



MANUAL PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

VALENTINA SOSA CARVAJAL

GERENTE ESE METROSALUD

Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

07/02/2023

Versión [05]



Alcaldía de Medellín
— Distrito de —
Ciencia, Tecnología e Innovación

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	2 de 33		

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVO GENERAL	6
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. ALCANCE:	7
4. POLÍTICAS RELACIONADAS:	7
5. DESARROLLO DEL MANUAL:	7
5.1. MARCO NORMATIVO	7
5.2. MARCO OPERATIVO:	8
5.2.1. Etapas para la gestión de la información:	8
5.2.1.1. Captación - Notificación de casos:	8
5.2.1.2. Clasificación de los casos reportados:	9
5.2.1.3. Gestión de los casos reportados:	9
5.2.2. EVENTOS ADVERSOS MUY GRAVES, TRAZADORES O CENTINELAS:	10
5.2.3. DIVULGACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL PACIENTE Y/O LA FAMILIA:	11
5.2.4. CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y GENERACIÓN DE INFORMES:	12
5.2.5. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	14
5.2.6. RIESGOS IDENTIFICADOS POR SERVICIOS	15
5.2.6.1. GRUPO CONSULTA EXTERNA	15
5.2.6.1.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL	15
5.2.6.1.1.1. Medicina General intramural y extramural	15
5.2.6.1.1.2. Odontología General	15
5.2.6.1.1.3. Nutrición y Dietética	16
5.2.6.1.1.4. Optometría	16
5.2.6.1.1.5. Psicología	16
5.2.6.1.1.6. Enfermería intramural y extramural	16
5.2.6.1.1.7. Programas de promoción y prevención	17
5.2.6.1.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	17

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	3 de 33		

5.2.6.1.2.1.	Anestesia	17
5.2.6.1.2.2.	Cirugía General	17
5.2.6.1.2.3.	Ginecobstetricia.....	18
5.2.6.1.2.4.	Ortopedia y traumatología.....	18
5.2.6.1.2.5.	Pediatría.....	18
5.2.6.1.2.6.	Urología.....	18
5.2.6.1.2.7.	Psiquiatría	19
5.2.6.1.2.8.	Odontopediatría	19
5.2.6.1.3.	SERVICIO DE VACUNACIÓN INTRAMURA Y EXTRAMURAL	19
5.2.6.2.	GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	20
5.2.6.2.1.	Servicio farmacéutico	20
5.2.6.2.2.	Servicio de imágenes diagnósticas ionizantes:.....	20
5.2.6.2.3.	Servicio de imágenes diagnósticas no ionizantes:	20
5.2.6.2.4.	Servicio de radiología odontológica:.....	21
5.2.6.2.5.	Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	21
5.2.6.2.6.	Laboratorio clínico.....	21
5.2.6.2.7.	Servicio de gestión pre transfusional	21
5.2.6.2.8.	4.2.6.2.8 Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas intramural y extramural.....	22
5.2.6.2.9.	Terapia ocupacional	22
5.2.6.2.10.	Fisioterapia	22
5.2.6.3.	GRUPO INTERNACIÓN.....	22
5.2.6.3.1.	Hospitalización adultos.....	22
5.2.6.3.2.	Hospitalización pediátrica.....	23
5.2.6.3.3.	Hospitalización en salud mental.....	23
5.2.6.4.	GRUPO QUIRÚRGICO.....	24
5.2.6.4.1.	Cirugía general.....	24
5.2.6.4.2.	Cirugía ortopédica.....	24

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	4 de 33		

5.2.6.4.3.	Cirugía urológica	25
5.2.6.4.4.	Cirugía ginecológica	25
5.2.6.5.	GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA	26
5.2.6.5.1.	Servicio de urgencias	26
5.2.6.5.2.	Transporte asistencial	26
5.2.6.5.3.	Atención del parto	27
5.2.6.5.4.	Atención prehospitalaria	27
6.	DEFINICIONES O CONCEPTOS:	28
7.	BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA	30
8.	DOCUMENTOS RELACIONADOS:	31

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	5 de 33		

1. INTRODUCCIÓN

El riesgo de la atención en salud en general es un grave problema que está siendo abordado en forma prioritaria y creciente por los sistemas de salud de un gran número de países debido al elevado costo asistencial y económico que estos representan, siendo cada vez más frecuente la utilización de los conceptos y metodologías de la gestión de riesgos.

La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de estancias prolongadas, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad y gastos médicos.

A nivel mundial se ha iniciado un movimiento creciente en la gerencia hospitalaria para hacer gestión sobre los eventos adversos como factor fundamental de la calidad del cuidado médico. En la medida en que este interés persista y aumente, se podrá disminuir el margen de error al mínimo posible. Para obtener este logro se requiere involucrar a toda la organización, es decir, a cada una de las personas comprometidas con el mejoramiento continuo de los procesos y la disminución de los errores. Lograr esto de por sí, es un extremo difícil para cualquier organización, más no imposible.

