

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

OBJETIVO: Desarrollar de metodología de análisis causal para sucesos de seguridad de la ESE. Garantizando la eficiencia para determinar las acciones inseguras y barreras con el fin de evitar que se presenten eventos adversos y así brindar una atención con seguridad a nuestros usuarios.

ALCANCE: El procedimiento es aplicable a quienes requieran realizar análisis causal de un incidente o evento.

El presente procedimiento Inicia con la selección del equipo para investigar un suceso en seguridad del paciente y termina con la identificación de barreras para evitar que una acción insegura se vuelva a presentar y seguimiento a pacientes.

DEFINICIONES:

- **Acciones inseguras:** Son acciones u omisiones en relación con la atención de un paciente, que tienen el potencial de generar daño o un evento adverso.
- **Análisis de Causa Raíz:** es una metodología de confiabilidad que emplea un conjunto de técnicas o procesos, para identificar factores casuales de falla. Es decir, el origen de un problema definido, relacionado con el personal, los procesos, las tecnologías, y la organización, con el objetivo de identificar actividades o acciones que los eliminen.
- **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Barreras Físicas:** acciones preventivas y/o correctivas relacionadas con infraestructura, instalaciones.
- **Barreas administrativas:** acciones preventivas y/o correctivas relacionadas con los sistemas de apoyo y soporte de la institución.
- **Barreas naturales:** acciones preventivas y/o correctivas relacionadas con el ambiente como iluminación, ruido.
- **Barrera acción humana:** Acciones relacionadas con el personal, como capacitación, entrenamiento y seguimiento.
- **Barrera Tecnología:** Acciones preventivas o correctivas para la implementación y estandarización sistemas automatizados.
- **Causa raíces físicas:** Son las causas que, provocadas directamente por el funcionamiento de un equipo, están relacionadas con fallas de componentes físicos del equipo o sustancias. Son los efectos de las causas raíz humanas.
- **Causa raíces humanas:** Son el origen de las causas raíz físicas. Son ocasionadas por la intervención inapropiada del factor humano. Generalmente, se relacionan con: descuido, olvido o equivocación, es decir, errores u omisiones. Son los efectos de las causas raíz latentes.

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

- **Causa Raíces Latentes:** Son el origen de las causas raíz humanas. Tienen que ver directamente con el sistema organizacional o de administración. Se refiere a la no utilización de procedimientos, falla de programas, entre otras, que de no ser corregidos conducirán a la repetición del problema.
- **Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad o la muerte y de carácter físico, social o psicológico.
- **Error:** El uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación) o la falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). La acción y la omisión pueden causar tanto los errores de planeación como los de ejecución. Error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”.
- **Error por acción:** El error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”. En general, los errores por acción son mucho más notorios y fáciles de detectar y por ello, menos peligrosos. Ejemplo: Colocar un medicamento a un paciente equivocado, Cirugía en lugar equivocado.
- **Error por omisión:** El error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”. Generalmente, los errores por omisión están asociados a la no realización de las actividades establecidas en los protocolos o en las guías de atención o en pretermitir barreras de seguridad. Ejemplo: no tomar las medidas de detección de riesgo y prevención fuga de paciente; se omite el protocolo de anticoagulación en pacientes con reposos prolongados (postoperatorio de reemplazo de cadera), cuando se contempla su realización.
- **Evento Adverso:** El evento adverso se caracteriza por la presencia de una tríada: daño del paciente, producido de manera involuntaria por el personal asistencial, y atribuible a la atención en salud. Ejemplo: Fractura en paciente de anciano por caída de camilla, Reacción anafiláctica por medicación.
- **Evento Adverso Evitable:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base. En otras palabras, el evento adverso evitable es aquel que se da en presencia de un error asociado. Es decir, es necesario establecer cuál fue el evento adverso: cuál fue el error y la relación causal entre este y aquel. Ejemplo: Fractura craneana en paciente pediátrico por caída de camilla que no reunía condiciones de seguridad (barandillas no levantadas o fijadas).
- **Evento Adverso No Evitable:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ejemplo: Reacción adversa a medicación que el paciente ha referido como administrada con anterioridad sin percances y sin que refiera alergia conocida.
- **Evento centinela:** Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad, estos eventos avisan de la necesidad de una

Código: SGC-PC-GC-005	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES</p>	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

investigación y una respuesta inmediata. Ejemplo: Resultado de muerte al administrar a una paciente medicación por vía incorrecta.

