

PROTOCOLO DE LONDRES COMO HERAMIENDA DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

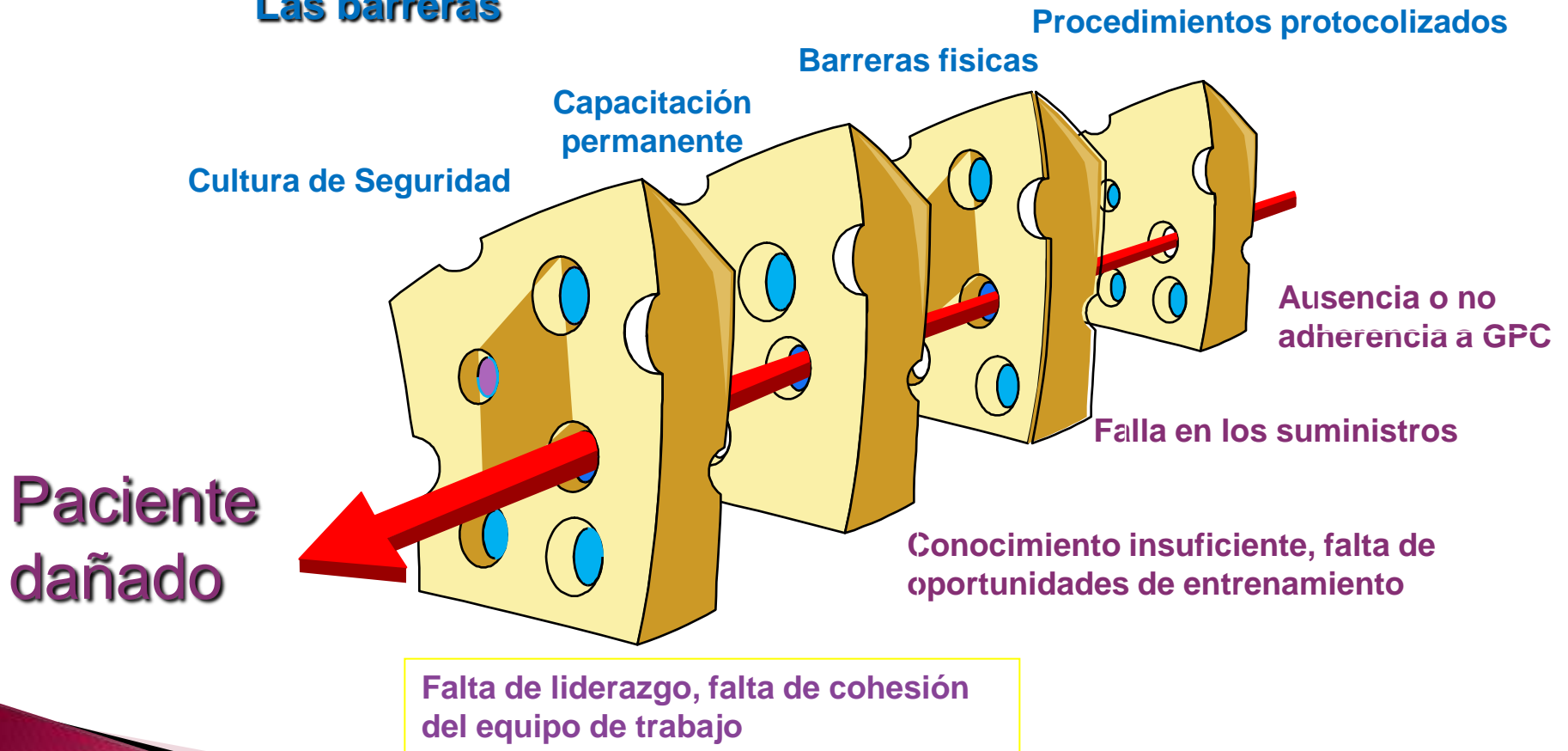
Seguridad del Paciente

Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

Defensoría del Asegurado

Los problemas del sistema son responsables del 80% de los eventos adversos

Las barreras



EVENTO CENTINELA

Hechos inesperados que *producen* o *pueden producir* muerte o lesión grave física o psíquica.

- Gravedad real o potencial (*pueden producir*)
- Evitabilidad (condiciones latentes)
- Su análisis debe ser inmediato (causas raíz)
- Merece implementar cambios urgentes obligados

Hospital Obrero (Hoy Almenara)

