neurocentro

GUIA DE BUENA PRACTICA PARA ANALIZAR Y GESTIONAR INCIDENTES Y EVENTOS

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 2
2 OBJETIVOS 2
3 MARCO LEGAL 2
4 DEFINICIONES 2
5 ALCANCE 4
6 ESTRUCTURA DEL MODELO DE SEGURIDAD DE PACIENTE INSTITUCIONAL 4
7 DESARROLLO DE ACTIVIDADES 4
7.1 DETECCIÓN 4
7.2 ACCIONES INMEDIATAS 4
7.3 DESCRIPCIÓN Y NOTIFICACIÓN 5
7.4 ANÁLISIS 5
7.4.1 PROTOCOLO DE LONDRES 5
7.4.2 INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS) 8
7.5 PLAN DE MEJORA 14
7.6 EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS 14
8 REGISTROS 14
9 BIBLIOGRAFÍA 14

1 INTRODUCCIÓN

Desde la aparición en los últimos años de informes sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria ha habido un mayor reconocimiento de la importancia del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

La seguridad del paciente actualmente es la prioridad en todos los sistemas de salud en el mundo y desde el sistema Único de Habilitación se requiere realizar seguimiento a riesgos, para garantizar la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos en cada uno de los servicios que se ofrecen. Los eventos adversos son uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el paciente.

Construir una cultura de seguridad del paciente requiere reconocer como principal elemento la calidad asistencial y, por tanto, integrar en la misión y los objetivos de las instituciones, en sus indicadores y en la elaboración de planes de trabajo y de mejoramiento continuo.

2 OBJETIVOS

Considerar la calidad de la atención en salud del NEUROCENTRO COLOMBIA SAS a través de un sistema de vigilancia de eventos adversos y su respectiva gestión.

3 MARCO LEGAL

RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

4 DEFINICIONES

ACCIÓN INSEGURA: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita

ATENCIÓN SEGURA: Es una atención en Salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

CONTEXTO CLÍNICO: Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

EVENTO ADVERSO CENTINELA: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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.

FACTOR CONTRIBUTIVO: Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

FALLA ACTIVA: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

FALLA LATENTE: Fallas en los sistemas de soporte.
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.
INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
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.

5 ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los servicios de salud ofertados en el NEUROCENTRO COLOMBIA SAS

6 ESTRUCTURA DEL MODELO DE SEGURIDAD DE PACIENTE INSTITUCIONAL

Conjunto de conceptos, lineamientos y herramientas que tienen como propósito el mejoramiento de los procesos clínicos y de apoyo en las organizaciones que prestan servicios de salud, enfocados en la seguridad de los pacientes, propiciando entornos seguros.
El Modelo de Gestión para la Seguridad del Paciente, debe garantizar una atención segura en NEUROCENTRO COLOMBIA SAS a los usuarios, a través de 3 componentes fundamentales:

- Seguridad Clínica
- Todas las acciones encaminadas a garantizar seguridad a nuestros pacientes (Guías de manejo, adherencia a protocolos).
- Tecnovigilancia: Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cuantificación de efectos indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a éstos efectos o características relacionados con éste riesgo, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

7 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

7.1 DETECCIÓN

El sistema de Vigilancia de incidentes y Eventos Adversos (EA) será pasivo. La detección del incidente o EA puede ser realizada por personal que trabaje en NEUROCENTRO COLOMBIA SAS, el paciente o el familiar. El reporte del paciente o su familia puede ser de manera escrita o verbal.

7.2 ACCIONES INMEDIATAS

NEUROCENTRO COLOMBIA SAS en beneficio de la atención del paciente debe adoptar las medidas inmediatas para: "Contener, prevenir y/o mitigar el daño, al mismo paciente o a otros, de acuerdo a los protocolos establecidos". Además, se deben establecer y proteger evidencias que ayuden en el análisis posterior del evento. Se debe dejar registro en la historia clínica de todas las acciones tomadas. El referente de seguridad del paciente debe informar inmediatamente, en función de la gravedad e impacto del Evento Adverso al Comité de Calidad y Seguridad del paciente.

7.3 DESCRIPCIÓN Y NOTIFICACIÓN

- El reportante describe EA en la historia clínica incluyendo: Descripción del EA, consecuencias, medidas adoptadas.
- Diligenciar reporte de EA en forma inmediata. Esta notificación deberá llenarla el funcionario que interviene en el manejo del EA, el cual se realiza a través del link formato de google form y a su vez el referente de seguridad del paciente como el líder de calidad pueden tener acceso a este en tiempo real.
- El referente de seguridad del paciente junto con el comité de calidad y seguridad del paciente debe remitir el reporte definitivo. https://docs.google.com/forms/d/1qs5xW1GX4LLWNBZO1nxHVc8bacbanBCkf-vHODx9258/edit

El formato para utilizar para el reporte de EA será la "HERRAMIENTA 2: FORMATO SUGERIDO PARA EL REPORTE INTRAINSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS", encontrado en "Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" del Ministerio de la Protección Social.

