



Clínica Colombiana  
de Obesidad y Metabolismo  
Especialistas en Cirugía Plástica

# EVENTO ADVERSO



# ÍNDICE

01

Qué es un evento  
adverso

02

Protocolo de Londres

03

Modelo del queso Suizo

04

Formato de análisis de  
evento adverso

05

Glosario

06

Caso clínico

# Qué es?

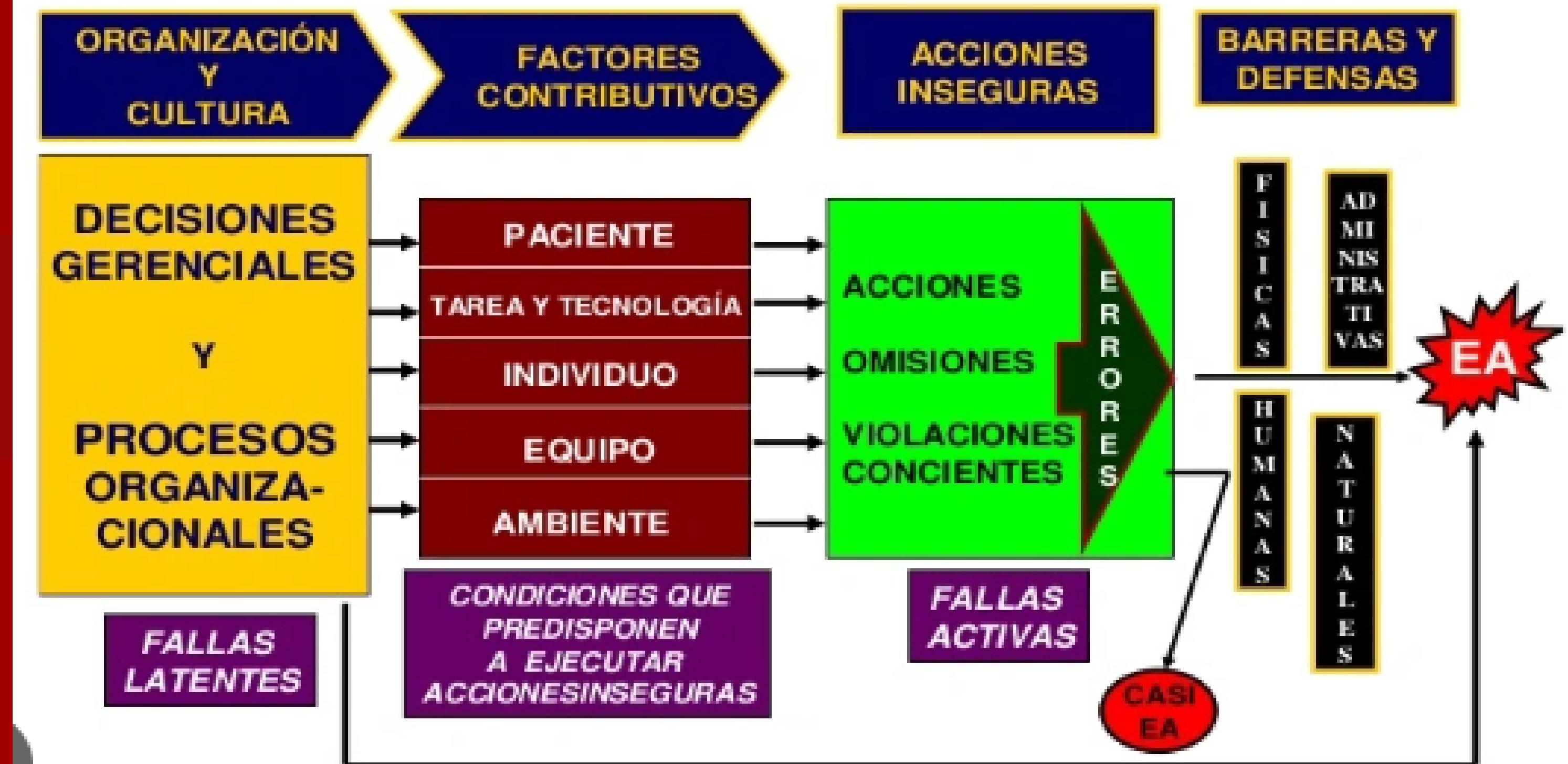
Un evento adverso se asocia a la aparición o empeoramiento de un signo, síntoma o condición médica indeseable. Esta definición se puede ampliar para incluir eventos o problemas que surgen en la gestión diaria de cualquier tipo de empresa, no sólo en temas de salud.

