adecuada (p.e. torácica) _____
- 4 Fallo en los cuidados de mantenimiento de catéteres / vías / drenajes / heridas _____
- 5 Otros (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 Falta de minimización de riesgo en un paciente vulnerable
- 4 Otros (especifique) _____

D5 EA DIRECTAMENTE RELACIONADO CON UN PROBLEMA QUIRÚRGICO O UN PROCEDIMIENTO

El procedimiento se realizó en:

- 1 En la sala
- 2 En el quirófano
- 3 En otro lugar (p.e. radiología; especifique) _____

La persona responsable de realizar el procedimiento fue:

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente –MIR-
- 3 Otro (especifique) _____

De las siguientes opciones, elija la que mejor describa la naturaleza del EA (dé detalles cuando sea po

- 1 Retraso evitable hasta el inicio del procedimiento _____
- 2 Procedimiento inadecuado – especifique la alternativa _____
- 3 Preparación inadecuada antes del procedimiento (especifique) _____
- Incidente en la anestesia
- 4 Intubación (especifique) _____
- 5 Agente anestésico _____
- 6 Fallo del equipamiento _____
- 7 Monitorización durante el procedimiento (p.e. oxigenación, CO₂, presión vía aérea) _____
- 8 Otros (especifique) _____
- Incidente en la intervención /procedimiento
- 9 Dificultad en la delimitación anatómica _____
- 10 Daño inadvertido en un órgano (especifique) _____
- 11 Sangrado (especifique, p.e. pérdida de ligadura; punción de un vaso) _____
- 12 Perforación (especifique la naturaleza) _____
- 13 Rotura anastomótica (especifique los factores contribuyentes) _____
- 14 Problema en la herida (p.e. dehiscencia), (especifique) _____
- 15 Ubicación de la prótesis _____
- 16 Fallo en el equipamiento (p.e. uso inadecuado, mal uso, fallo, especifique) _____
- 17 Otros (especifique) _____
- 18 Monitorización inadecuada durante el procedimiento (especifique) _____
- Relacionado con infección de:
- 19 Herida (incluyendo celulitis en el trayecto) _____
- 20 Infección interna (p.e. absceso, especifique) _____
- 21 Otros (p.e. colangitis, especifique) _____
- 22 Relacionado con los drenajes _____
- 23 Otros, incluyendo resultados ineficaces (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 No se reconoció el grado de vulnerabilidad del paciente
- 4 Otros (especifique) _____

¿Cuánto fue el tiempo quirúrgico EXTRA como resultado del EA? _____ minutos
(se refiere a la misma intervención)

¿Cuánto fue el tiempo quirúrgico adicional como resultado del EA? _____ minutos
(se refiere a intervenciones sucesivas adicionales)

¿Cuánto fue el tiempo de hospitalización adicional como resultado del EA? _____ días

D6 EA RELACIONADO CON LA PRESCRIPCIÓN , ADMINISTRACIÓN O MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS O FLUIDOS (incluyendo SANGRE)

¿Hubo error en la *prescripción / preparación* de medicación, fluidos o sangre? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿Hubo algún error en la *administración* de medicación, fluidos o sangre? Sí No
(p.e. dosis demasiado alta, lugar incorrecto, hematoma)

En caso afirmativo, dé detalles

¿Hubo algún fallo en la *monitorización* de la acción del medicamento, de su toxicidad o del balance de fluidos?

Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿Cómo se administró el medicamento / fluido?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Intravenoso | <input type="checkbox"/> 4 oral | <input type="checkbox"/> 7 tópico |
| <input type="checkbox"/> 2 Intra-muscular | <input type="checkbox"/> 5 sublingual | <input type="checkbox"/> 8 rectal |
| <input type="checkbox"/> 3 Subcutáneo | <input type="checkbox"/> 6 intratecal | <input type="checkbox"/> 9 Otro (especifique) _____ |

¿Qué medicamento fue?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 antibiótico | <input type="checkbox"/> 7 sedante o hipnótico | <input type="checkbox"/> 13 potasio |
| <input type="checkbox"/> 2 antineoplásico | <input type="checkbox"/> 8 medicación de úlcera péptica | <input type="checkbox"/> 14 AINE's |
| <input type="checkbox"/> 3 antiepiléptico | <input type="checkbox"/> 9 antihipertensivo | <input type="checkbox"/> 15 Narcóticos (p.e. morfina/petidina) |
| <input type="checkbox"/> 4 antidiabético | <input type="checkbox"/> 10 antidepresivo | <input type="checkbox"/> 16 Diuréticos |
| <input type="checkbox"/> 5 cardiovascular | <input type="checkbox"/> 11 antipsicótico | <input type="checkbox"/> 17 Otros (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 antiasmático | <input type="checkbox"/> 12 anticoagulante | |

Nombre del fármaco _____

¿Cuál fue la naturaleza del daño relacionado con el fármaco?