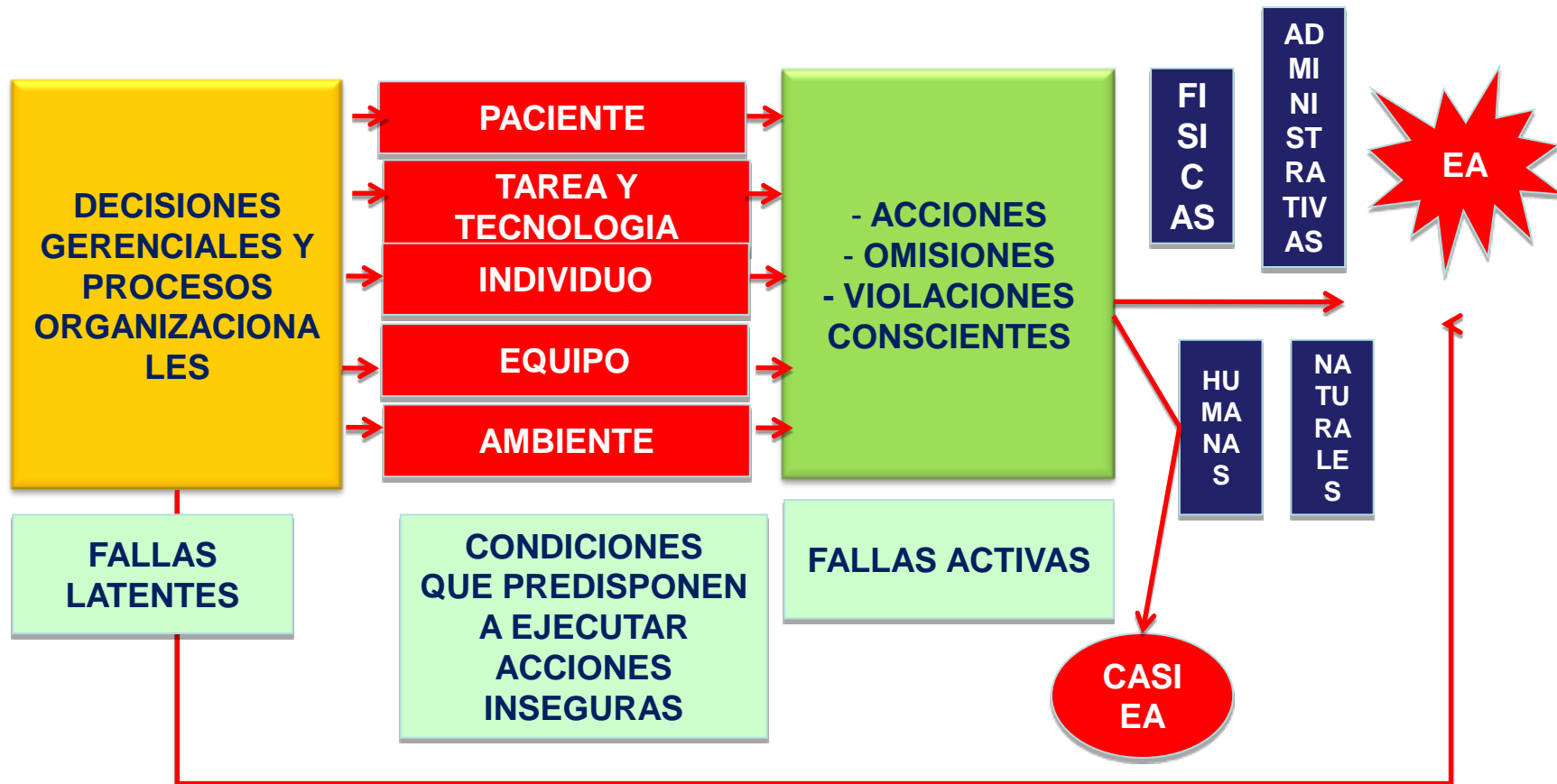
año 1944

2008:PRIMER HOSPITAL QUE CONFORMÓ
UN COMITÉ DE EVENTOS CENTINELA



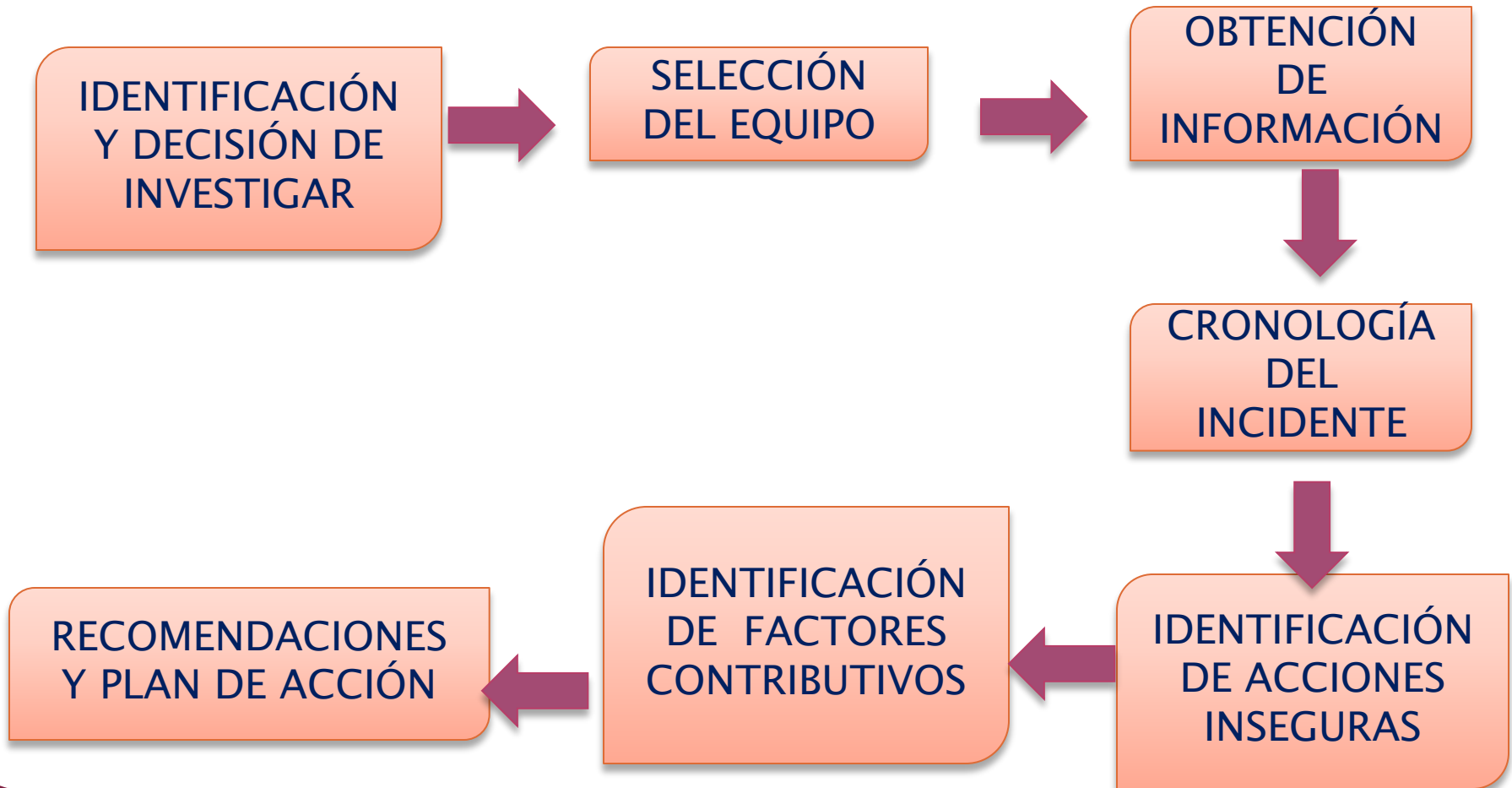
Ejemplos de eventos centinela

- ▶ Fallecimiento inesperado
- ▶ Suicidio de un paciente
- ▶ Fallecimiento de un recién nacido a término
- ▶ Muerte materna
- ▶ Muerte de un paciente en sala de espera de Emergencia
- ▶ Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución
- ▶ Intervención quirúrgica en un paciente o en una localización equivocada
- ▶ Hemólisis post-transfusional
- ▶ Estudio radiológico a una paciente embarazada
- ▶ Dosis excesiva de radioterapia.
- ▶ Retraso en un tratamiento vital
- ▶ Caída de paciente con lesión grave
- ▶ Error grave de medicación
- ▶ Evento Adverso relacionado con la anestesia
- ▶ Shock anafiláctico en un paciente internado
- ▶ Violación o maltrato sexual
- ▶ Informe anatomopatológico equivocado.




INVESTIGACION DE INCIDENTES Y EA

Protocolo de Londres



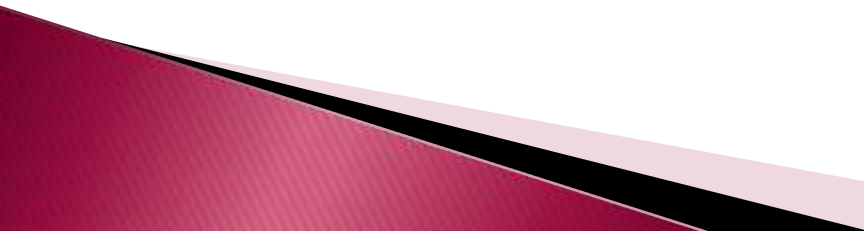
Identificación y decisión de investigar

- ▶ Se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.
 - ▶ Toda organización debe hacer explícitos los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.
- 

Selección del equipo investigador.

- ▶ Requiere conocimiento y experiencia clínica específica.
- ▶ Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.
- ▶ Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- ▶ Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- ▶ Autoridad administrativa (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.).
- ▶ Autoridad clínica (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, especialista reconocido, etc.).
- ▶ Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Obtención y organización de información.

- ▶ Historia clínica completa.
 - ▶ Guías de Práctica Clínica y Protocolos relacionados con el incidente.
 - ▶ Declaraciones y observaciones inmediatas.
 - ▶ Entrevistas con los involucrados o evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.)
 - ▶ Debe seguirse en toda entrevista un protocolo.
- 

Establecer Cronología del Incidente

- ▶ Diagrame los movimientos de personas, materiales, documentos e información
- ▶ Ilustre la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las G.P.C, protocolos y guías de procedimientos, y compárela con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente .

Línea de tiempo

25-01-06 20:45 horas
Multigesta de 41 ss por
Ecografía
Embarazo en Vía de
Prolongación. Añosa
Descartar IUP.

AREG, PA:110/70 mmHg, P: 68x',
R: 17X'. Apar. y sist: sin alt
E. Obstétrico: AU: 34cm.,
F: LCI, LCF:136X', DU: Esporád.
TV: Cuello uterino:I: 50%, D:0,
AP:Fuera de pelvis, Pelvis:
Ginecoide. AP:Fuera de pelvis,
Membranas integra.
No pérdida de líquido

Perfil biofísico fetal
6/10 y
PLAN: Maduración
-inducción TDP
con Misoprostol 50 ug
(primera dosis:00.45' y
segunda dosis: 04.50' h)

25-01-06
00.45 a 13.20 horas:
68 a 80x',
la PA: 110/60
Temperatura: entre
36.6 a 37.2°C

25-01-06 03.00 horas
DU hasta 5/10 desde
las 09.00' a 10.40'h
09.40' horas se evidenció
rotura espontánea de
Membranas: líquido
verde claro fluido.

10.00' AM Ss EKG y RQx. SS cesárea
11.00 horas : D 2cm, I 60%, AP -3
12.00 horas : D 6 cm , I 90%, AP 0.
14:00 CINA 0,9% 1000cc + Oxitocina 30 UI
13.20 horas completa la dilatación
13:27 horas se produjo el parto.
No hay firma y sello del médico de guardia
Partograma : Gráfica no visible.
12.40' hasta las 15.00 no hay evolución

15:00 PA 80/50 mm ,
FC:80x' FR:20x'
Revision cuello: desgarro cervical
posterior. sutura de desgarro
Ss de Hto y hb control.
Ergotrate 0,2 mg IM c/8hs

15.30' horas PA:80/50 mmHg,
FC: 92x' y FC: 20X'
P: 88 FR: 22
Haemacel 500cc EV a chorro
15.40 pm sangrado vaginal
y útero relajado, se aplica
Misoprostol 800ug transrectal.

16.00 pm se realizó
Revisión instrumentada:
no controla hemorragia.
Ss: SOP para histerectomía
por atonía uterina
17.00h: intervención quirúrgica

a 10 paro cardiorrespiratorio
sale con reanimación
16.30' a 20.30' h:
se transfundió paquete globular
6 U, plaquetas 4 U, plasma fresco:
2 U. CINA
21.00' horas del 26.01.06
ventilación mecánica
06.20' horas del 27.01.06: fallece

Identifique las acciones inseguras.