- **Entrevista:** Es una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas, se podrá tener declaración, observaciones y narraciones espontaneas de la secuencia de los hechos y la percepción individual acerca de lo ocurrido.
- **Factor Contributivo:** son las condiciones que predisponen una acción insegura que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o evento que ha aumentado el riesgo de que se produzca. A continuación, se describen los factores contributivos.
- **Fallas En Las Barreras:** omisión de una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación de un evento.
- **Fallas en Barreras Físicas:** Se refiere al mal funcionamiento de características de la infraestructura (planta física e instalaciones), los equipos o el amoblamiento institucional que, se suponía, estaban diseñadas para impedir la ocurrencia de un evento adverso. Incluye:
 - Deficiencias en barreras estructurales (planta física e instalaciones). Ejemplo: una barra de sujeción en un baño, que se desprende mientras el paciente se aferra a ella y le ocasiona una caída o cualquier lesión.
 - Deficiencias en barreras de equipos (biomédicos o industriales). Ejemplos: Falla en el seguro de mezcla hipóxica de una máquina de anestesia, que conduce a una hipoxemia en el paciente; falla en el sistema de control visual (circuito cerrado) que facilita la fuga de un paciente o el robo de un menor, muerte o lesión de paciente por falla en el detector de metales que permite el ingreso de un arma.
 - Deficiencias en barreras propias del amoblamiento institucional. Ejemplo: Mal funcionamiento de las barandas de una cama, que conduce a la caída del paciente.
- **Fallas en Barreras Administrativas:** Hace referencia a la no operación, o a fallas durante la aplicación, de sistemas y controles de carácter administrativo que se supone estaban establecidos para evitar la ocurrencia de eventos adversos. No incluye las fallas de estos controles debido a su no utilización o a mala utilización de los mismos, por el personal institucional. Incluye:
 - Deficiencias en la operación de controles informáticos. Ejemplo: evento adverso medicamentoso durante una caída del sistema de información (historia clínica electrónica) que impide alertar sobre una sobredosis.
 - Deficiencias en la operación de controles procedimentales. Ejemplo: No detección de un riesgo porque el mismo no estaba contemplado en una lista de chequeo, eventos adversos por fallas en el diseño de formatos de control (campos con extensión limitada que generan registros insuficientes o ilegibles).

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

- **Fallas en Barreras Humanas:** Son fallas en la aplicación de controles humanos, que no pueden catalogarse como errores por acción, por omisión ni como violaciones conscientes. Se clasifican en:
 - Ausencia breve justificada. La persona que se supone debía estar en un lugar, no se encontraba en el mismo (sin tratarse de un comportamiento negligente), lo cual posibilita la ocurrencia de un evento adverso. Ejemplo: el vigilante que se ausenta de su puesto con justa causa y por breves instantes, lo que es aprovechado para una fuga de paciente, robo de menor de edad o ingreso de armas.
 - Limitación física para evitar un evento. Ejemplo: Auxiliar de enfermería o camillero que, ante una convulsión inesperada del paciente al cual están acompañando, no logran impedir su caída o lesión; vigilante que no logra contener a un usuario o acompañante agresivo que termina lesionando a un paciente.
- **Fallas en Barreras Naturales:** Se refiere a las deficiencias en las barreras naturales del propio paciente. Incluye:
 - Deficiencias en barreras anatómicas: Lesiones o malformaciones de cualquier índole en piel o mucosas que posibilitan la infección. Ejemplo: fracturas abiertas.
 - Deficiencias en barreras fisiológicas. Ejemplo: Trastornos de la inmunidad del sistema de coagulación o de otros sistemas de homeostasis que favorecen la ocurrencia de eventos adversos.
 - Discapacidades físicas o cognitivas. Ejemplo: Eventos adversos por fallas en la comunicación con pacientes sordomudos, caídas u otros accidentes en pacientes con limitaciones físicas.
- **Paciente:** Incluyen aquellos aspectos que son específicos de cada paciente un paciente Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Individuo:** Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. El equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería) 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.
- **Tarea y tecnología:** documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Ambiente:** Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo, referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, deficiencias en infraestructura. Ejemplo: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente.