- 1 Fármaco menos efectivo que lo esperado (p.e. por un retraso en el tratamiento, dosis demasiado baja)
- 2 Efectos secundarios del fármaco (especifique) _____
- 3 Efecto de altas dosis para este paciente en estas circunstancias
- 4 Reacción idiosincrásica (alérgica)
- 5 Interacción entre fármacos
- 6 Otros (especifique) _____

La persona responsable del manejo del régimen terapéutico fue:

- 1 Facultativo especialista
- 2 Residente -MIR-
- 3 Otro (especifique) _____

¿Podría un médico, utilizando un juicio clínico razonable, prescribir el fármaco, incluso sabiendo de antemano que este EA pudiera ocurrir?

Sí No

D6. (Cont.)

¿Cuál fue la causa de la lesión relacionada con el fármaco?

- 1 Ninguna causa subyacente (aparte de la propia reacción del paciente)
- 2 Retraso en la prescripción (especifique) _____
- 3 Retraso en la administración (después de la prescripción) _____
- 4 Error en la prescripción del fármaco (especifique) _____
- 5 Fármaco correcto pero dosis/duración del tratamiento equivocada _____
- 6 Fármaco correcto pero vía de administración equivocada (especifique) _____
- 7 Error en la administración (describa) _____
- 8 Monitorización inadecuada (describa) _____
- 9 Otros (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada
- 3 No se reconoció el grado de vulnerabilidad del paciente
- 4 Otros (especifique)

D7 EA RESULTADO DE UN PROCESO DE REANIMACIÓN

¿Cuál fue la condición que llevó a la necesidad de maniobras de reanimación?

- 1 Parada Cardíaca (causa) _____
- 2 Fracaso Respiratorio/ parada respiratoria (causa) _____
- 3 Coma (especifique) _____
- 4 Crisis convulsiva _____
- 5 Hemorragia (especifique) _____
- 6 Traumatismo múltiple _____
- 7 Enfermedad metabólica (p.e. hipoglucemia) (especifique) _____
- 8 Infección fulminante (especifique) _____
- 9 Otro (especifique) _____

La persona responsable de la asistencia del paciente durante la reanimación fue:

- 1 Facultativo especialista _____
- 2 Residente –MIR- _____
- 3 Otro (especifique) _____

¿Hubo retraso en el manejo del problema?

Si No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón?

- 1 Personal no disponible _____
- 2 Personal poco competente _____
- 3 No disponibilidad de equipamiento _____
- 4 Ausencia de medicación adecuada o necesaria _____
- 5 Falta de control (gestión) _____
- 6 Otro (especifique) _____

¿ Hubo confusión a la hora de emprender la acción correcta ?

Si No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón?

- 1 Acción inadecuada _____
- 2 Fallo a la hora de realizar los análisis y pruebas adecuadas _____
- 3 Otra (especifique) _____

¿Cómo contribuyeron estos factores al EA?

- 1 Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado _____
- 2 La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada _____
- 3 No se reconoció el grado de vulnerabilidad del paciente _____
- 4 Otros (especifique) _____

MÓDULO E: FACTORES CAUSALES Y CONTRIBUYENTES Y POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

E1 UNA VEZ ANALIZADO EL EA, BAJO SU CRITERIO INDIQUE SI SE TRATABA DE

Error humano	Error de Comisión (un error que ocurre por la ejecución de una acción. Ej.: medicamento administrado en persona, dosis posología o vía de administración equivocados)	1 Técnica quirúrgica errónea 2 Tratamiento inapropiado 3 Medicación inapropiada (elección, dosis) 4 Otros Describalo _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Error de Omisión (un error que ocurre como consecuencia de una acción no ejecutada estando indicada. Ej.: infección nosocomial por no utilizar profilaxis perioperatoria o deficiente preparación del paciente).	5 No tomas medidas de precaución 6 No usar las pruebas indicadas 7 Retraso evitable de diagnóstico 8 Seguimiento inadecuado de la terapia 9 No actuar según los resultados de pruebas 10 Otros Describalo _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fallo de sistema	<i>(Ej.: un fallo en la bomba de perfusión administra una dosis excesiva. Otro Ej.: un fallo en la identificación de un paciente condiciona una cirugía equivocada, o un trat. confundido).</i>	11 Fallo de sistema Describalo _____ _____	<input type="checkbox"/>

