



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 1 de 18

1. OBJETIVO:

Establecer un procedimiento estandarizado para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, promoviendo la mejora continua de la calidad y la seguridad en la atención al paciente.

1. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los colaboradores de la institución que estén involucrados en la atención directa e indirecta del paciente.

1. 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.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 2 de 18

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.

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,

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 pretermittir barreras de seguridad. Ejemplo: no tomar las medidas de detección de riesgo y prevención fuga de paciente;

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

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.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 4 de 18

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).

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.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 5 de 18

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

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.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 6 de 18

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.

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:

✓ Mínimo: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 7 de 18

✓ **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).

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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”.

1. RESPONSABLES

- ✓ **Personal asistencial:** Detectar y reportar el EA.
- ✓ **Líder de calidad y Coordinación Asistencial:** Recibir, registrar y analizar los reportes.
- ✓ **Comité de Seguridad del Paciente:** Analizar causas, implementar y monitorear planes de acción.
- ✓ **Directivos:** Garantizar los recursos necesarios para la implementación de medidas correctivas.

1. ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género,



**E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA**

PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

Código: ES-PGC-SOGC-PD001

Versión: 02

Fecha de vigencia: 03/12/2024

Página 8 de 18

pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características. Se deberá indicar el siguiente texto:

Los lineamientos a seguir para la atención se encuentran descritos en el PROTOCOLO DE ATENCION CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y PREFERENCIAL A USUARIOS.

1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PROVEEDOR	ENTRADAS	CONDICIONES DE ENTRADAS
✓ Servicios Asistenciales y administrativo ✓ Sistemas de información ✓ Comité de Seguridad del Paciente ✓ Área de Calidad	✓ Información del evento adverso ✓ Base de datos de eventos reportados ✓ Análisis del evento ✓ Planes de mejora	✓ Reporte completo, oportuno y documentado en el formato oficial. ✓ Acceso seguro, interfaces amigables y cumplimiento normativo. ✓ Disponibilidad de datos, herramientas de análisis y personal capacitado. ✓ Aprobación por parte de directivos, asignación de recursos.

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.	✓ Formato de Reporte de eventos adversos e incidentes ✓ link de reporte ✓ Correo de seguridad del paciente: seguridadpaciente@rafaeltovarpoveda.Com	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	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:

Líder del equipo según el evento o incidente -Referente de seguridad del Paciente - líder del área relacionada con el incidente o evento -Personal de área donde ocurrió el incidente o evento.

3.4 Asignar Líderes de los equipos: Incidentes o eventos relacionados con medicamento o dispositivo medico serán asignados al Regente de Farmacia quien será el líder del equipo.

3.5. Incidentes o eventos relacionados a equipos biomédicos serán asignados al ingeniero Biomédico quien será el líder del equipo.

3.6. Los demás serán liderados por el equipo de seguridad del paciente y el líder del sitio donde ocurrió el evento.

Referente
seguridad del
paciente

Formato de Consolidado de eventos
adversos e incidentes

Correo con el
envío de la
información

Nota: Si el evento es catalogado como evento centinela en el mismo participará: • Subgerencia científica - - Auditora de Calidad. - - Enfermera del servicio o líder del área involucrada y colaboradores relacionado con el incidente o evento de la unidad donde ocurrió el caso. Otro personal que el equipo considere pertinente.			
INVESTIGACION: 4.Realizar reunión con el equipo seleccionado para investigar: 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.	Líder del equipo investigador	Acta de reunión Registro de Asistencia	Protocolo de Londres Diligenciado
5.Obtener y organizar la información. 5.1. <u>Metodología Protocolo de Londres:</u> Para obtener la información realice las siguientes actividades: ✓ Revisar la Historia clínica de la E.S.E completa: ✓ Verificar los registros, evoluciones médicas, notas de Enfermería, y demás registros del personal que ha brindado asistencia al paciente. ✓ Revisar documentación: - Verificar los manuales, protocolos, procedimientos, instructivos relacionados con el incidente o evento, su despliegue, capacitación y evaluación al personal	Equipo seleccionado para investigar.	Información de la entrevista a los trabajadores, usuario y sus familias	Información documentada

involucrado.

5.3 Entrevistar a los involucrados:

✓ Realizar la entrevista en un sitio privado donde el Entrevistado pueda hablar libremente.

✓ Saludar amablemente al entrevistado y explicarle el motivo de la entrevista.

✓ 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.

✓ Evitar las confrontaciones y los juicios de valor.

✓ Indagar si durante la atención del paciente se omitió o se hizo diferente alguna actividad descrita en la documentación que tiene la ESE.

✓ Indagar al entrevistado Porque considera el que sucedió el evento o incidente.

