



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

Seguridad del Paciente

Definiciones

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

ACCIÓN INSEGURA. Es aquella que se ejecuta con error en la atención en salud, es una Falla Activa causa directa del daño que se le produce al paciente en el evento adverso. Esta se puede presentar también en el incidente, pero en este caso no le causa daño al paciente (porque una barrera física o incluso del paciente pudo protegerle). Son fallas directas y deben definirse claramente cuando ha sucedido un evento adverso.

BARRERAS DE SEGURIDAD (PROTECTORAS): Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. En taxonomía son acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.

Deben estar funcionando, ser reales, de lo contrario no se pueden considerar protectoras.

CIERRE DE CASO. En seguridad del paciente se considera que el caso está cerrado cuando el seguimiento permite garantizar que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector.

De acuerdo a la complejidad de los casos se puede considerar Cierre parcial y posteriormente Cierre Total.

EVENTO ADVERSO. Es aquel producto de la atención en salud que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a un daño severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad.

EVENTO ADVERSO SEGÚN SEVERIDAD. Tomando la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud y como se implementa en el estudio IBEAS se clasifican en:

Leve: Evento adverso que causa daño, pero no compromete la funcionalidad, no requiere hospitalización o no prolonga la hospitalización en pacientes que están en internación.

Moderado: Es aquel que genera hospitalización, o por el cual se aumenta, hay un daño evidente que compromete la funcionalidad en muchos casos de forma temporal, pasajera.

Grave o Severo (Incluye Trazador y Centinela (JC)): Aquí encontramos afectación de la funcionalidad, generalmente requiere cambios de servicio a un mayor nivel de complejidad. Puede haber discapacidad permanente y en muchos casos la muerte. Este evento adverso puede ser considerado como Evento adverso centinela o Evento adverso trazador por la magnitud del impacto en el paciente y en su entorno familiar.

EVITABILIDAD DEL EVENTO ADVERSO.

Prevenible: Es aquel daño que pudo ser evitado con la adherencia a los protocolos (de aplicación estrictamente obligatoria), con el cumplimiento a las inducciones y reinducciones, formación académica estricta, práctica (experiencia) en la ejecución de labores que así lo requieren, etc.

No prevenible: Es aquel que se presenta a pesar de que se hace seguimiento estricto del “deber ser” asistencial, respeto por la literatura existente (probada), experticia requerida. Cuando seguimos las indicaciones impartidas en los Procedimientos Institucionales normalizados. Pero en el cual queda completamente claro el hecho que no es una complicación.

FACTORES CONTRIBUTIVOS. Son condiciones previas que llevan a que cometamos un error (acción insegura) en la atención en salud. (La siguiente t

ORIGEN	FACTORES CONTRIBUTIVOS
AMBIENTE	ESPACIO
	CALOR
	INFRAESTRUCTURA
	CLIMA LABORAL 1: RELACIONES NEGATIVAS ENTRE JEFE Y COLABORADOR.
	CLIMA LABORAL 2: NO APEGO A LAS NORMAS LABORALES.
	CLIMA LABORAL 3. AMBIENTE TENSO (No pago oportuno, relaciones con poca comunicación).
	SOBRECARGA DE TRABAJO, ALTO VOLUMEN DE PACIENTES.
INDIVIDUO	OTROS
	CANSANCIO - FATIGA
	LARGA JORNADA LABORAL
	STRESS
	POCA EXPERIENCIA
	POCA APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES (GUIAS, PROTOCOLOS, ETC)
	NO ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS Y SU COMPROMISO.
EQUIPO DE TRABAJO	ACTITUD Y MOTIVACIÓN INSUFICIENTE
	OTROS.
	COMUNICACIÓN AUSENTE O DEFICIENTE
	FALTA DE SUPERVISIÓN
	FALTA DE LIDERAZGO DE EQUIPO
PACIENTE	FALTA DE SOPORTE DE ESPECIALIDADES EN EL MOMENTO REQUERIDO
	FALTA DE TRABAJO EN EQUIPO PARA TOMA DE DECISIONES
	FALLAS EN LA COMUNICACIÓN CON SU EQUIPO DE SALUD TRATANTE
	ALTA CARGA DE MORBILIDAD
	NO SOPORTE FAMILIAR, PACIENTES ABANDONADOS
TAREA Y TECNOLOGÍA	DESCONOCIMIENTO DE ANTECEDENTES
	OTROS
	DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
	AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
	DISEÑO DE LA TAREA
	CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA
	NO DISPONIBILIDAD DE LOS DOCUMENTOS ACTUALIZADOS A SEGUIR, GUIAS, PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS, MANUALES.
	FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO/ OPORTUNO.
	DAÑO OCASIONADO AL EQUIPO POR PERSONAL NO ENTRENADO PARA MANEJARLO
CARENCIA DE EQUIPOS- CARENCIA DE INSUMOS , CARENCIA DE MEDICAMENTOS.	
OTROS.	

Tabla de factores contributivos desarrollada en el marco del trabajo de seguridad del paciente en el año 2017 Secretaría Distrital de Salud Bogotá- OPS.

En la Guía Técnica de buenas Prácticas Versión 2, emitida por el Ministerio de Salud, Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO. Se considera que un evento adverso ha sido gestionado cuando tiene un plan de mejora ajustado al suceso que se presentó y se le ha hecho un seguimiento por lo menos. No es sinónimo de cierre de caso.