Indique los factores causales del efecto adverso

<p>Relacionados con la medicación</p> <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> Errores de medicación <input type="checkbox"/> Medicamento erróneo <input type="checkbox"/> Dosis incorrecta <input type="checkbox"/> Omisión de dosis o medicación <input type="checkbox"/> Frecuencia de administración incorrecta <input type="checkbox"/> Error de preparación o manipulación <input type="checkbox"/> Monitorización insuficiente <input type="checkbox"/> Paciente equivocado <input type="checkbox"/> Duración del tratamiento incorrecta <input type="checkbox"/> Interacción de fármacos	<p>Relacionados con la gestión</p> <input type="checkbox"/> Lista de espera prolongada <input type="checkbox"/> Pérdida de documentos <input type="checkbox"/> Equivocación en la información sanitaria (Resultados de pruebas de otros pacientes) <input type="checkbox"/> Error en la identificación del paciente <input type="checkbox"/> Citación errónea <input type="checkbox"/> Problemas con la historia informatizada
<p>Relacionados con la comunicación</p> <input type="checkbox"/> Comunicación médico-paciente <input type="checkbox"/> Comunicación enfermera-paciente <input type="checkbox"/> Comunicación médico-enfermería <input type="checkbox"/> Comunicación médico-medico <input type="checkbox"/> Barrera idiomática <input type="checkbox"/> Otro diferente a los anteriores	<p>Relacionados con el diagnóstico</p> <input type="checkbox"/> Error diagnóstico <input type="checkbox"/> Retraso en el diagnóstico
	<p>Relacionados con los cuidados</p> <input type="checkbox"/> Manejo inadecuado del paciente
	<p>Otros</p> <input type="checkbox"/> Otras causas _____

Resume que es lo que ocurrió y cuál cree usted que fue la causa:

E2 DÉ DETALLES DE LOS FACTORES MAS IMPORTANTES QUE CONTRIBUYERON A ESTE EA

(RESPONDER SEGÚN CASCADA CAUSAL: 1: CAUSA DE EA, 2: CAUSAS DE 1, 3: CAUSAS DE 2)

1. _____

2. _____

3. _____

E3 VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado?

Sí No

Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención.

- 1 Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.
- 2 Mínima posibilidad de prevención.
- 3 Ligera posibilidad de prevención.
- 4 Moderada posibilidad de prevención.
- 5 Elevada posibilidad de prevención.
- 6 Total evidencia de posibilidad de prevención.

Si usted señaló del 2 al 6, conteste a las siguientes preguntas:

Describa brevemente la manera en que el EA podría haberse prevenido

¿Puede identificar alguna razón por la cual fracasara la prevención de este EA?

HERRAMIENTA No 3

PARA REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

PARTE 1.

FORMATO SUGERIDO PARA EL REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

Módulo 1: IDENTIFICACIÓN DE LA OCURRENCIA

FECHA:	<input type="text"/>	HORA:	<input type="text"/>	SERVICIO DE OCURRENCIA:	<input type="text"/>
Nº DE REPORTE DEL EA:	<input type="text"/>	CARGO DEL QUE REPORTA	<input type="text"/>		
CIUDAD y DEPTO:	<input type="text"/>	CÓDIGO DE HABILITACIÓN	<input type="text"/>		

Módulo 2: DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO

a) NOMBRE DEL EVENTO ADVERSO _____

Describe brevemente las características del paciente: _____

Describe brevemente las características del suceso:

PARTE 2.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

b) ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD

Error por acción: SI NO

Error por omisión: SI NO

Describa brevemente la o las fallas activas: _____

En las barreras de seguridad señale la o las que intervinieron:

1. Físicas: SI NO Nombrea: _____

2. Administrativa: SI NO Nombrea: _____

3. Humanas: SI NO Nombrea: _____

4. Naturales: SI NO Nombrea: _____

c) FACTORES CONTRIBUTIVOS

1. Paciente: Señale la o las acciones correspondientes:

- No colaboración
- Marcado compromiso de morbilidad asociada
- Creencias religiosas, étnicas y culturales
- Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante

2. Tarea y tecnología: Señale la o las acciones correspondientes:

- 2.1 Procedimiento
- 2.2 Poca adherencia a guías y protocolos
- 2.3 Problemas relacionados con medicamentos.

