

70-46.05

PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

1. Objetivo:

Establecer un proceso claro y estandarizado para la identificación, reporte, y seguimiento de eventos adversos o incidentes, con el fin de mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal del Hospital Santa Margarita que identifique un evento adverso o incidente relacionado con la atención de pacientes.

3. Definiciones:

Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Análisis de causa raíz: Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Falla de la Atención en Salud: Una 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.

70-46.05

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.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

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.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Modo de fallo: es una causa de falla o una posible manera en la que un sistema puede fallar. Cuando un sistema tiene muchas maneras posibles de fallar, tiene múltiples modos de falla o riesgos que compiten. Mientras más complejo es un sistema, más modos de falla tendrá.

Violación 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.

Sistema de gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

70-46.05

4. Identificación del Evento Adverso o Incidente

La identificación de un evento adverso o incidente en la E.S.E Hospital Santa Margarita busca reconocer de manera oportuna cualquier situación que pueda afectar la seguridad del paciente o el funcionamiento del servicio. Para ello, todos los colaboradores deben estar atentos a eventos no planeados que generen o puedan generar daño físico, psicológico o de otro tipo al paciente o a su entorno.

4.1 Procedimiento de Identificación:

Observación Activa: Todo el personal está comprometido con la seguridad, por lo cual debe observar y monitorear continuamente los procesos y atenciones que realiza. Si identifica algún comportamiento, condición, o resultado que podría derivar en un riesgo para el paciente o el servicio, deberá reportarlo.

5. Reporte de Eventos:

En caso de identificar un evento adverso o incidente, el personal debe realizar un reporte inmediato a través del formulario, accesible mediante el código QR colocado en lugares estratégicos del hospital. Esto facilita un reporte rápido y detallado del evento para su posterior análisis.

Nota: Se debe reportar el evento identificado en plazo de 72 horas de ocurrido

5.1 Herramientas para el reporte:

Link del formulario para el reporte de eventos adversos:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmGQrjzc_BJ7P2LPzF3WoFvUr1FLXgjp_u4ldNPxx8Y5Qq3sA/viewform?usp=sf_link

Código QR colocado en lugares estratégicos del hospital



70-46.05

5.2 Llenado del formulario:

El formulario debe ser completado con la siguiente información:

- Fecha y hora del evento.
- Lugar del incidente.
- Descripción detallada del evento.
- Medidas inmediatas tomadas.
- Nombre del quien reporta (opcional).

Anonimato del reporte: Si el colaborador prefiere no proporcionar su nombre, puede realizar el reporte de forma anónima, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada.

Formulario para el reporte

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HSM

B I U ↺ ↻

INCIDENTE O SITUACIÓN INSEGURA: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño **COMPLICACIÓN:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud si no a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

FECHA DEL EVENTO ADVERSO O INCIDENTE: *

Día, mes, año

HORA DEL EVENTO ADVERSO O INCIDENTE: *

Hora

SERVICIO: *

☐ Urgencias

☐ Fisioterapia

☐ Psicología

☐ Odontología

☐ Laboratorio

☐ Consulta externa

☐ Hospitalización

☐ Traslado de ambulancia

☐ Vacunación

☐ Programas

☐ Farmacia

☐ Facturación

☐ Otra...

70-46.05

<p>DESCRIBA DETALLADAMENTE EL INCIDENTE: *</p> <p>Texto de respuesta largo</p>
<p>MEDIDAS INMEDIATAS TOMADAS: *</p> <p>Texto de respuesta largo</p>
<p>EL INCIDENTE ES PREVENIBLE? *</p> <p> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO </p>
<p>DOCUMENTO DEL PACIENTE (OPCIONAL SI CUENTA CON LA INFORMACION)</p> <p>Texto de respuesta breve</p>
<p>EPS DEL PACIENTE (OPCIONAL SI CUENTA CON LA INFORMACION) :</p> <p>Texto de respuesta breve</p>
<p>NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (OPCIONAL SI CUENTA CON LA INFORMACION) :</p> <p>Texto de respuesta breve</p>
<p>NOMBRE DE QUIEN REPORTA : (OPCIONAL SI DESEA BRINDAR LA INFORMACION)</p> <p>Texto de respuesta breve</p>

5.3 Recepción del reporte:

Una vez enviado el formulario, el equipo de calidad del hospital recibirá automáticamente la notificación del reporte.

70-46.05

6. Clasificación:

Se analizará el evento reportado para clasificarlo según el nivel de riesgo y determinar las acciones necesarias. Se dará prioridad a eventos con potencial de generar daños graves, abordando cada caso con un enfoque de prevención y mejora continua.

Esta identificación temprana y estructurada permite mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, asegurando una respuesta adecuada ante cualquier incidente.

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.

- No se realiza cuando esta indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicios equivocados

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales.

- No se realiza cuando esta indicado
- Incompletos o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado / Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos.

- Documentos que faltan o no disponible
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o documento equivocado
- Información en el documento confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud.

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Cánulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales.

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado

70-46.05

- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / Instrucción incorrecta
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados.

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecta
- Contraindicado
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caducos efectos adversos

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos.

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia incorrecta
- Almacenamiento incorrecto

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales.

- Paciente equivocado
- Gas / vapor incorrecto
- Flujo y concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Fallas de administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos.

- Presentación y embalajes deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la tarea

70-46.05

- Sucio / no estéril
- Fallas / mal funcionamiento
- Desalojado / desconectado / eliminado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente.

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionan té / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes.

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes.

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico.

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

70-46.05

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional.

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

7. Seguimiento del Evento Adverso:

Dependiendo de la gravedad del evento, el equipo de calidad puede iniciar una investigación para identificar las causas raíz y elaborar un plan de acción correctivo.

8. Control de cambios

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Líder de Calidad	Jefe de Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	25/11/2024	9	Calidad	Creación del documento por Duvan Felipe Ochoa Toro – Líder de Calidad Revisado por Claudia Ximena Castro – jefe de Oficina Asistencial Aprobado por Aicardo Solís - Gerente