INCIDENTE. Suceso que ocurre con motivo de la atención en salud y en la cual hay también un error, una falla pero que no causa daño al paciente porque una barrera protectora se interpone y logra un efecto de escudo.

Debemos aprender a evaluar las Acciones Inseguras (errores) que se presentan en los casos para cuantificar su potencial de daño.

INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA. Son situaciones o información que nos alertan acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Señales de peligro que nos llaman para que no se materialice. Aún no ha pasado nada, deben neutralizarse de inmediato.

RECOMENDACIÓN TÉCNICA EN LA GESTIÓN DE LOS CASOS. Estos no deben pasar de 30 días para su cierre, exceptuando aquellos que requieren plan de mejora con Cronograma (Por ejemplo, cuando hay infraestructura que requiere cambios o nuevos diseños para protección de los pacientes) en este caso el Cronograma de actividades avalado por la Alta Dirección y su primer seguimiento funcionará como Gestión del evento adverso.

Esta recomendación se fundamenta en la importancia de la concurrencia, es enriquecedor el hecho de lograr el aprendizaje inmediato de ocurrido el suceso de seguridad del paciente.

RIESGO. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. En la taxonomía es la probabilidad de que se produzca un incidente.

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. En la taxonomía es la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

Es el aprendizaje institucional basado en los errores que permite crear medidas preventivas para que protejan los pacientes (proactividad) y evaluar nuevos riesgos para su neutralización.

SISTEMAS DE REGISTRO INTRAINSTITUCIONAL. Son sistemas formales que permiten a nivel de una institución seguir la ruta de los casos que afectan la seguridad del paciente, que comprende identificación, reporte, clasificación, análisis, gestión, seguimiento al plan de mejora, impacto institucional. De los eventos adversos e incidentes con potencial de severidad. Estos deben estar separados y tener cada uno la importancia que requiere.

SISTEMA DE REGISTRO EXTRA INSTITUCIONAL. Son sistemas hechos por Instituciones gubernamentales o no para recibir información de las instituciones con el fin de consolidar datos y generar programas de apoyo o lineamientos que buscan fortalecer la cultura de seguridad del paciente y enlazar con el direccionamiento estratégico.

BIBLIOGRAFIA

1. Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células: compilación y análisis comparado, Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Washington
2. Resolución 2003 de 2014, Ministerio de Salud y Protección Social/ Normas complementarias.
3. Resolución 3100 de 2019, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia.
4. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 2008/Normas Complementarias del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Observatorio de Calidad (sitio web). www.minproteccionsocial.gov.co/observatoriocalidad
5. "Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts"
6. International Clasificación for Patient Safety (ICPS)" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
7. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1,
8. FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
9. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare, 2015.
10. Technical Specification ISO/TS 19218/05: Medical devices — Coding structure for adverse event type and cause
11. <http://www.elhospital.com/blogs/Tecnovigilancia-en-Colombia,-un-ejemplo-para-la-region+96720>, Consultado el 15 de Abril de 2017.
12. Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células: compilación y análisis comparado, Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Washington, D.C. 2013.
13. Diversas consultas de www.AHRQ.com, mayo de 2018. Agency for healthcare research and quality USA.
14. Patient Safety Event Taxonomy – Version 1.0 (PSETTM-v.1.0) – Joint Commission on Accreditation of Healthcare, Organizations 2, 2005.
15. The National Reporting and Learning System – National Health Services, National Patient Safety Agency 3
16. The Australian Incident Monitoring System – Australian Patient Safety Foundation.
17. The Eindhoven Classification Model for System Failure (ECM) and The Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis – Medical (PRISMA) – Eindhoven, The Netherlands: Eindhoven University of Technology. 2005, August.
18. World Health Organization, Family of International Classifications Overview (2004, June).
19. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2006 (ICD-10).
20. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICF).
21. World Health Organization. International Classification of Health Interventions. (ICHI).

22. World Health Organization Drug Dictionary (maintained by the Uppsala Monitoring Centre), 2004.
23. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2005, October).
24. Project to Develop the International Patient Safety Event Taxonomy: Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 24-25 October 2005, Vancouver.
25. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2006, May).
26. Project to Develop the International Patient Safety Event Classification: Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 4 May 2006, Geneva.
27. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2006, December).
28. Project to Develop the International Patient Safety Event Classification: Draft Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 13-14 December 2006, Geneva.
29. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2007, June). Project to Develop the International Patient Safety Event
30. Classification: Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 8 June 2007, Geneva.
31. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2007, December).
32. Project to Develop the International Classification for Patient Safety: Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 6-7 December 2007, Geneva.
33. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2008, May). Project to Develop the International Classification for Patient Safety: Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 14-15 May 2008, Geneva.
34. Report of the WHO World Alliance for Patient Safety ICPS Drafting Group – 20-21 November 2010, Geneva.
35. Chang A, Schyve P, Croteau R, O'Leary D, Loeb J. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005;17(2):95-105.
36. A cross-sectional mixed methods study protocol to generate learning from patient safety incidents reported from general practice. *BMJ Open* 2015 Dec 1;5(12):e009079. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009079
37. <http://www.elhospital.com/blogs/Tecnovigilancia-en-Colombia,-un-ejemplo-para-la-region+96720>, Consultado el 15 de Abril de 2015.