# Evento adverso

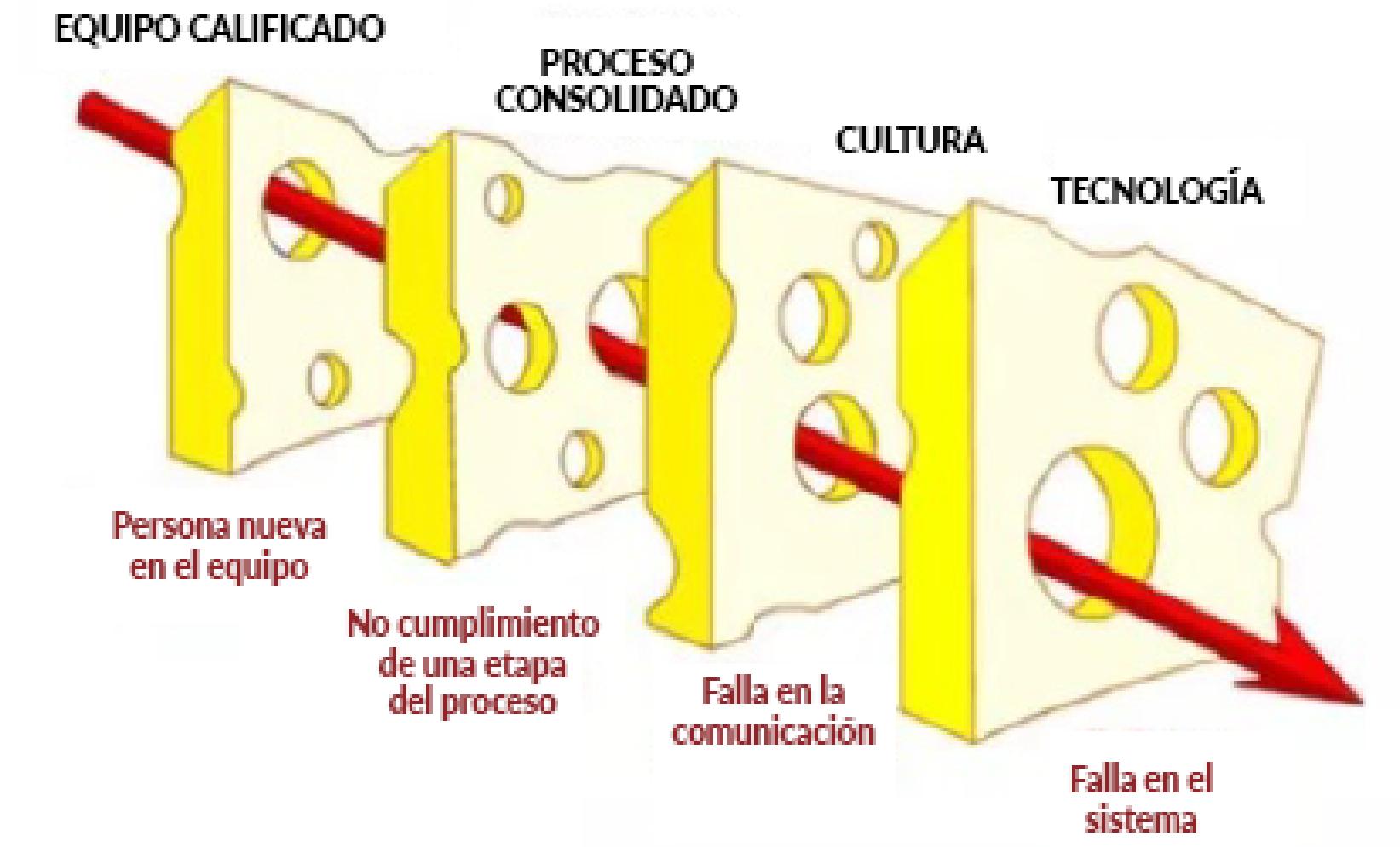
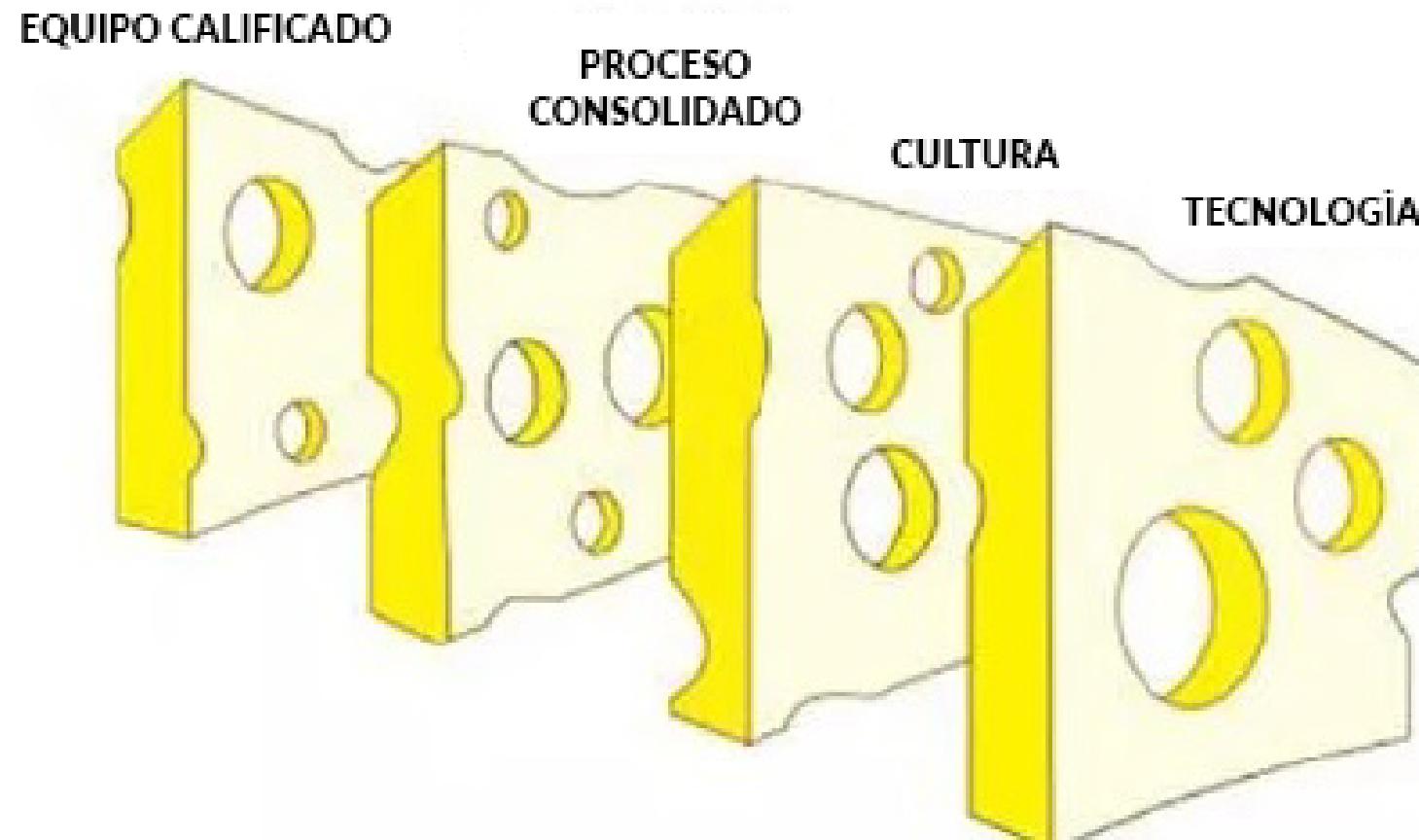
Se denomina evento adverso a aquellos sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente. Estos eventos no se encuentran relacionados con la enfermedad de fondo. Las causas pueden ser múltiples, dentro de las que se destacan las condiciones generales del sistema, temas de infraestructura y el actuar de los participantes en la atención en salud.

# MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS

Protocolo  
de  
Londres



# MODELO DEL QUESO SUIZO



# FORMATO ANALISIS DE EVENTO ADVERSO

 <p>Clínica Colombiana de Obstetricia y Ginecología Instituto de Salud Pública</p>	ANALISIS DE EVENTO ADVERSO	V. 2
	PROCESOS PRIORITARIOS	PP-FO-09 Página 1 de 6

## ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSO

### DATOS GENERALES DEL EVENTO REPORTADO

Fecha de reporte DD/MM/AAAA.

Área que reporta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Entrevista individual o grupo de trabajo (realice una breve síntesis de lo sucedido identificando la fecha, hora de la entrevista, y los principales hallazgos):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Descripción del evento:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha DD/MM/AAAA Hora: \_\_\_\_\_

La descripción responde a un posible evento adverso SI NO

La descripción responde a un posible Incidente SI NO

### RECOLECCION DE INFORMACION

Participantes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 <p>Clínica Colombiana de Obstetricia y Ginecología Instituto de Salud Pública</p>	ANALISIS DE EVENTO ADVERSO	V. 2
	PROCESOS PRIORITARIOS	PP-FO-09 Página 2 de 6

## ANALISIS CAUSAL DEL EVENTO (PROTOCOLO DE LONDRES):



### IDENTIFICACIÓN DE FALLAS LATENTES (DECISIONES GERENCIALES Y PROCESOS ORGANIZACIONALES):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS (FACTORES CONTRIBUTIVOS)

PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TAREA Y TECNOLOGIA:

\_\_\_\_\_

# GLOSARIO

<b>Acciones de mejora</b>	Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.	<b>Atención a la Salud</b>	Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
<b>Acciones tomadas para reducir el riesgo</b>	Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.	<b>Atención segura</b>	Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.
<b>Agente</b>	Objeto, sistema, sustancia química o biológica u organismo capaz de producir un efecto.	<b>Barrera de seguridad</b>	Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.
<b>Alergia medicamentosa</b>	Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado fármaco y que causa reacciones inmunitarias nocivas en ulteriores exposiciones al fármaco.	<b>Caída</b>	Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.
<b>Amenaza para la seguridad del paciente</b>	Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.	<b>Calidad de la atención médica</b>	Otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles. Es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento
<b>Análisis Causa Raíz</b>	Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.		

# GLOSARIO

<b>Causa Subyacente</b>	Fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales, pero pueden o no ser causas raíz (relación paciente-profesionales, fallas operativas, disponibilidad, mantenimiento, ruido, mobiliario, comunicación, nivel de cultura de seguridad del paciente, supervisión inadecuada).	<b>Condiciones peligrosas</b>	Todo conjunto de circunstancias (exceptuando la enfermedad, la afección o el trastorno por el que el paciente está recibiendo atención, tratamiento y servicios) definidas por el establecimiento de atención médica que aumentan significativamente la probabilidad de un daño.
<b>Censo hospitalario</b>	Número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado.	<b>Cuasi falla</b>	Falta o error que no ocurrió.
<b>Cinco momentos</b>	Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).	<b>Cuasiincidente</b>	Evento que casi ocurrió, o que ocurrió pero del que nadie tiene conocimiento. Evento que podría haber tenido consecuencias no deseadas, pero no las tuvo porque no alcanzó al paciente, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.
<b>Circunstancia</b>	Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.	<b>Cultura de la seguridad</b>	Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
<b>Cirugía Segura Salva Vidas</b>	Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.		

