



Clínica Colombiana
de Obesidad y Metabolismo
Especialistas en Cirugía Plástica

EVENTO ADVERSO



ÍNDICE

01

**Qué es un evento
adverso**

04

**Formato de análisis de
evento adverso**

02

Protocolo de Londres

05

Glosario

03

Modelo del queso Suizo

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

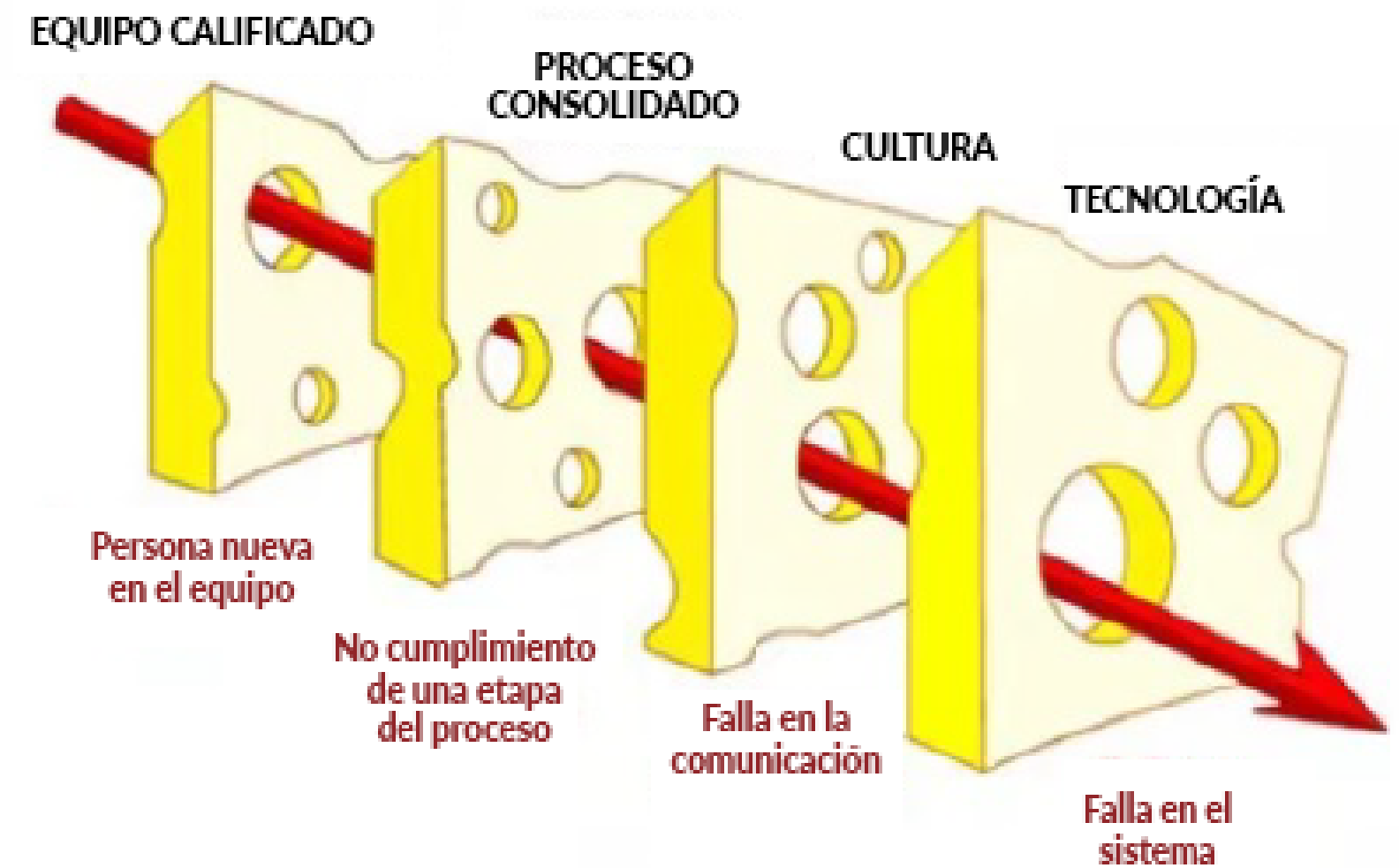