- ▶ La revisión de la documentación, la información recibida y la entrevista permiten identificarlas.
- ▶ Organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras.

Identifique los factores contributivos.

- ▶ Identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura.
- ▶ Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras, seleccionar las más importantes y analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.
- ▶ La herramienta recomendada es el diagrama de causa efecto: en la cabeza va la acción insegura, en las ramas los factores contributivos y en la cola la causa latente (Organización)

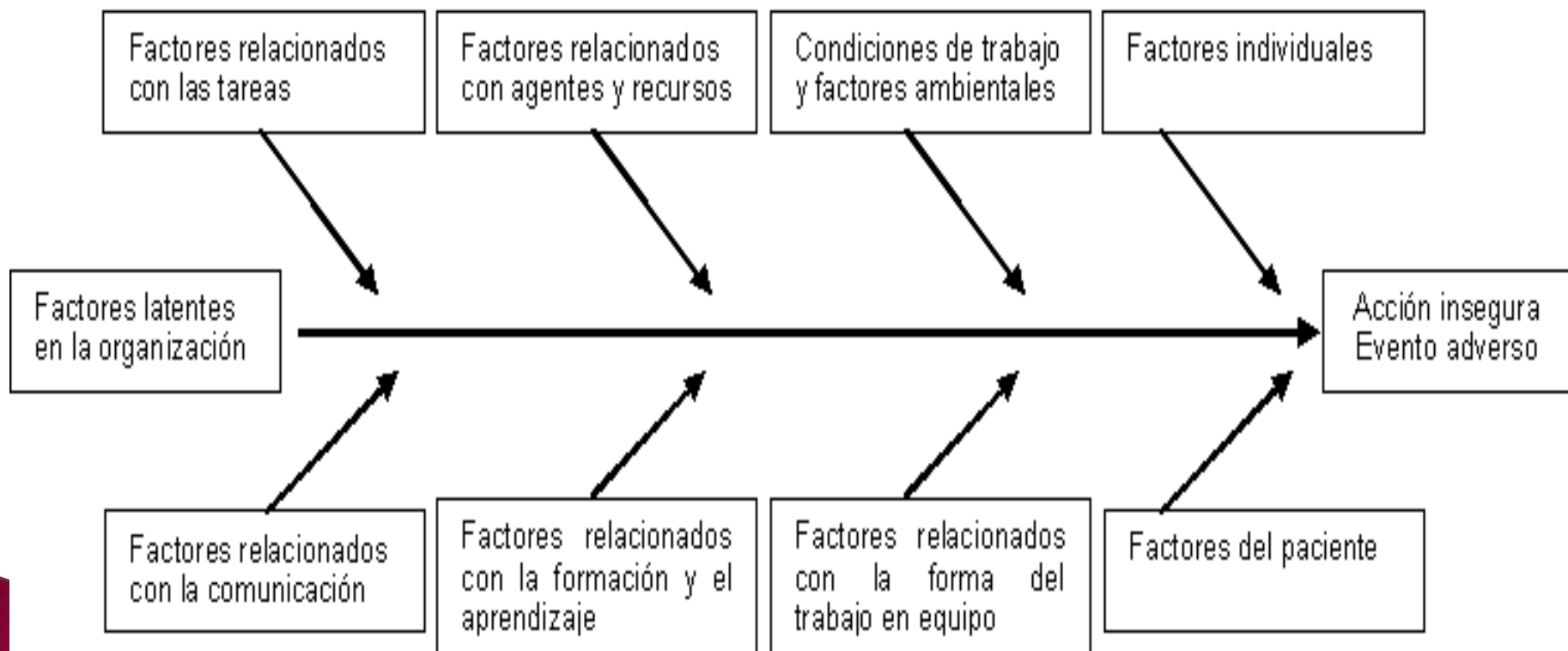
ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
EQUIPO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTALES	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)


ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

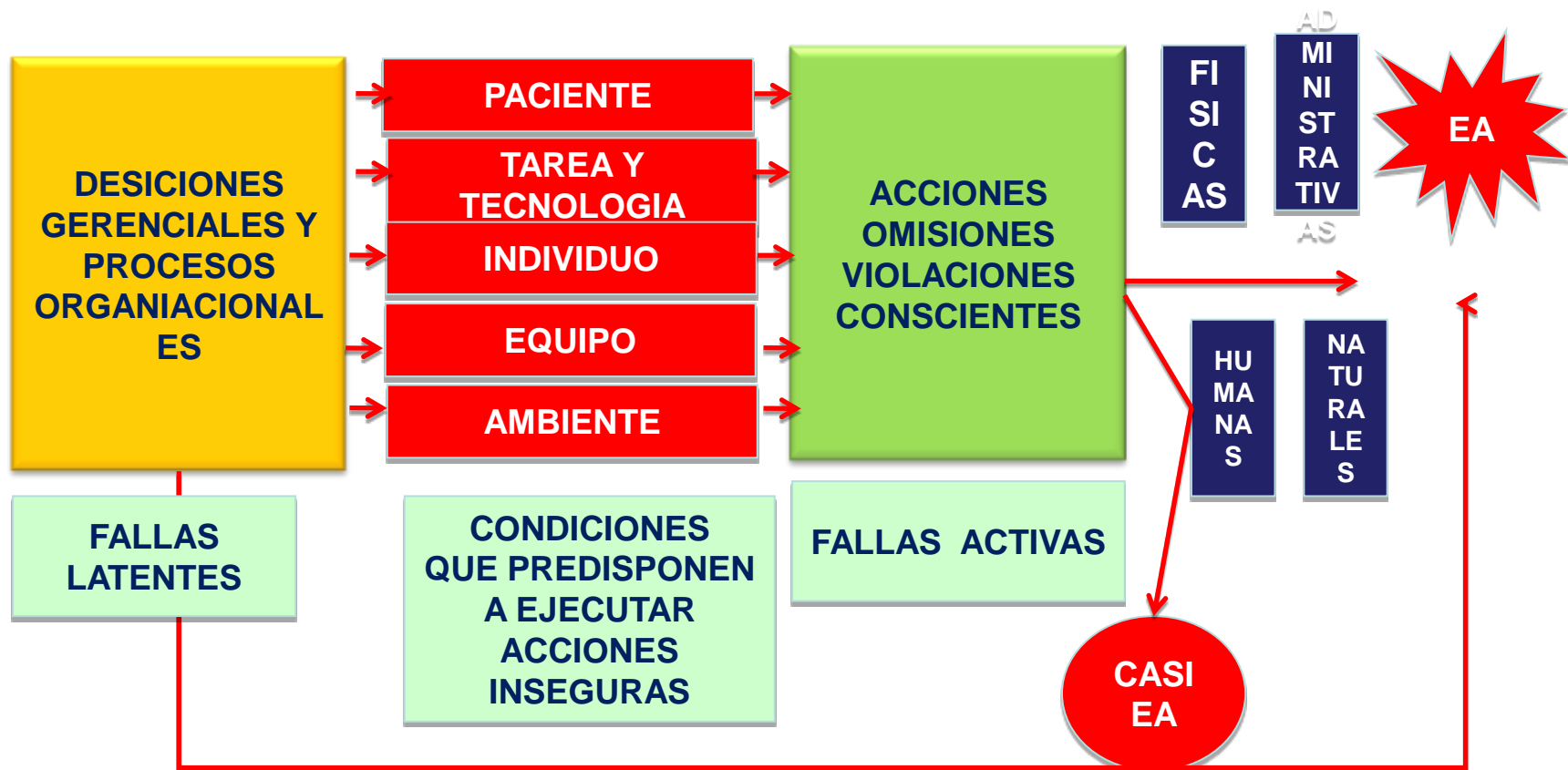
Diagrama con ocho ramas pre establecidas

DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO (ACCIÓN INSEGURA)



Causas raíz más frecuentes

- ▶ Fallas en la comunicación efectiva
 - ▶ Insuficiente información disponible
 - ▶ Problemas de la continuidad asistencial
 - ▶ Escasa estandarización de procedimientos
 - ▶ Falta de entrenamiento o habilidades en determinados procedimientos
 - ▶ Instalaciones y recursos obsoletos
 - ▶ Insuficiente automatización de procesos de control de pacientes
- 



Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del Protocolo de Londres

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras, desde: Paciente, Tarea y Tecnología, Individuo, Equipo y Ambiente



ACCION INSEGURA



BARRERAS Y DEFENSAS

- ▶ Para evitar accidentes o para mitigar consecuencias de acciones inseguras:
- ▶ Humanas , Físicas, Tecnológicas, Naturales y Administrativas

ORGANIZACIÓN Y CULTURA

Fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Decisiones gerenciales y Procesos organizacionales



Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres

Paciente:

Patología,

Personalidad, edad, género

Tarea y tecnología:

Traslado continuo institucional entre servicio o departamentos.