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

- **Equipo de trabajo:** como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, 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 dentro de este factor contributivo se tiene en cuenta:
- **Factores sociales y de equipo:** Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación, las estructuras tradicionales de jerarquía pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.
- **Factores de formación y entrenamiento:** La disponibilidad de personal formado y competente para las funciones que desarrolla.
- **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.
- **Falla de La atención en salud:** deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Fallas activas:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso, que tienen el potencial de generar daño o un evento adverso las fallas activas está dirigida a corregir a las personas.
- **Errores inconscientes:** la persona no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona. Estas fallas se asocian con frecuencia al cansancio de las personas o sobrecargas de trabajo.
- **Fallas latentes:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo y soporte. (Personal administrativo).
- **Indicio de evento adverso:** En sentido estricto, es un dato clínico relacionado con la atención del paciente que indica una razonable probabilidad de que un evento ha ocurrido o está ocurriendo.
- **Factor contributivo:** son las condiciones que predisponen una acción insegura que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o evento que ha aumentado el riesgo de que se produzca, por ejemplo, mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas.
- **Incidente:** Se trata de situaciones en las cuales la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión; pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta un daño en el paciente.

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

SEVERIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Cuando se ha producido un daño, **el grado del daño** se relaciona con la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un evento adverso. Para el análisis de los eventos adversos se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de severidad de estos como se indica a continuación:

1. **Mínimo:** el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
2. **Leve:** el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
3. **Moderado:** el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
4. **Grave:** el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración. Ejemplo: Paciente en postoperatorio de histerectomía abdominal total a quien por descuido le dejan una compresa intraabdominal y requiere de laparotomía exploratoria para retiro de cuerpo extraño.
5. **Muerte:** sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

Violación consciente de la Seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento, “no la intencionalidad de hacer daño si no de no aplicar los lineamientos emitidos por la clínica”.

MATERIALES: Computador- formato de consolidado de eventos adversos e incidentes- formato de protocolo de Londres- formato reporte de eventos adversos.

RECURSO HUMANO: Coordinación resolutive y auditoria de calidad.

SEGURIDAD INDUSTRIAL: EPP- Pausas Activas.

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8 PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

CONTENIDO			
ACTIVIDAD/COMO	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CONTROL
1. Validación de la información: 1.1. Revisar los incidentes y eventos reportados. 1.2. Validar los datos registrados. 1.3. Retroalimentar las fallas en el reporte detectadas.	Referente seguridad del paciente.	Correo Electrónico coord_area@hospitalSANRAFAEL.gov.co Formato de Reporte de eventos adversos e incidentes	Formato de Consolidado de eventos adversos e incidentes
2. Priorización: 2.1. Priorizar los eventos centinela debido a su impacto en el paciente y en la organización, es decir antes de finalizadas las 24 horas hábiles de la identificación del evento. 2.2. Los eventos graves, moderados y leves serán investigados y analizados de forma mediata (08 días).	Referente seguridad del paciente Referente seguridad del paciente	Formato de Consolidado de eventos adversos e incidentes	Formato de Consolidado de eventos adversos e incidentes clasificado
3. Distribuir casos y seleccionar equipo investigador: 3.1 Agrupar diariamente los incidentes del mismo tipo y enviar a cada servicio y líderes. 3.2 Distribuir los eventos: Si es un evento centinela se distribuirá el mismo día hábil. Si es un evento grave, moderado o leve se distribuirá en 24 horas, si es fin de semana o festivo al siguiente día hábil. 3.3 Asignar el incidente o evento adverso un equipo investigador de la siguiente manera:		Formato de Consolidado de eventos adversos e incidentes	Correo con el envío de la información

Código: SGC-PC-GC-005	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES</p>	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