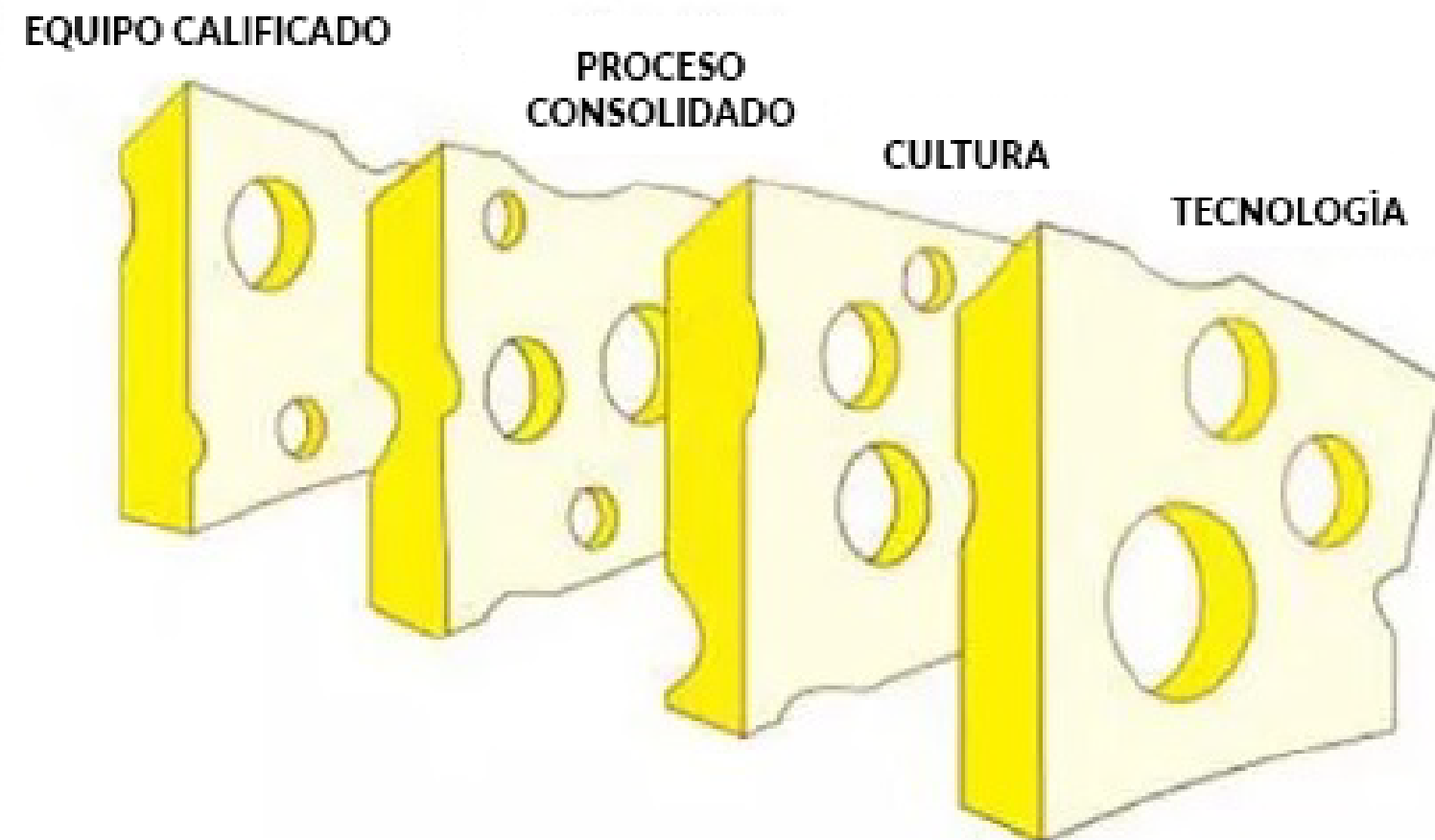
Se denomina evento adverso a aquellos sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente. Estos eventos no se encuentran relacionados con la enfermedad de fondo. Las causas pueden ser múltiples, dentro de las que se destacan las condiciones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