Ayudas para la toma de decisiones.

Modelos socioculturales favorables.

Procesos de comunicación vertical y horizontal

Individuos:

Personal no idóneo.

Fatiga de personal.

Sobrecarga de trabajo.

Falta de conocimiento.

FAC
COM

ORGAN

Falla
pern
factor

Decision

Procesos organizacionales

SAS

para

es

► Administrativas

Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres

Paciente:

Pat

P

T

T

C

A

M

F

I

F

F

S

F

- ▶ **Equipo de trabajo:**
- ▶ **Comunicación verbal y escrita.**
- ▶ **Comunicación vertical y horizontal.**
- ▶ **Falta de supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.**
- ▶ **Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).**
- ▶ **Falta de entrenamiento en puesto de trabajo.**
- ▶ **Falta de Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación. Ausencia de sinergias.**
- ▶ **Ambiente:**
- ▶ **Patrón de turnos.**
- ▶ **Clima organizacional**
- ▶ **Desconocimiento de los canales de comunicación**

FAC
COM

ORGAN

Falla
perro
factor

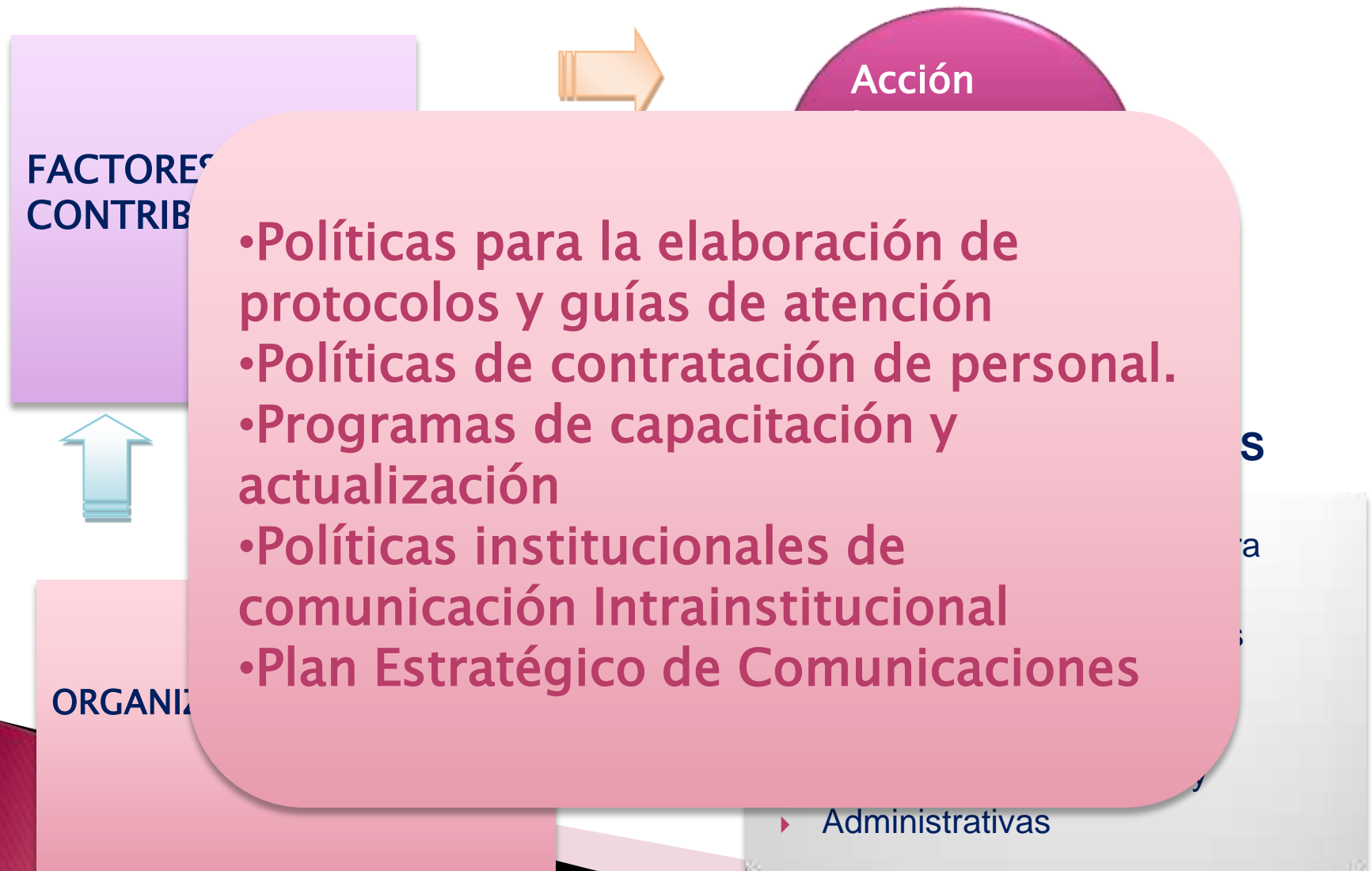
Decision

Procesos organizacionales

▶ Administrativas

Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres

ACCION INSEGURA



Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de

L

Humanas:

- Educación al paciente y su familia.
- Hacer de la comunicación un proceso activo
- Mejorar y verificar la adherencia del individuo y sus cuidadores a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos.
- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.

Naturales:

- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.
- Circularidad de la Comunicación.
- Trabajo comunitario y en redes.

OR

facto

Decisiones gerenciales y
Procesos organizacionales

DEFENSAS

Modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de

L

Humanas

- Educa
- Hacer
- Mejor
- sus cu
- regíme
- Verific
- familia
- escrita

Natura

- Gener
- proces
- Circul
- Traba

Físicas:

Mejorar las relaciones médico-paciente,
La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente.

Información concerniente a riesgos para los individuos a través de medios textuales, visuales, auditivos.

Instaurar comunicación preventiva, persona a persona.

Administrativas:

Personal suficiente y entrenado.

Programa de capacitación en Comunicación Clínica

Diseño de listas de chequeo

Establecer medios de comunicación masivos y seguros telefónica, Internet, medios escritos: periódicos, libros, revistas y promover su utilización.