<p>-Líder del equipo según el evento o incidente.</p> <p>-Referente de seguridad del paciente.</p> <p>-Auditor o líder del área relacionada con el incidente o evento.</p> <p>-Personal de área donde ocurrió el incidente o evento.</p> <p>3.4 Asignar Líderes de los equipos:</p> <p style="padding-left: 20px;">v. Incidentes o eventos relacionados con medicamento o dispositivo medico serán asignados al Regente de Farmacia quien será el líder del equipo.</p> <p style="padding-left: 20px;">w. Incidentes o eventos relacionados a equipos biomédicos serán asignados al ingeniero Biomédico quien será el líder del equipo.</p> <p style="padding-left: 20px;">x. Los demás serán liderados por el equipo de seguridad del paciente y el líder del sitio donde ocurrió el evento.</p> <p>Nota: Si el evento es catalogado como evento centinela en el mismo participará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgerencia Servicios de Salud. • Auditora de Calidad. • Enfermera del servicio líder del área 	<p>Referente seguridad del paciente.</p>		
---	--	--	--

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

<p>involucrada y colaboradores relacionado con el incidente o evento de la unidad donde ocurrió el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> Otro personal que el equipo considere pertinente. 			
<p>INVESTIGACION:</p> <p>4.Realizar reunión con el equipo seleccionado para investigar:</p> <p>4.1. Convocar una reunión donde se distribuyan las tareas para la investigación, obtención de la información del incidente o evento, se dejará evidencia de dicha reunión.</p>	Líder del equipo investigador	Acta de reunión – Registro de Asistencia	Protocolo de Londres Diligenciado
<p>5.Obtener y organizar la información.</p> <p>Metodología Protocolo de Londres:</p> <p>Para obtener la información realice las siguientes actividades:</p> <p>5.1 Revisar la Historia clínica de la E.S.E completa:</p> <p>-Verificar los registros, evoluciones médicas, notas de Enfermería, y demás registros del personal que ha brindado asistencia al paciente.</p> <p>5.2 Revisar documentación:</p> <p>Verificar los manuales, protocolos, procedimientos, instructivos relacionados con el incidente o evento, su despliegue, capacitación y</p>	Equipo seleccionado para investigar.	Formato de Entrevista a los Trabajadores / Formato de entrevista al paciente y su familia	Formato de entrevista diligenciado

Código: SGC-PC-GC-005	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES</p>	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

<p>evaluación al personal involucrado.</p> <p>5.3 Entrevistar a los involucrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> v. Realizar la entrevista en un sitio privado donde el entrevistado pueda hablar libremente. w. Saludar amablemente al entrevistado y explicarle el motivo de la entrevista. x. Hay que explicar que la información va a mantenerse bajo estricta confidencialidad y. Explicar que la entrevista no tiene por objeto juzgar o crear un ambiente de culpabilidad sino por lo contrario detectar cuáles fueron las fallas para crear acciones de mejora y evitar que se vuelva a presentar. z. Evitar el estilo confrontaciones 	<p>Equipo seleccionado para investigar.</p>		<p>Formato de Entrevista al paciente</p>
---	---	--	--

Código: SGC-PC-GC-005	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES</p>	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

<p>y los juicios de valor.</p> <p>aa. Indagar si durante la atención del paciente se omitió o se hizo diferente alguna actividad descrita en la documentación que tiene la clínica.</p> <p>bb. Indagar al entrevistador porque considera el que sucedió el evento o incidente.</p> <p>Nota: Para realizar la entrevista utilice el formato de entrevista. (Ver Anexo 1).</p> <p>5.4. Entrevistar al usuario y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> v Saludar amablemente al usuario. v Utilizar un espacio donde el usuario pueda hablar libremente. v Aclarar las dudas que tenga el usuario. <p>Nota: Para realizar la entrevista utilice el formato Entrevista paciente y familia (ver anexo 2)</p> <p>5.5. Valorar el entorno:</p> <p>Verificar donde se encuentra el usuario las condiciones de limpieza, aseo de la habitación, baño y áreas circundantes,</p>			
---	--	--	--

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

<p>como el manejo de los residuos, condiciones de privacidad, iluminación, elementos de seguridad para la prevención de caídas.</p> <p>5.6. Verificar los recursos tecnológicos:</p> <p>v Revisar si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento.</p> <p>v Verificar si los equipos cuentan con sus hojas de vida, mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología.</p> <p>5.7. Verificar la disponibilidad del personal:</p> <p>v Revisar si para el día del incidente o evento se encontraba todo el personal en el servicio según el cuadro de turnos o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo, si es así verificar los cambios de turnos debidamente autorizados.</p> <p>v Verificar con el área de talento humano que el personal cuente con las competencias y entrenamiento necesarios para el cargo.</p>			
<p>6. Establecer Cronología.</p> <p>6.1. Realizar un relato en orden cronológico de los hechos del incidente o evento teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, los hechos</p>	<p>Equipo seleccionado para investigar.</p>	<p>Protocolo de Londres</p>	<p>Protocolo de Londres</p>

