

El mejor instrumento en la evaluación de eventos adversos, ¿DAFO o protocolo de Londres?



The best tool in the evaluation of adverse events, SWOT or London's protocol?

Sra. Directora:

Partiendo del principio de que “el acceso a una atención sanitaria segura es un derecho básico del ciudadano”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la seguridad del paciente constituye un problema de Salud Pública a nivel mundial¹. En este sentido cobra especial interés en toda Institución Sanitaria, la elección de instrumentos eficaces en la gestión de Eventos Adversos (EA), entendidos los mismos como “cualquier tipo de lesión ó complicación involuntaria acaecidos durante las atención a la salud, los cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro de salud del paciente, con las consecuentes repercusiones negativas en merma de prestigio ó pérdida económica para la institución sanitaria”².

En este sentido, los distintos profesionales en un intento por eliminar ó al menos mitigar la existencia de EA en su práctica clínica han empleado dos herramientas de gestión: el DAFO y las derivadas del Protocolo de Londres, existiendo actualmente ciertas controversias en cuanto a su aplicación, eficacia ó adecuación a un determinado problema de salud.

Por DAFO³, acrónimo de (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) entendemos una técnica de recolección de información referente a las características de una determinada organización sanitaria, así como a los profesionales que la integran, que presenta como principal característica su dinámica participativa, permitiendo obtener un conjunto de estrategias consensuadas que permiten una planificación previa en la toma de decisiones ante procesos de cambios organizacionales, de forma *prospectiva* frente a potenciales EA. La implementación de la misma permite obtener una visión global de la organización y sus integrantes a través de la elaboración en una primera instancia de una “Matriz DAFO” para detectar todos aquellos factores determinantes dentro de la Institución sanitaria que consoliden fortalezas, minimicen debilidades, aprovechen oportunidades de mejora y eliminen o reduzcan amenazas, finalizando el consenso en torno a un mapa de estrategias que posibiliten la introducción de un cambio de paradigma. Posteriormente, la información obtenida se sintetiza en una única matriz denominada “Matriz sintética DAFO”, que

permite un refinamiento de la información en una estructura semántica más elaborada, agrupar los condicionantes repetitivos, reubicar estrategias y establecer subcategorías con aquellas que compartían características similares.

Por el contrario, el protocolo de Londres constituye una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación de Incidentes clínicos”⁴, basado en un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, que si bien no reemplaza la experiencia clínica, mejora la metodología analítica ya que permite una identificación detallada de una sumatoria de fallos que condujeron al EA, de forma reflexiva y predecible en cuanto a resultados, abarcando todo el proceso asistencial.

Derivado del mismo, se constituyó la herramienta “PITELO”, acrónimo de (Paciente, Individuo, Tarea, Equipo, Trabajo, y Organización), expresado de forma detallada en la [tabla 1](#). Dicho instrumento, fue adoptado como elemento de comunicación de EA por el “Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación” (SENSAR)⁵, a través de una plataforma informática que engloba a una serie de hospitales adscritos al mismo para la notificación y puesta en común de los distintos EA surgidos en los mismos. Su característica más novedosa es la de encontrarse centrada en el paciente, permitiendo al clínico un análisis proactivo del EA y la posterior implementación de medidas correctoras. Su propósito fundamental es la de facilitar la investigación del EA ya consolidado, enfocando la gestión del daño desde un enfoque multicausal, estructurado y sistemático, involucrando a todos los niveles de la organización y permitiendo un feed-back entre deficiencias del sistema y medidas correctoras⁶.

Constituye una herramienta de indudable eficacia en la gestión del EA ya *consolidado*, a través de la investigación de la “acción insegura”, entendida ésta como una conducta en la atención sanitaria que se aparta de la práctica habitual, analiza el contexto clínico, con especial énfasis en el *paciente* y evalúa el denominado *factor contributivo*, definido como el conjunto de condiciones que precipitan ó favorecen la acción insegura (datos especificados en la [tabla 1](#)).

En resumen, podemos afirmar que la gestión de EA latentes precisa de un análisis detallado de la organización sanitaria, información a la que se accede a través de la elaboración de un DAFO, mientras que la evaluación de EA consolidados se beneficiaría de una herramienta más precisa (PITELO). Ambos instrumentos no han de considerarse como excluyentes, sino complementarios ya que el empleo combinado de ambos permite al profesional el abordaje integral de todos aquellos aspectos mejorables de la organización sanitaria, tanto de forma proactiva como retroactiva.

Tabla 1 Características de la herramienta “PITELO”

Factores del Paciente (P)	Factores del Individuo (I)	Factores de Tarea (T)
1.-Patología previa compleja	1.-Falta de cualificación	1.-Ausencia de protocolos o procedimientos
2.-Problemas anestésicos previos	2.-Falta de experiencia	2.-Actualización insuficiente de protocolo
3.-Riesgos asociados a tratamiento conocidos	3.-Falta de conocimiento	3.-Información aportada de protocolos insuficiente
4.-Rechazo de todo o parte del tratamiento	4.-Falta de motivación	4.-Diseño inadecuado de tareas, procedimientos y circuitos
5.-Problemas sociales o familiares	5.-Saturación mental	5.-Ausencia de pruebas complementarias
	6.-Fatiga	6.-Desacuerdo en los resultados de pruebas complementarias
	7.-Prisa	
	8.-Enfermedad	
Factores de Equipo Humano (E)	Factores del lugar de trabajo (T)	Factores de la Organización (O)
1.-Error en la comunicación entre profesionales	1.-Ausencia de equipamiento, material y/o medicación	1.-Falta de experiencia del responsable
2.-Error en la comunicación con pacientes	2.-Fallo de equipamiento o material	2.-Ausencia de responsable
3.-Ilegibilidad parcial o total de la historia clínica	3.-Uso inadecuado de equipamiento	3.-Insuficiencia de personal
4.-Ausencia de supervisión de médico adjunto	4.-Mantenimiento inadecuado de equipamiento	4.-Confeccion inadecuada de turnos
5.-Retraso o negación en la búsqueda de ayuda	5.-Fallos de limpieza, iluminación, temperatura...	5.-Programación inadecuada
6.-Ayuda insuficiente o inadecuada	6.-Diseño arquitectónico inadecuado	6.-Objetivos mal definidos
7.-Diferencia de criterios entre miembros del mismo o diferentes servicios	7.-Seguridad en el lugar del trabajo inadecuada	7.-Problemas en la política de formación

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet]. [Consultado 7 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
2. Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Agra-Varela Y, Limón-Ramírez R, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp*. 2007;82:268–77.
3. Tractenberg RE, Gordon M. Supporting Evidence-Informed Teaching in Biomedical and Health Professions Education Through Knowledge Translation: An Interdisciplinary Literature Review. *Teach Learn Med*. 2017;29:268–79.
4. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EI, Hewett Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol. *Br Med J*. 2000;320:777–81.
5. SENSAR. Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación. PITELO. [Internet]. [Consultado 14 Ene 2018]. Disponible en: <https://pitelo.sensar.org/>
6. Baker GR, Flintoft V, Wojtak A, Blais R. Contributing causes to adverse events in home care and potential interventions to reduce their incidence. *Healthc Manage Forum*. 2018;31:178–85.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c
y M.L. Moreno Martín^d

^a Especialidad de Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

^b Enfermería, docencia del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España

^c Enfermería, Supervisión de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

^d Enfermería, Unidad de Anestesiología y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

* Autor para correspondencia. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Parque Tecnológico de la Salud. Avenida del Conocimiento 25, 18016. Granada, España. Tel.: +609 628514

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.004>
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.