OR

facto

Decisiones gerenciales

Procesos organizacionales

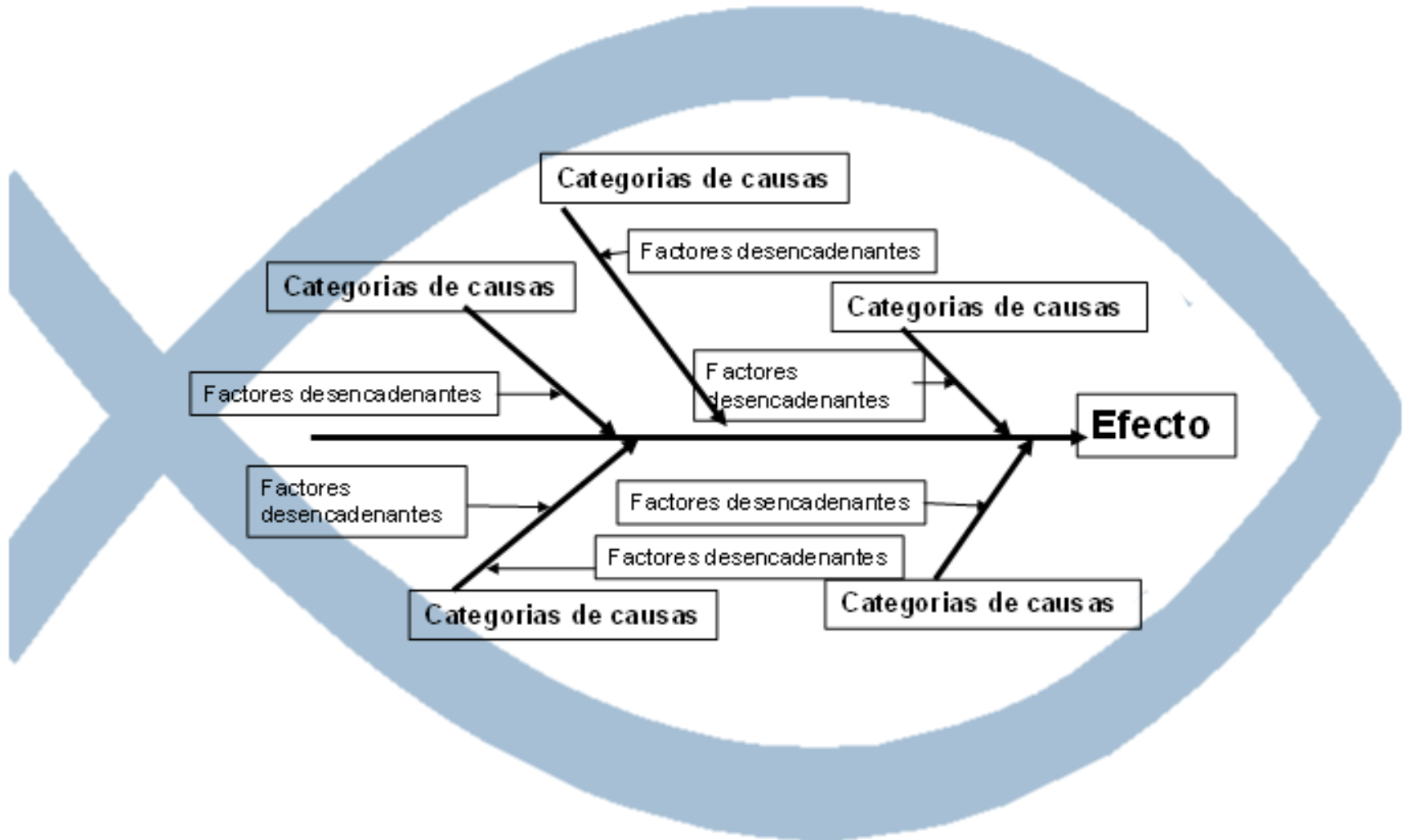
FALLAS ACTIVAS

- ▶ Manejo de Guías de Práctica Clínica
 - ▶ Manejo de maniobras para salvar vidas
 - ▶ Diagnostico tardío
 - ▶ Tratamiento errado y tardío
- 

OMS: ANALISIS CAUSAL DE LOS E.A. MAS FRECUENTES

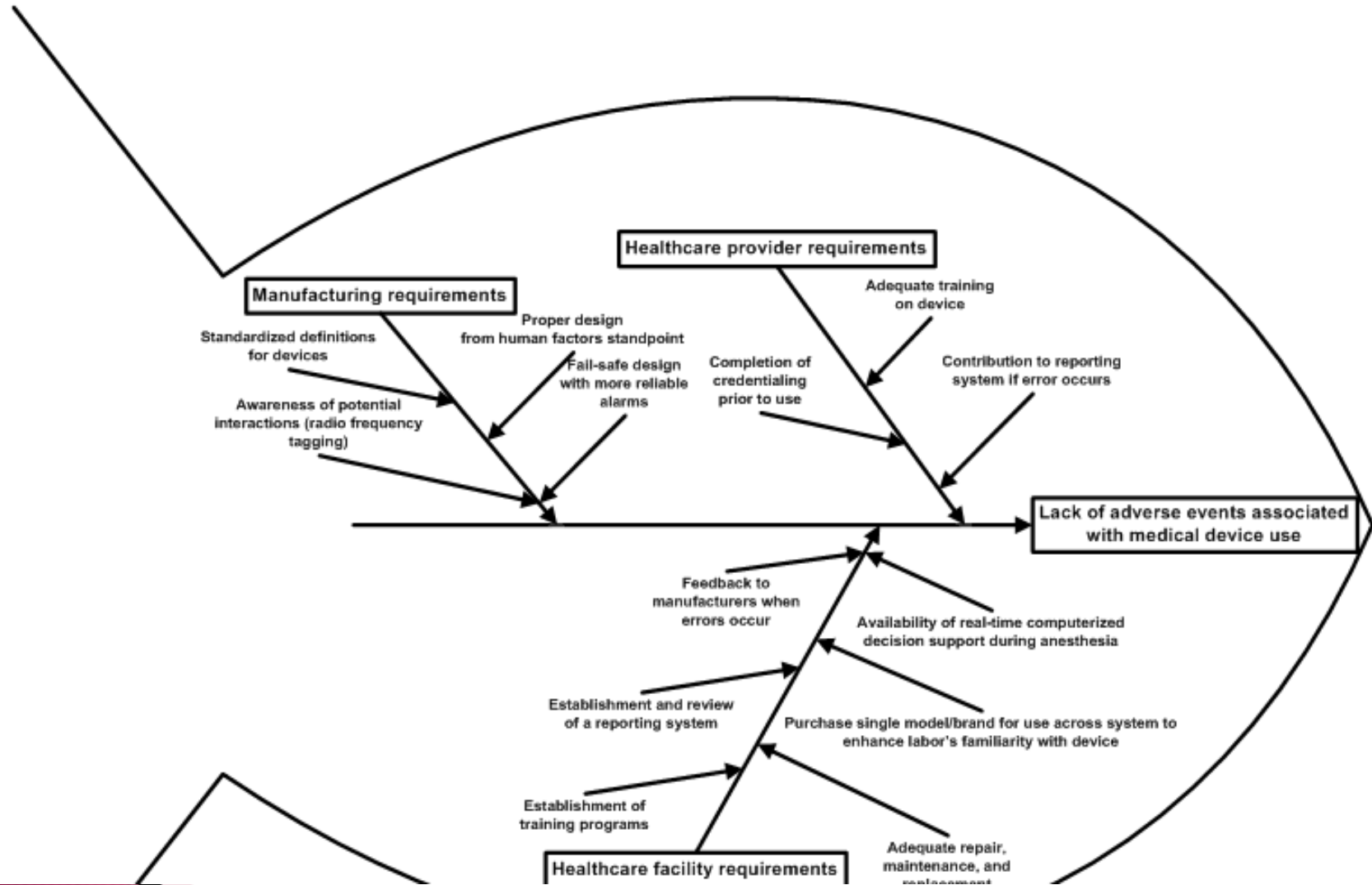
- ▶ **1: Infecciones asociadas a la atención sanitaria**
- ▶ **2: E.A. asociados a morbi-mortalidad materna**
- ▶ **3: E.A. asociados a uso de fármacos**
- ▶ **4: E.A por uso de dispositivos (tecnología) médicos**
- ▶ **5: E.A. por prácticas de inyecciones no seguras**
- ▶ **6: E.A. por productos sanguíneos no seguros**
- ▶ **7: E.A por un diagnóstico erróneo**
- ▶ **8: E.A por prácticas quirúrgicas y anestésicas inseguras**
- ▶ **9: E.A. por caídas de pacientes**