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

<p>relacionados con la atención del usuario, las entrevistas realizadas y la información previamente obtenida para establecer que ocurrió y porque ocurrió.</p> <p>6.2. Describir la condición clínica del paciente en el momento en que se sucedió el incidente o evento (hemorragia severa, hipotensión).</p>			
<p>ANÁLISIS</p> <p>7. Identificar Acciones Inseguras:</p> <p>7.1. Realizar con el equipo investigador una descripción de las acciones inseguras (errores por acción, omisión) que se hayan identificado en la revisión de la historia clínica, entrevistas y demás información obtenida.</p> <p>Nota: Ejemplo:</p> <p>Error por acción: Tomar una decisión incorrecta como colocar un medicamento a un paciente equivocado.</p> <p>Error Por omisión: No monitorizar, no observar o actuar, no buscar ayuda cuando se necesita, no tomar las medidas de detección de riesgo y prevención fuga de paciente.</p> <p>7.2. Identificar y describir las fallas latentes ejemplo: No adecuado proceso de selección de personal entrenado.</p>	<p>Equipo seleccionado para investigar</p>	<p>-Protocolo de Londres -Acta de reunión</p>	<p>-Protocolo de Londres diligenciado -Acta de Reunión Diligenciado -Registro de Asistencia</p>

Código: SGC-PC-GC-005	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES</p>	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		

<p>8. Determinar si hubo violación en la seguridad: Identificar si en el análisis realizado se determina una violación de la seguridad de la atención en salud en la que conscientemente se hizo la desviación deliberada de una política, manual, protocolo, procedimiento o instructivo que tenga las siguientes características.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia: Se es consciente del manual, protocolo, procedimiento, instructivo y aun así no se sigue. • Aplicabilidad: pensar que el lineamiento establecido por la clínica no funciona y por eso no la aplica. <p>Ejemplo: Enfermera que conoce los correctos de administración de medicamentos y los omite por deliberación propia.</p> <p>Nota: En el caso que se determine lo anterior se realizara acercamiento e intervención del funcionario por medio de talento humano, en compañía del líder del equipo que investigo y analizo el incidente o evento y referente de seguridad para dar trámite según el reglamento interno de trabajo.</p>	<p>Líder del equipo Investigador Referente de seguridad del paciente director de Talento Humano</p>		
--	---	--	--

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

<p>institucionales poco claras para la elaboración o adopción de protocolos de identificación, no contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.</p> <p>-Ambiente: Inadecuadas condiciones de iluminación, atención congestionada o simultánea de pacientes. Equipo de trabajo: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación entre los responsables de la atención.</p> <p>-Contexto institucional: Normas no claras relacionadas con identificación de muestras.</p>			
<p>10. Identificar las barreras: 10.1. Realizar la identificación de barreras para los factores contributivos encontrados:</p> <p>-Barreras Físicas: ejemplo: Contar con espacios adecuados ejemplo barras de agarre en todos los baños.</p> <p>-Barreas administrativas: ejemplo: diseño, actualización y socialización de los protocolos institucionales, realizar reinducción al personal nuevo.</p> <p>-Barreas naturales: Adecuada la iluminación de los ambientes.</p>	<p>Equipo seleccionado para investigar.</p>	<p>Protocolo de Londres</p>	<p>Protocolo de Londres diligenciado</p>