5.4. Entrevistar al usuario y su familia:

✓ Saludar amablemente al

usuario. ✓ Utilizar un espacio donde el usuario pueda hablar libremente. ✓ Aclarar las dudas que tenga el usuario. 5.5. Valorar el entorno: Verificar donde se encuentra el usuario las condiciones de limpieza, aseo de la habitación, baño y áreas circundantes, como el manejo de los residuos, condiciones de privacidad, iluminación, elementos de seguridad para la prevención de caídas. 5.6. Verificar los recursos tecnológicos: ✓ Revisar si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento. ✓ 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. 5.7. Verificar la disponibilidad del personal: ✓ 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			
---	--	--	--



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA

PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

Código: ES-PGC-SOGC-PD001

Versión: 02

Fecha de vigencia: 03/12/2024

Página 13 de 18

los cambios de turnos debidamente autorizados. ✓ Verificar con el área de talento humano que el personal cuente con las competencias y entrenamiento necesarios para el cargo.			
6. Establecer Cronología. 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 relacionados con la atención del usuario, las entrevistas realizadas y la información previamente obtenida para establecer que ocurrió y porque ocurrió. 6.2. Describir la condición clínica del paciente en el momento en que se sucedió el incidente o evento (hemorragia severa, hipotensión)	Equipo seleccionado para investigar.	Protocolo de Londres Protocolo de Londres	Protocolo de Londres diligenciado
ANÁLISIS 7. Identificar Acciones Inseguras: 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. Nota: Ejemplo: Error por acción: Tomar una decisión incorrecta como colocar un medicamento a un paciente equivocado. Error Por omisión: No	Equipo seleccionado para investigar	Protocolo de Londres	Protocolo de Londres Diligenciado Registro de Asistencia

monitorizar, no observar o actuar, no buscar ayuda cuando se necesita, no tomar las medidas de detección de riesgo y prevención fuga de paciente. 7.2. Identificar y describir las fallas latentes ejemplo: No adecuado proceso de selección de personal entrenado			
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.	Líder del equipo Investigador Referente de seguridad del paciente	Protocolo de Londres	Protocolo de Londres Diligenciado
9. Identificar Factores Contributivos Realizar con el equipo investigador la identificación de los factores contributivos por cada acción insegura encontrada, tenga encuenta el grafico 1 (ver anexo) y los factores contributivos en el formato de protocolo de Londres. Ejemplo: Acción insegura: Muestra mal identificada	Equipo seleccionado para investigar.	Protocolo de Londres	Protocolo de Londres Diligenciado
10. Identificar las barreras: Realizar la identificación de barreras para los factores contributivos encontrados: Barreras Físicas, Barreas	Equipo seleccionado para investigar.	Protocolo de Londres	Protocolo de Londres

**PROCEDIMIENTO DE EVENTOS
ADVERSOS E INCIDENTES**

Código: ES-PGC-SOGC-PD001
Versión: 02
Fecha de vigencia: 03/12/2024
Página 15 de 18

administrativas, Barreas naturales, Acción humana, Tecnología.			Diligenciado
11. Clasificar el caso. ✓ 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 ✓ Definir si el evento adverso es evitable o no Evitable	Equipo seleccionado para investigar.	Protocolo de Londres	Protocolo de Londres Diligenciado
12. Seguimiento: ✓ 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. ✓ Realizar en el comité de seguridad el seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora. 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.	seguridad del paciente.	Protocolo de Londres.	Protocolo de Londres diligenciada

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Todo el personal de la ESE deberá reportar al formato de reporte de eventos adversos o al link: <https://docs.google.com/forms/d/18pHRL0eIIiNjIIGRT0Sn33Yz3HdzSNz8fXh10qkIIGEQ/edit#settings>

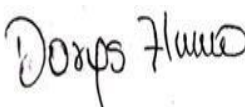
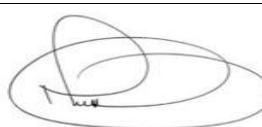
- Computador- formato de consolidado de eventos adversos e incidentes, formato de protocolo de Londres-
formato reporte de eventos adversos.

SALIDAS	CLIENTES	REQUISITOS DE SALIDA
● Registro del evento adverso en el formato oficial ● Reporte formalizado enviado al área de calidad ● Evento clasificado según impacto (leve, moderado o severo) ● Informe de análisis con causas raíz identificadas ● Plan de mejora estructurado ● Personal capacitado, aprendizajes compartidos	● Líder de calidad ● Comité de Seguridad del Paciente ● Directivos y personal asistencial ● Pacientes y personal asistencial ● Directivos y Comité de Seguridad del Paciente ● Personal asistencial y administrativo	● Información clara sobre el evento, conocimiento del formato de reporte. ● Formato de reporte diligenciado, canal de notificación habilitado. ● Información detallada del evento, acceso a bases de datos históricas. ● Acceso a datos históricos, herramientas de análisis, personal capacitado. ● Plan de mejora aprobado, asignación de recursos y acciones definido. ● Datos actualizados sobre la implementación de medidas, herramientas de evaluación. ● Material de formación, resultados del análisis de eventos, compromiso institucional.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	PROCEDIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	Código: ES-PGC-SOGC-PD001
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 17 de 18

1. ANEXOS

- Anexo 1: Formato Plan de Mejoramiento
- Anexo 2: Formato de Consolidado de eventos adversos e incidentes
- Anexo 3: Formato de Protocolo de Londres
- Anexo 4: Formato de reporte de eventos Adversos
- Anexo 5: Formato registro de asistencia

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
01	Elaboración de documento Resolución 0038 de 2021	01/01/2021
02	Se cambia el documento de manual a procedimiento, se ajusta según plantilla institucional. Se agrega el link establecido para el reporte. Se define la metodología de análisis de los eventos adversos, el equipo investigador.	03/12/2024
Elaborado por:		Revisado por:
		
Firma:		Firma
		
Firma:		Firma
Nombre: Dorys Enih Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad		Nombre: Viviana Teresa Montoya Cargo: Coordinadora Asistencial
		Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Gerente