OMS: ESPINA CON FACTORES PRE DETERMINADOS

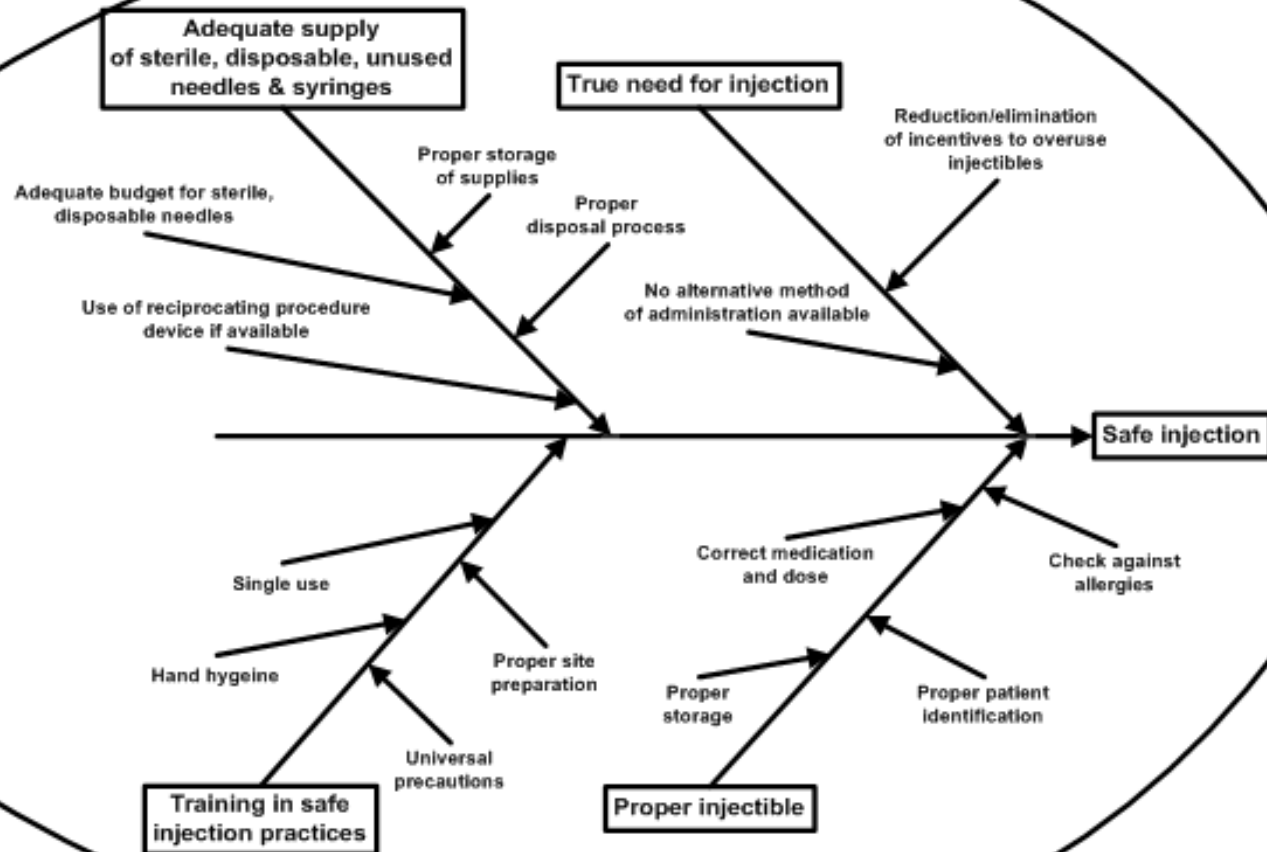


Tipo de suceso adverso 4:

Sucesos adversos debidos al uso dispositivos (tecnología) médicos

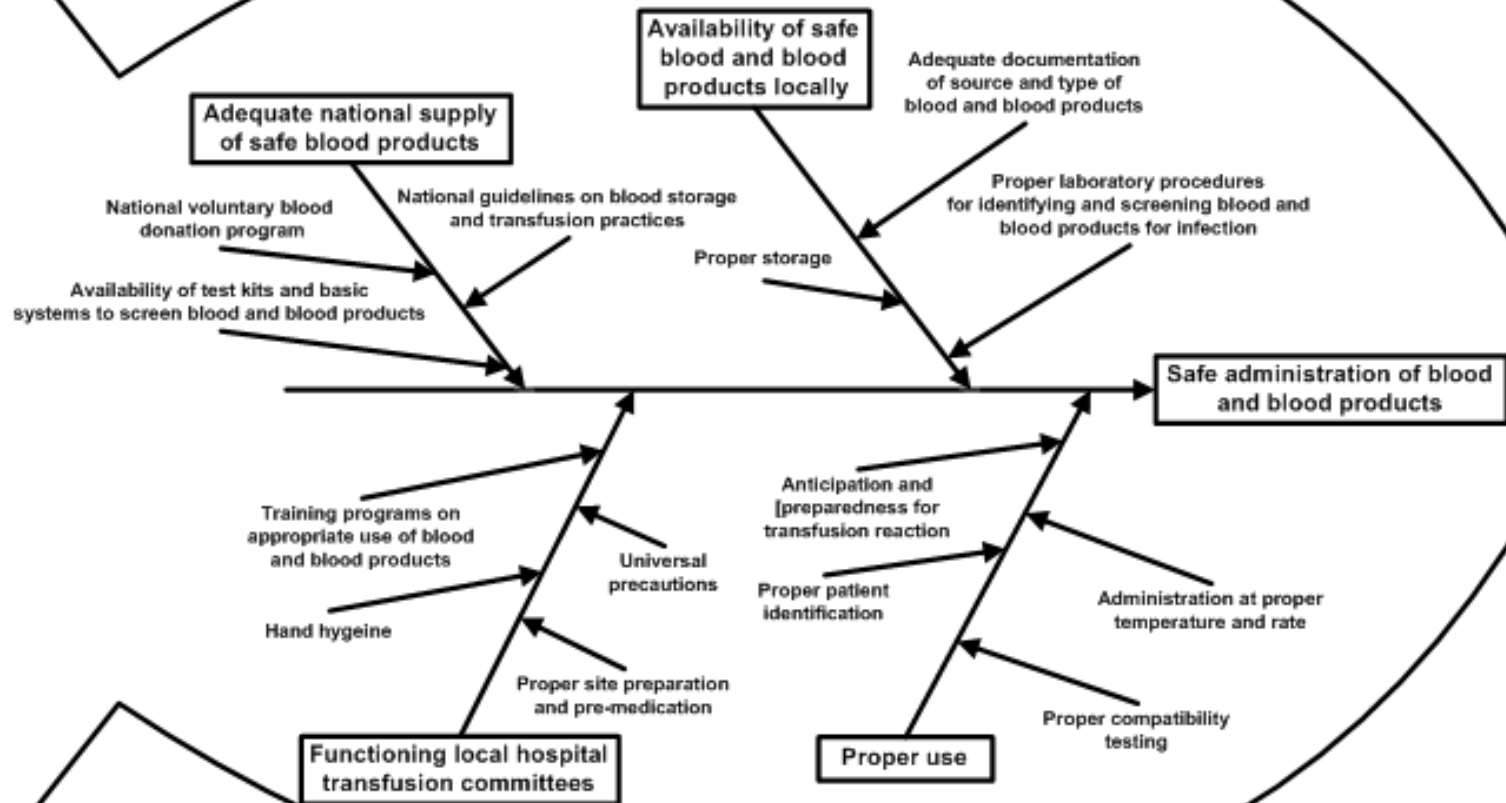


Tipo de suceso adverso 5: Sucesos adversos debidas a prácticas de inyección no seguras