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

<p>-Acción humana: Capacitar, entrenar el personal, aplicar listas de chequeo.</p> <p>a. Tecnología: Implementación de escala en Índigo Crystal.</p>			
<p>11. Clasificar el caso.</p> <p>11.1 Definir si se clasifica como incidente o evento, teniendo en cuenta la clasificación de incidente y evento adverso en el formato de consolidado de eventos e incidentes</p> <p>11.2 Definir si el evento adverso es evitable o no evitable</p>	<p>Equipo seleccionado para investigar.</p>		
<p>12. Seguimiento:</p> <p>12.1 Determinar los incidentes, eventos graves u otros eventos que determine el equipo de seguridad del paciente y el equipo investigador del evento para realizar seguimiento durante meses posteriores a la presentación del evento.</p> <p>12.2. Realizar en el comité de seguridad el seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora.</p> <p>Nota: la formulación de acciones de mejora, el seguimiento a las acciones, cierre de ciclo, reporte a los entes de control y el aprendizaje organizacional se realizarán según lo descrito en el modelo de gestión de seguridad del paciente.</p>	<p>Referente seguridad del paciente.</p>	<p>Acta de Reunión</p>	<p>Acta de Comité de seguridad del paciente</p> <p>Protocolo de Londres.</p>

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

CONSIDERACIONES GENERALES

- Todo el personal de la ESE deberá reportar al correo electrónico coor_resolutiva@hospitalsanrafael.gov.co
- Los reingresos son considerados parte del Trigger Tool (indicios de atención insegura) se debe analizar por parte de la coordinación resolutive; por tanto, si un reingreso muestra un evento adverso ocurrido durante la atención anterior, se debe reportar como eventos adverso adicional como eventos adverso previo.
- Si se identifica un caso de eventos adverso e incidente extrainstitucional se deberá reportar a la IPS para su análisis.
- Todos los reportes de eventos adversos e incidentes reportados por algún prestador se deben ingresar al formato de consolidado de eventos adversos e incidentes, al igual que hacer su análisis y gestión.

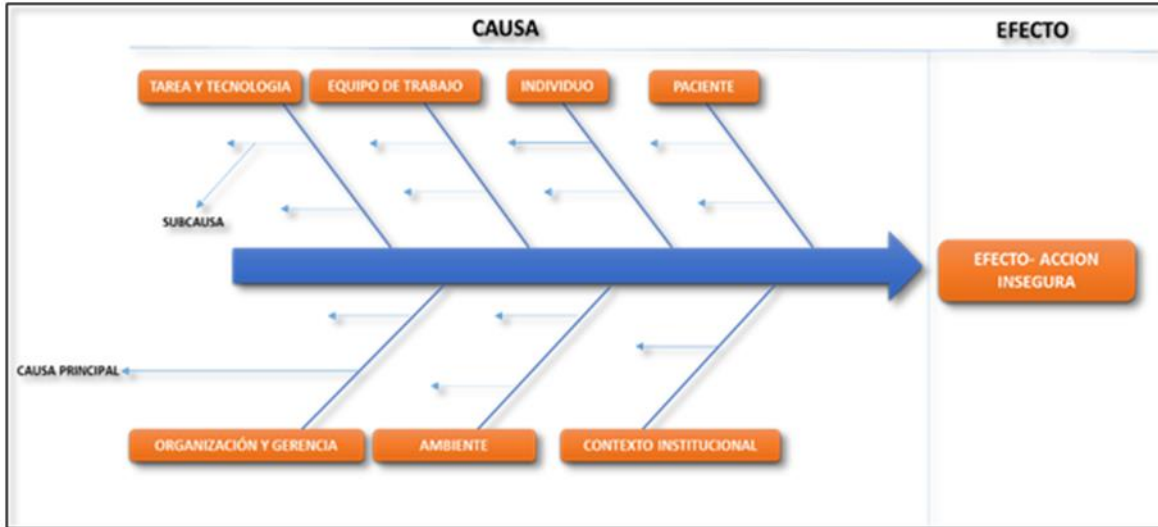
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- a. lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
- b. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- c. Paquetes instruccionales ministerio <file:///Z:/Modelo%20Seguridad%20Pte/PAQUETES%20INSTRUCCIONAL ES/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos-INDICADORES-ANCLA%20ANALISIS%20ETC.pdf>

ANEXOS

- Anexo 1.** Formato de Entrevista para Investigación Incidentes yo Eventos Adversos
- Anexo 2.** Formato de Entrevista para Investigación incidentes y/o Eventos Adversos a Usuario, Familia o Colaborador