Señale aquí la acción involucrada:

- a) No fue el medicamento correcto.
- b) No fue administrado al paciente correcto.
- c) No fue la dosis correcta
- d) No se utilizó la vía correcta de administración
- e) Relacionado con la administración de líquidos parenterales

2.4 Problemas relacionados con el manejo de fluidos y sangre

Describa brevemente el incidente o evento adverso: _____

- 2.5 Infección nosocomial: Poco prevenible (Se cumplió con las guías)
SI NO

Altamente prevenible (no se cumplió con las guías)
SI NO

Tipo/Sitio de la infección: Señale el correspondiente:

- a) Germen en sangre

PARTE 3.

EL REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

b) Sitio quirúrgico	<input type="checkbox"/>
a) Absceso	<input type="checkbox"/>
b) Neumonía	<input type="checkbox"/>
c) Catéter intravascular	<input type="checkbox"/>
d) Prótesis	<input type="checkbox"/>
e) Infección urinaria asociada a sonda	<input type="checkbox"/>
f) Otro: _____	<input type="checkbox"/>
3. Individuo	<input type="checkbox"/>
Señale el factor contributivo:	
• 3.1 Cansancio-fatiga	<input type="checkbox"/>
• 3.2 Larga jornada laboral	<input type="checkbox"/>
• 3.3 Stress	<input type="checkbox"/>
• 3.4 Poca experiencia	<input type="checkbox"/>
• 3.5 Instrucción insuficiente	<input type="checkbox"/>
• 3.6 Poca planeación de turnos	<input type="checkbox"/>
4- Equipos, reactivos e insumos	
Señale el factor contributivo relacionado con los equipos:	
• 4.1 Falta de mantenimiento preventivo	<input type="checkbox"/>
• 4.2 Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo	<input type="checkbox"/>
Señale el factor contributivo relacionado con reactivos e insumos:	
• 4.3 No seguimiento a fechas de vencimiento	<input type="checkbox"/>
• 4.4 Carencia	<input type="checkbox"/>
5. Ambiente	
Señale el factor contributivo relacionado:	<input type="checkbox"/>
• 5.1 Espacio	<input type="checkbox"/>
• 5.2 Calor	<input type="checkbox"/>
• 5.3 Ruido	<input type="checkbox"/>
• 5.4 Infraestructura	<input type="checkbox"/>
• 5.5 Clima laboral	<input type="checkbox"/>
d) FACTORES RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL	
Señale el factor relacionado:	
1- Recursos y limitaciones financieras	<input type="checkbox"/>

- 2- Excesivo personal temporal
- 3- No programas de entrenamiento y supervisión
- 4- No disponibilidad de equipos y suministros
- 5- No cumplimiento de normas y leyes
- 6- No definición de las prioridades organizacionales

e) FACTORES RELACIONADOS CON LA LESIÓN Y SUS LOS EFECTOS

1- Deterioro fisico:

- Ninguna incapacidad
- Leve incapacidad
- Severa incapacidad social y laboral
- Inconsciente
- muerte

2. Repercusión en la hospitalización:

- No aumentó la estancia hospitalaria
- Parte de la estancia
- Causó reingreso

Enumere la o las mejoras implementadas:

1. _____
2. _____
3. _____

MODULO 3: ORIGEN DEL REPORTE

Nombre de quien reporta: _____

E-Mail para contactar: _____

SU REPORTE SERÁ DE GRAN UTILIDAD PARA HACER NUESTRO SISTEMA DE SALUD MÁS SEGURO.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

ENVIAR

REVISE SUS RESPUESTAS ANTES DE HACER EL ENVÍO

¡¡Gracias por Participar y Construir un Sistema de Salud más Seguro!!

NOTA.....

Adriana.... Por fis miralo y agregame las correcciones para la enumeracion de la tabla de contenido que ya está configurada como automatica al igual que los hipervinculos que sugeriste hacer para las herramientas .

Cualquier cosa por favor llamame al celular 3167802146.