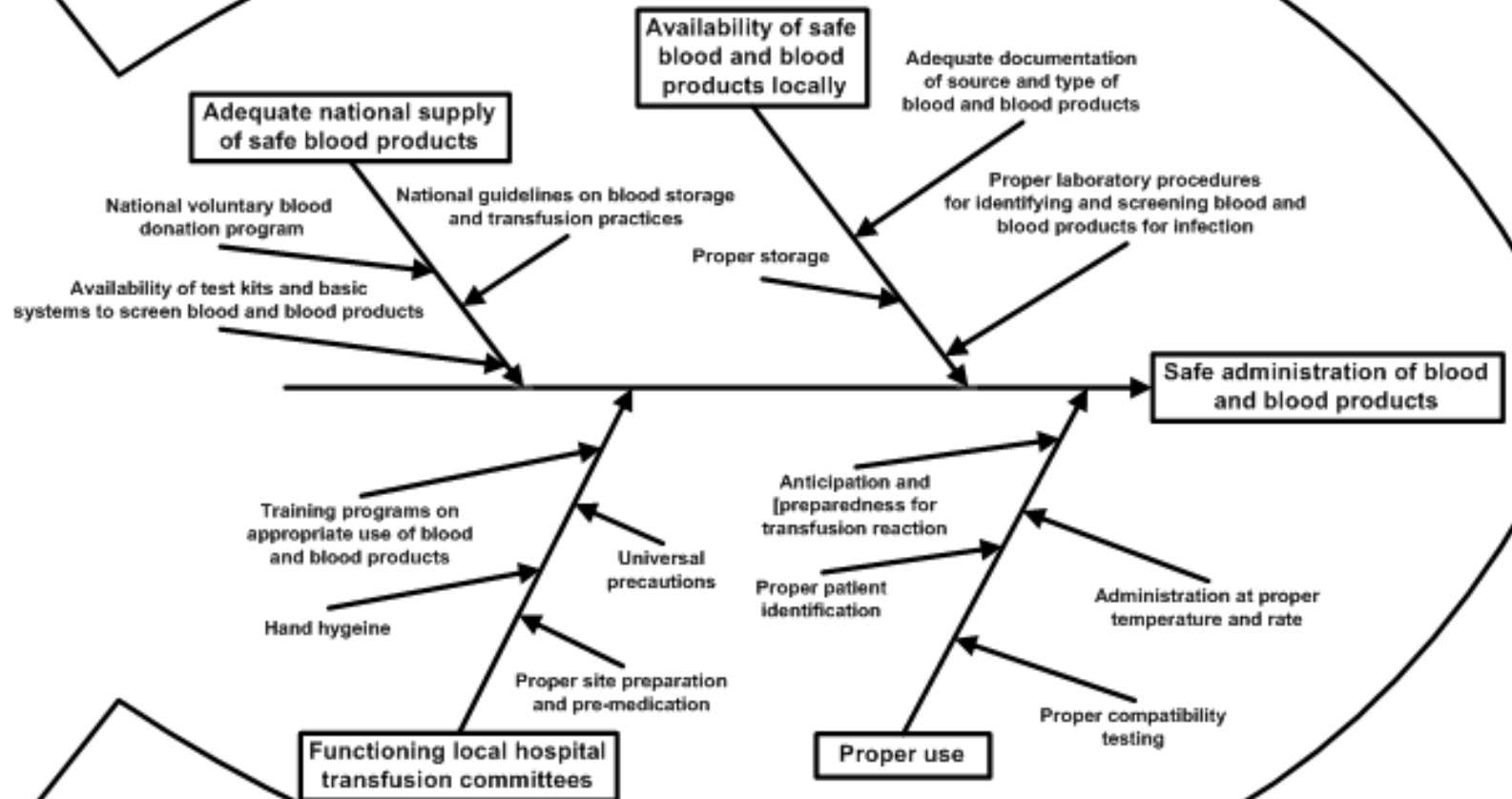
Tipo de suceso adverso 6

Sucesos adversos por productos sanguíneos no seguros

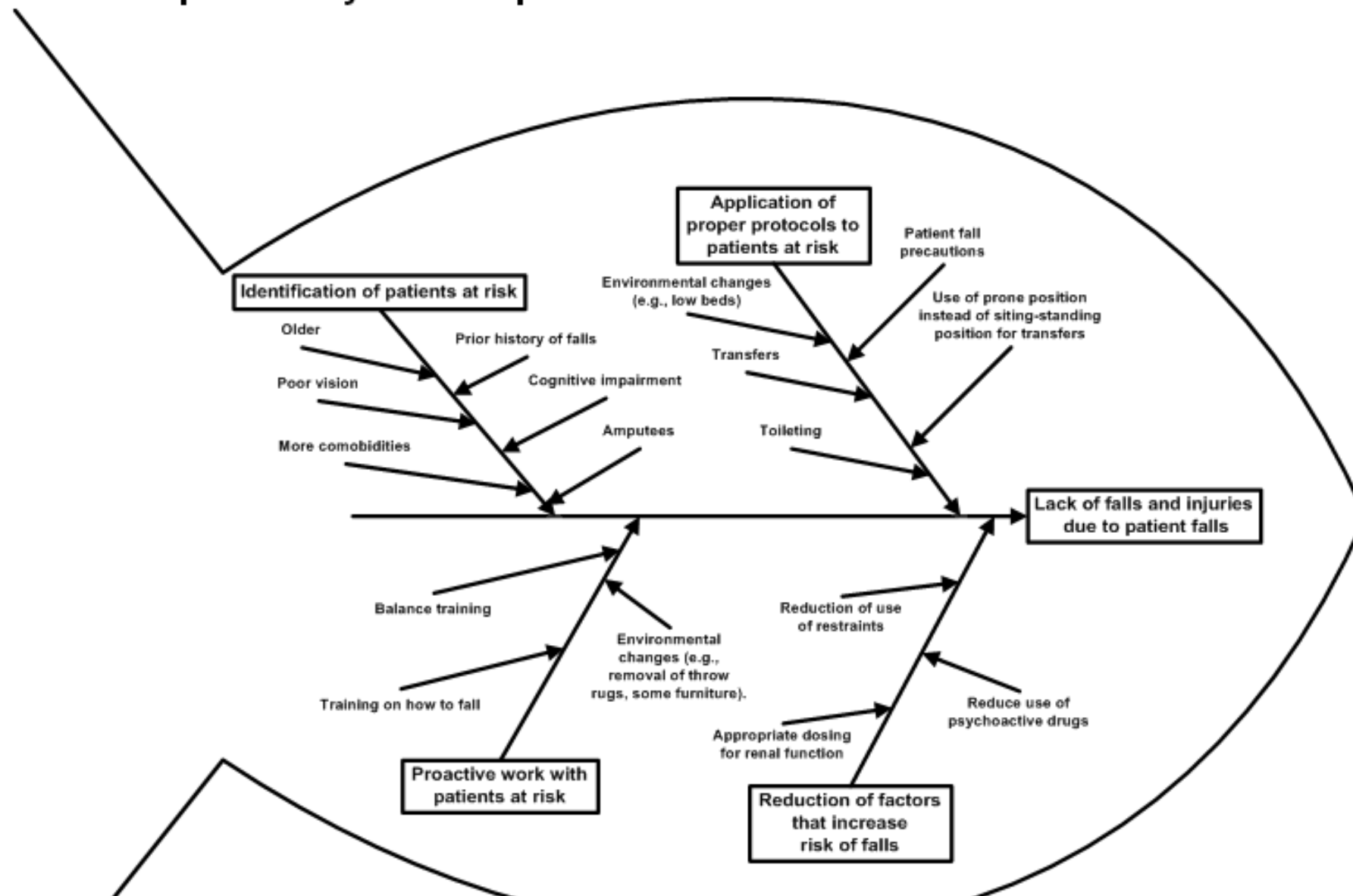


Tipo de suceso adverso 6

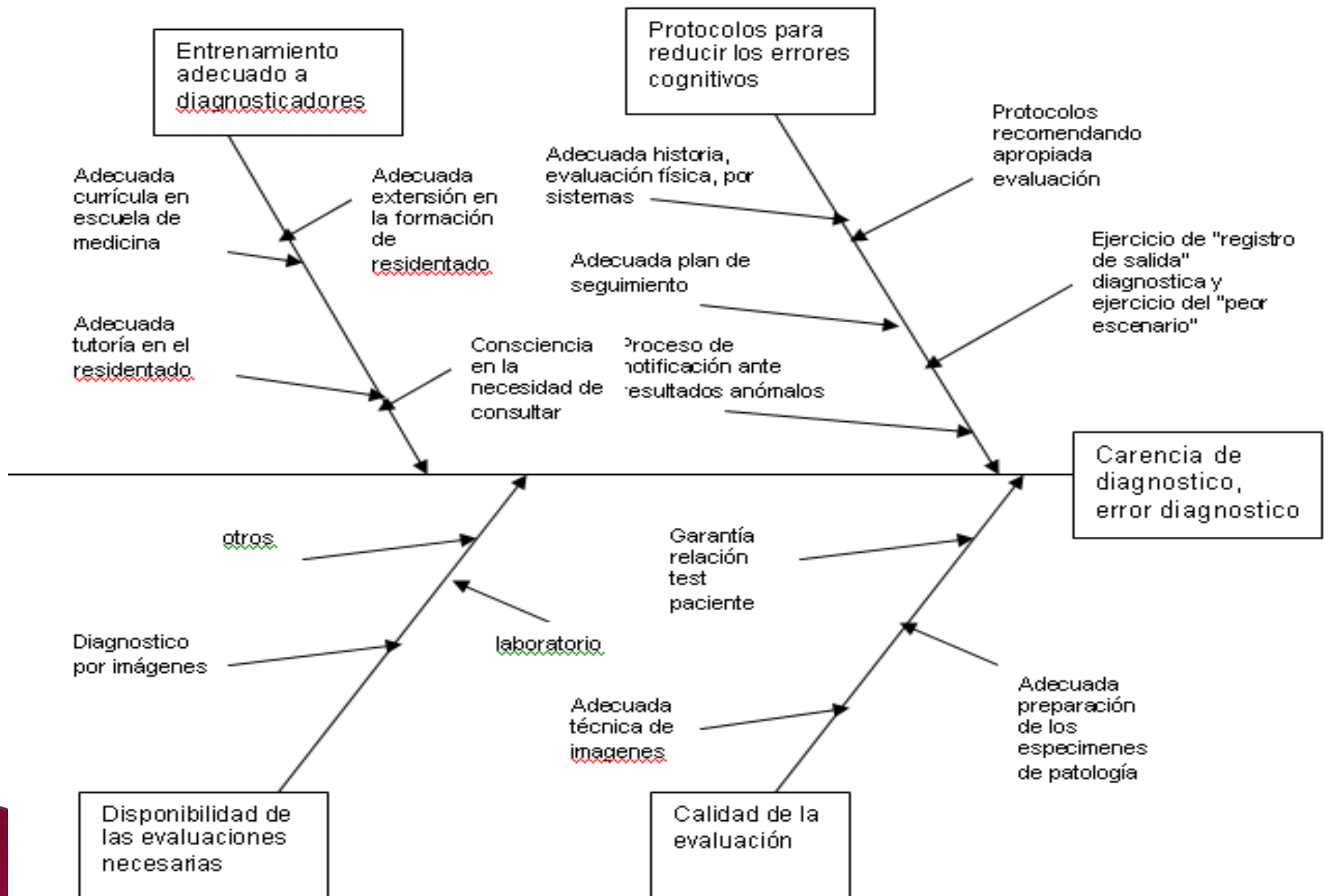
Sucesos adversos por productos sanguíneos no seguros