Anexo3: Diagrama Espina de Pescado



ANEXO 4. FACTORES CONTRIBUTIVOS

PACIENTE	Edad avanzada
	Cultura o Creencia religiosa que limita la atención
	Deficiencia en Redes de apoyo
	Estilo de vida no saludable (tabaco/alcohol/drogas/dieta)
	Factores sociales
	Idioma que dificulta la comunicación
	Inadecuada relación Personal salud a paciente.
	Inadecuada relación familiar padres, hijos
	Mal Estado físico
	Malnutrición
	No adherencia al tratamiento
	Nivel económico bajo
	Paciente neonato
	Paciente niño
	Paciente con antecedentes clínicos de importancia
	Paciente varias patologías de base
	Paciente Inconsciente
Problemas de sueño	
Paciente ansioso	

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

INDIVIDUO	Paciente que omite información	
	Presencia de desorden mental	
	Stress (presión familiar, financiera)	
	Trauma psicológico o mental	
	Otro	
	Baja autoestima / Autoestima demasiado alta	
	Cansancio del personal asistencia, medico, enfermería, entre otros.	
	Desmotivado, poco comprometido	
	Déficit de conocimientos	
	Enfermedades de salud mental específicas (depresión)	
	Fatiga	
	Factores cognitivos (falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)	
	Habilidades inadecuadas	
	Motivación (aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral)	
	No adecuada Salud general (nutrición, dieta, ejercicio, forma física)	
	Personal sin formación	
	Problemas familiares	
	TAREA Y TECNOLOGIA	Otro
		Almacenamiento inadecuado
		Controles no claros
Dispositivos y/o equipos en estado incorrecto o no disponibles		
Equipo con funcionamiento incorrecto		
Información sobre equipos no consistente ni clara		
Inadecuado mantenimiento preventivo		
Inadecuado mantenimiento correctivo		
Insumos no disponibles		
Nuevo equipo sin capacitación en su uso y manejo		
Personal que opera los equipos sin capacitación en el manejo de éstos.		
Personal sin conocimiento de guías manuales, protocolos, procedimientos.		
Procesos o procedimientos inexistentes		

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

		Procesos o procedimientos poco claros, incompletos o desactualizados.
		Procesos o procedimientos no socializados
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Otro	
	Crisis financiera	
	Deficiente estructura de los procesos de apoyo: No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyos claros o desactualizados o no socializados.	
	Decisiones no tomadas o poco claras	
	Clima organizacional	
	Estructura jerárquica no definida ni clara	
	Falta de pago a proveedores por falta de disponibilidad de flujo de caja.	
	Falta compromiso alta dirección con la seguridad	
	Falta seguimiento de las reglas	
	Falta apoyo administrativo	
	Inexistencia o deficiencia en los procesos de auditoría o seguimiento al cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales	
	Poco personal.	
	Personal con múltiples tareas.	
	Normas	
	AMBIENTE	Otro
Deficiencia en infraestructura		
Escaleras sin antideslizantes		
Exposición radiológica.		
Falta Iluminación		
Falta ventilación		
Fatiga ligada a turnos de trabajo		
Inadecuada distribución de tareas.		
Ineficiencia en general de los sistemas administrativos		
Limpieza inadecuada		
Mala distribución en el cuadro de turnos		
Procedimiento alto riesgo.		
Sitio ruidoso		
Tareas ajenas		
Temperatura Inadecuada		

Código: SGC-PC-GC-005	DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891.190.011-8	
Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2022		
Versión: 01		
PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		

EQUIPO DE TRABAJO	Otro
	Entrega de turno sin comunicación de los eventos importantes o relevante
	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio
	Comunicación de servicio.
	Las responsabilidades del líder son claras y entendidas
	Liderazgo inefectivo – clínicamente
	Liderazgo inefectivo – administrativamente
	Órdenes verbales
	Personal sin experiencia ni entrenamiento
	Personal sin supervisión
	Personal sin adherencia a guías manuales, protocolos, procedimientos.
	Reacción negativa del equipo frente a sucesos de seguridad del paciente
	Reacción negativa del equipo frente a conflictos
	Reacción negativa del equipo frente a personal nuevo
	Roles y responsabilidades no definidos
Otro	
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Demora o ausencia de autorizaciones
	Normatividad no clara.
	Restricciones en recursos desde pagadores.
	Otro