7.4 ANÁLISIS

Los eventos o incidentes adversos son circunstancias no deseables y no descritas, que ocurren como resultado de una atención en salud que de manera no

intencional produjo daño, por tal razón, el Programa de seguridad de NEUROCENTRO COLOMBIA SAS cuenta con una herramienta para el análisis en caso de presentarse uno: PROTOCOLO DE LONDRES, el cual permitirá evaluar e identificar los puntos en los cuales se presentan fallas o errores durante la prestación del servicio y así determinar qué acciones deben ser realizadas a fin de implementar soluciones, mejorar los procesos de la atención en salud de NEUROCENTRO COLOMBIA SAS y desarrollar estrategias para prevenir la ocurrencia de un evento o incidente adverso**.**

7.4.1PROTOCOLO DE LONDRES

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.
Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden generar conductas inseguras de diversa índole. Las

barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo.

Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físicos (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 1 resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional senior con profesional junior, médico con enfermera, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

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
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	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)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una "acción insegura". El protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como "Care Delivery Problems (CDP)". Nosotros preferimos seguirlas llamando acciones inseguras.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

7.4.2INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

En la figura 2 se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.



Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.

Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. El equipo está conformado por las personas que hacen parte del comité de calidad y seguridad del paciente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.

- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo estos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente. Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

- Precise la cronología del incidente. 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 las cronologías:
- 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

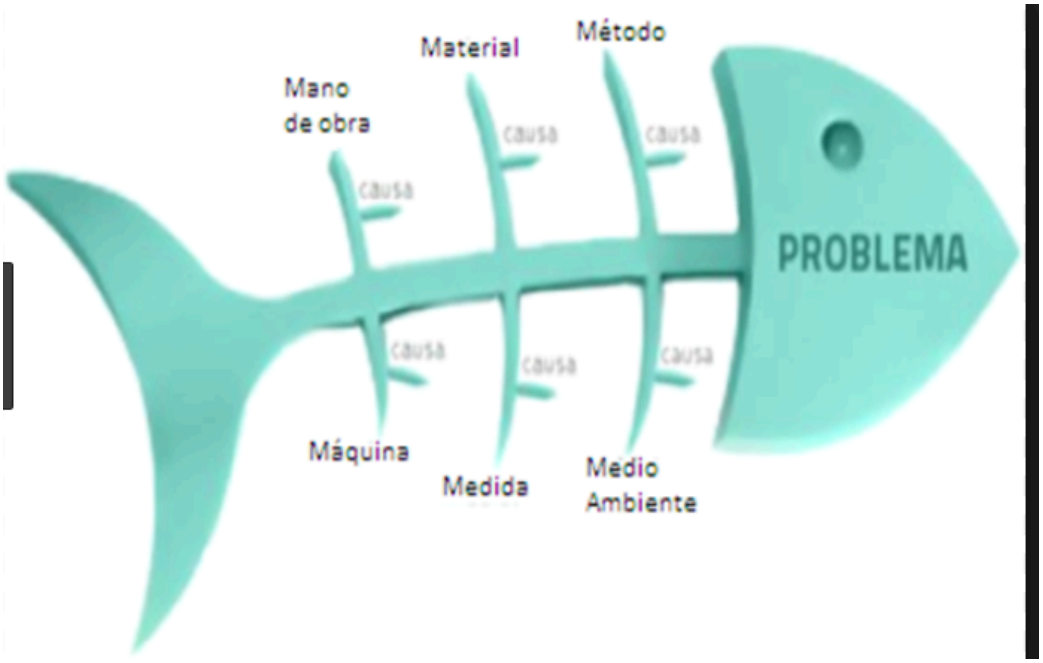
acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

- Identifique 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. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz 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 esté completa.
- Identifique los 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). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 2. PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Tabla 2. Protocolo de entrevista



- 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 el 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 por 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, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

7.5 PLAN DE MEJORA

Luego de identificar por medio de esta metodología las causas del problema se deben adoptar las acciones correctivas determinadas, a las cuales se les debe asignar un seguimiento y una fecha de cumplimiento como se indicó en el numeral anterior. El análisis y su respectiva gestión deben ser documentados en el Comité de Calidad y De Seguridad Del Paciente.

7.6 EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de los planes serán difundidos al interior del NEUROCENTRO COLOMBIA SAS, por diversos medios (reuniones técnicas y capacitaciones) y según programación pactada en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, con el paciente y su familia si aplica.

8 REGISTROS

- Formato para el reporte de incidentes y eventos adversos -link de reporte https://forms.gle/WpDwS7kfhqPeDRwNA
- Formato de entrevista a pacientes de incidentes y eventos adversos
- Formato de análisis de incidentes y eventos adversos metodología Protocolo de Londres

9 BIBLIOGRAFÍA

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social; Noviembre de 2008

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" - La seguridad del paciente y la atención segura. Versión 1.0

Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social; Diciembre de 2007