Tipo de suceso adverso 9: Caídas de pacientes y lesiones por caídas

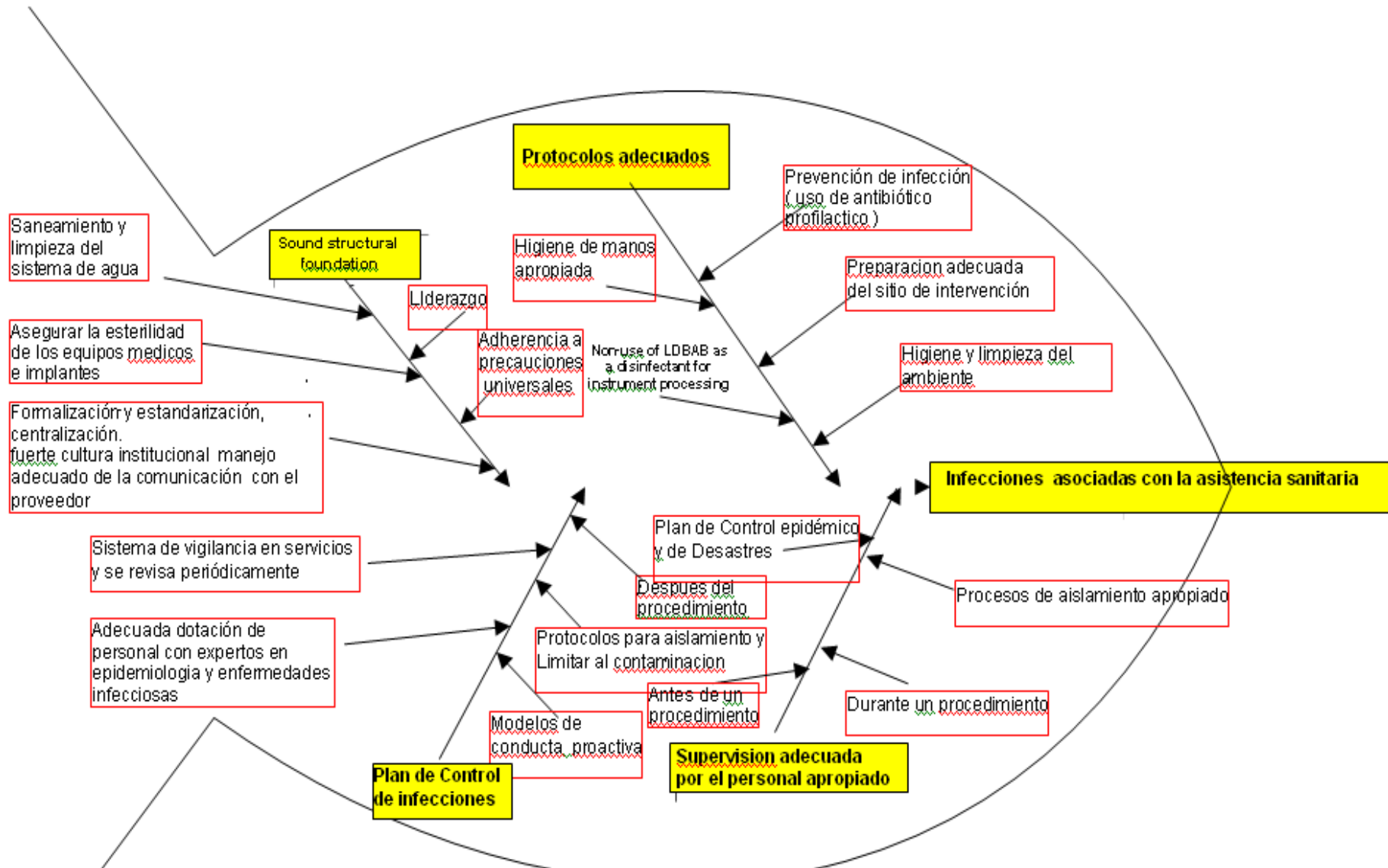


DIAGNOSTICO ERRONEO O FALTA DE DX



INFECCION NOSOCOMIAL

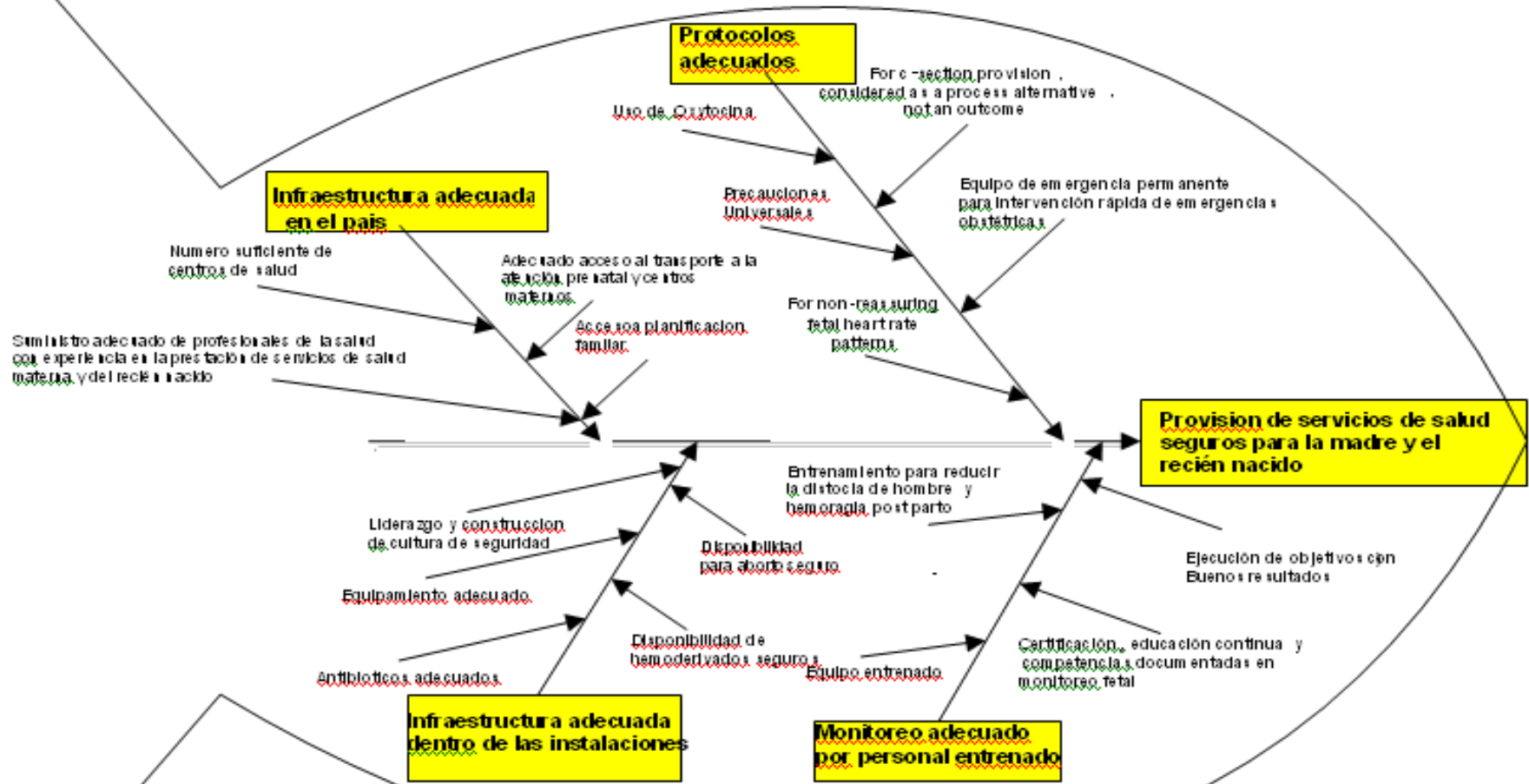
Infecciones asociadas a la atención sanitaria



E.A. asociados a morbi-mortalidad materna

Tipo de suceso adverso 2:

Morbi-mortalidad materna debida a la atención poco segura



Sucesos adversos debidos a prácticas quirúrgicas y anestésicas