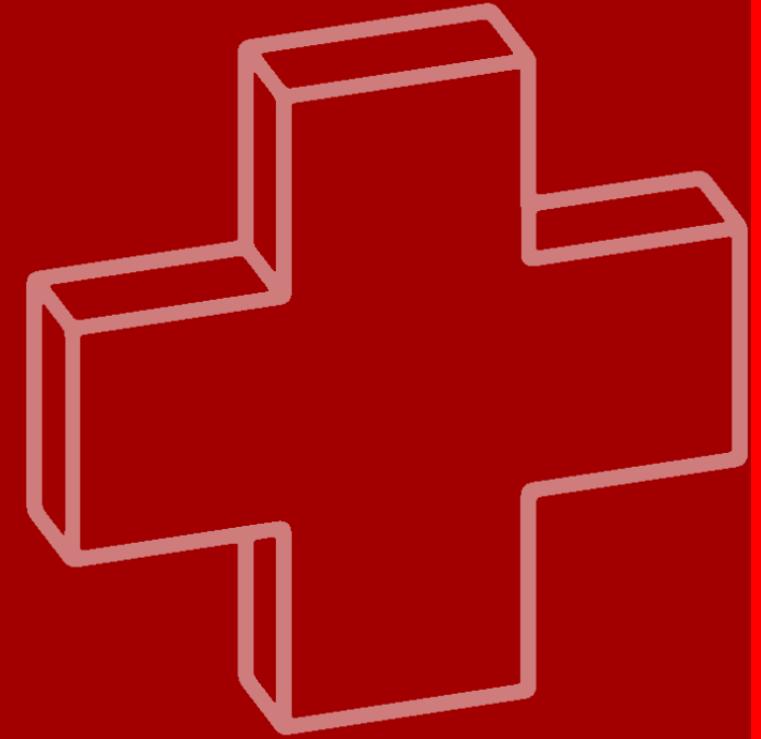
# GLOSARIO



<b>Daño</b>	Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.	
<b>Daño leve</b>	Incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso)	<b>Evento</b> algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
<b>Daño moderado</b>	Incidente que causa un daño significativo pero no permanente. (evento adverso)	<b>Evento centinela</b> Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.
<b>Daño severo</b>	Incidente que tiene como resultado un daño permanente. (evento centinela)	<b>Evento adverso</b> Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.
<b>Daño relacionado con la atención a la salud</b>	Perjuicio derivado de la acción u omisión de profesionales de la salud durante la prestación de un servicio y el cual no se debe a enfermedad o lesión subyacente.	<b>Factor atenuante</b> Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia un daño al paciente.
<b>Detección</b>	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.	<b>Factor contribuyente</b> Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.
<b>Difusión</b>	Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.	<b>Factor de riesgo</b> Características inherentes al paciente o ajenas, que favorecen la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
<b>Discapacidad</b>	Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.	

# GLOSARIO

<b>Fallo del sistema</b>	Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.	<b>Paciente</b>	Persona que recibe atención a la salud.
<b>Frecuencia</b>	Número de veces que se repite un determinado acto o suceso.	<b>Peligro</b>	Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentar los existentes.
<b>Gestión de Riesgos</b>	Proceso estructurado, implementado a través de toda la organización, y que tiene por objetivo la identificación y atención de riesgos en los procesos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales.	<b>Plan de mejora continua</b>	Conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de la atención médica que se otorga en una unidad de salud.
<b>Grado del daño</b>	Intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.	<b>Prácticas Seguras</b>	Serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.
<b>Herramientas de calidad</b>	Conjunto de instrumentos para manejar la información que auxilia en la toma de decisiones y están involucradas en el proceso de mejora de la atención.	<b>Prevenible</b>	Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.
<b>Higiene de manos</b>	Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.	<b>Resiliencia</b>	Grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes. Se entiende como aprendizaje continuo.
<b>Identificación correcta del paciente</b>	Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.	<b>Responsable</b>	Que ha de rendir cuentas de una actividad, acción o proceso.
		<b>Riesgo</b>	Probabilidad de que se produzca un incidente.



# CONCLUSIONES

- Proporcionar orientación a los profesionales sanitarios responsables para hacer frente a la situación crítica en el momento del EA.
- Estimular una comunicación honesta, sincera y empática con el paciente y la familia tanto del evento como de las medidas de mejora adoptadas tras este.
- Facilitar herramientas que brinden apoyo emocional, profesional y legal al equipo de profesionales que ha estado implicado en el EA.
- Promover un comportamiento ético durante la respuesta a un EA.
- Fomentar la correcta documentación y notificación interna y externa de los EA.
- Alentar una forma de comunicación pública que restaure la confianza en el sistema. La comunicación deberá demostrar transparencia e informar de la revisión del EA con el fin de minimizar la aparición de eventos similares en el futuro.
- Facilitar el diligenciamiento de una guía de respuesta a un evento adverso en cada institución.



No es una cuestión de cómo de bien funciona cada proceso, la cuestión es cómo de bien funcionan juntos.

(Lloyd Dobens)

THANKYOU