	ANÁLISIS 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: _____

	ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSO	V. 2
	PROCESOS PRIORITARIOS	PP-FO-09
	Página 2 de 6	

Revisión de la Historia Clínica o del registro médico, libros de cirugía, laboratorio, imagenología, otros: (realice una breve síntesis de lo sucedido según los registros médicos, donde se identifique claramente la atención del paciente)

SINTEISIS DE LA CRONOLOGIA DEL EVENTO

fecha	Hora	Lugar	Descripción	Observación del investigador

	ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSO	V. 2
	PROCESOS PRIORITARIOS	PP-FO-09
	Página 3 de 6	

ANÁLISIS CAUSAL DEL EVENTO (PROTOCOLO DE LONDRES):

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

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

Acciones de mejora	Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.
Acciones tomadas para reducir el riesgo	Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.
Agente	Objeto, sistema, sustancia química o biológica u organismo capaz de producir un efecto.
Alergia medicamentosa	Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado fármaco y que causa reacciones inmunitarias nocivas en posteriores exposiciones al fármaco.
Amenaza para la seguridad del paciente	Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.
Análisis Causa Raíz	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.

Atención a la Salud	Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
Atención segura	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.
Barrera de seguridad	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.
Caída	Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.
Calidad de la atención médica	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

GLOSARIO

Causa Subyacente	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, moviliario, comunicación, nivel de culturade seguridad del paciente, supervisión inadecuada).
Censo hospitalario	Número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado.
Cinco momentos	Estrategía 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).
Circunstancia	Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.
Cirugía Segura Salva Vidas	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.

Condiciones peligrosas	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.
Cuasi falla	Falta o error que no ocurrió.
Cuasiincidente	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.
Cultura de la seguridad	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.

GLOSARIO



Daño	Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
Daño leve	Incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso)
Daño moderado	Incidente que causa un daño significativo pero no permanente. (evento adverso)
Daño severo	Incidente que tiene como resultado un daño permanente. (evento centinela)
Daño relacionado con la atención a la salud	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.
Detección	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
Difusión	Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.
Discapacidad	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.

Evento	algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
Evento centinela	Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.
Evento adverso	Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.
Factor atenuante	Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia un daño al paciente.
Factor contribuyente	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.
Factor de riesgo	Características inherentes al paciente o ajenas, que favorecen la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

GLOSARIO

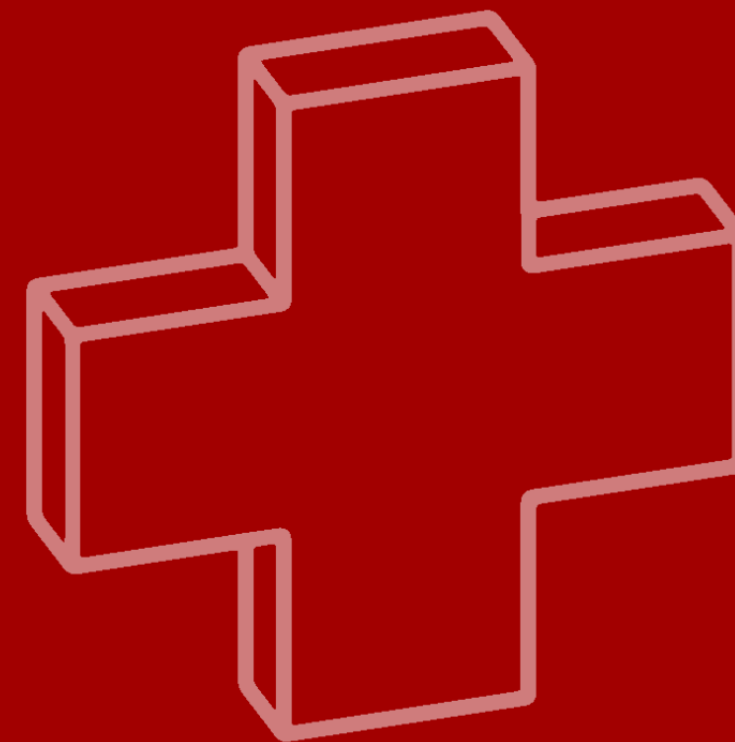
Fallo del sistema	Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.
Frecuencia	Número de veces que se repite un determinado acto o suceso.
Gestión de Riesgos	Proceso estructurado, implementado a través de toda la organización, y que tiene por objetivo la identificación y atención de riesgos en los procesos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales.
Grado del daño	Intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.
Herramientas de calidad	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.
Higiene de manos	Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
Identificación correcta del paciente	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.

Paciente	Persona que recibe atención a la salud.
Peligro	Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentar los existentes.
Plan de mejora continua	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.
Prácticas Seguras	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.
Prevenible	Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.
Resiliencia	Grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes. Se entiende como aprendizaje continuo.
Responsable	Que ha de rendir cuentas de una actividad, acción o proceso.
Riesgo	Probabilidad de que se produzca un incidente.



CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO





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