Las instituciones de salud tienen la obligación ética y moral de desarrollar programas en búsqueda de la seguridad del paciente y prevención de eventos adversos lo cual implica el diseño de sistemas orientados a la prevención y minimización de riesgos. Deben adoptarse principios de seguridad bien entendidos, tal como el diseñar los trabajos y las condiciones de seguridad en ellos, la estandarización y simplificación de los equipos, los insumos y los procesos, y el evitar la dependencia de la memoria para el funcionamiento. El análisis continuo y rutinario de los múltiples factores que intervienen en la producción del error, deben ser considerados en el diseño de los procesos para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, y debe ser parte integral de una cultura institucional en seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004 declaró la seguridad en los servicios de salud como "un problema de salud pública mundial", presentó una alianza que se propuso reducir el número de enfermedades como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud y pretendiendo llegar a todos los rincones con el lema "primero no hacer daño"; una frase atribuida a Hipócrates que aún tiene vigencia.

La ESE Metrosalud adoptó en el año 2009 la Política de Seguridad del Paciente, las estrategias definidas en la guía técnica sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente y los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Sistema de Administración de Riesgos para la ESE Metrosalud, que da fundamento al modelo de seguridad del paciente, se define como el conjunto de políticas, normas,

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	6 de 33		

principios, planes, métodos, mecanismos y procedimientos participativos y sistemáticos de identificación, valoración, intervención, monitoreo y evaluación de riesgos. El tratamiento de los riesgos se basa en el establecimiento de medidas de prevención dirigidas a reducir la posibilidad de que los errores ocurran, detectarlos antes de que lleguen al paciente, o minimizar la gravedad de las consecuencias de los posibles errores que se produzcan.

2. OBJETIVO GENERAL

Gestionar el 100% de los eventos adversos que se detecten en los diferentes puntos de atención de la ESE Metrosalud y mediante acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales fortalecer la cultura del mejoramiento continuo, la del autocontrol y la búsqueda de la no ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente en forma posterior a su detección e intervención.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar a través del tiempo la totalidad de los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio en los diferentes puntos de atención de la ESE Metrosalud.
- Fomentar la cultura de la notificación como fuente principal del mejoramiento enmarcada dentro de una cultura justa y garantizando la confidencialidad de la información.
- Mantener un ambiente hospitalario cada vez más seguro y confiable.
- Verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en una mayor seguridad de los servicios que recibe el usuario en cada punto de atención y servicio.

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	7 de 33		

3. ALCANCE:

El presente manual es aplicable a todos los procesos misionales de la ESE Metrosalud, Unidades Hospitalarias, Centros de Salud y el Laboratorio Clínico y es de obligatorio cumplimiento para todo el personal de planta, contratado o que se desempeña por los convenios docencia servicio y que participa en dichos procesos.

4. POLÍTICAS RELACIONADAS:

PE01 PO 59 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PE01 PO 46 POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS

5. DESARROLLO DEL MANUAL:

5.1. MARCO NORMATIVO

Decreto Número 780, mayo 6 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social: "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social".

Resolución Número 2003, mayo 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social: "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud"

Guía Técnica 001 "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"

RESOLUCION 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.

Resolución 1138 de 2022. Por la cual se modifican los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID 19

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	8 de 33		

5.2. MARCO OPERATIVO:

La gestión del evento adverso es el proceso de identificación, notificación, análisis, evaluación y seguimiento de los sucesos que se presentan en los diferentes puntos de atención de la ESE Metrosalud con el fin identificar las fallas, las brechas y las oportunidades de mejora que permitan contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Metrosalud adopta la metodología del software Almera, módulo de seguridad del paciente, que se encuentra alineado con las mejores prácticas de acreditación internacional.

5.2.1. Etapas para la gestión de eventos adversos:

5.2.1.1. Captación - Notificación de casos:

La captación de los sucesos que podrían afectar la seguridad del paciente se realiza a través de las diferentes notificaciones que hacen los colaboradores en el módulo de seguridad del paciente del aplicativo Almera, aunque existen otras formas de captación como la auditoría de paciente trazador, la auditoría de historias clínicas, rondas de calidad y seguridad, búsqueda de códigos CIE 10, demandas de reparación directa, escucha activa, redes sociales, correos electrónicos y artículos de prensa.

En el módulo de seguridad del paciente del aplicativo Almera se registran todos aquellos sucesos que potencialmente pudieran afectar la seguridad del paciente e incluyen todos aquellos finalmente clasificados como incidentes, eventos adversos, complicaciones y productos no conformes. Entre los sucesos a reportar se incluyen aquellos eventos adversos que suceden en cualquier punto de la red interna y externa, que son detectados al momento del ingreso o reingreso del paciente, y que denominamos eventos adversos previos intra o extrainstitucionales.

La responsabilidad de la notificación es de quien presencie o detecte el suceso o de quien realiza la atención (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, regentes, odontólogos, auxiliares de consultorio, disciplinas de apoyo, personal de laboratorio, auxiliares de laboratorio, etc.).

La notificación puede ser realizada por cualquier servidor de la empresa independiente del tipo de vinculación como personal de planta, contratistas, terceros, profesores y estudiantes.

Como alternativa a cualquier situación que genere suspensión o falla en el aplicativo, se debe contar en cada servicio de los diferentes puntos de atención con una carpeta que contenga los formatos impresos que se tienen definidos para reportes de sucesos relacionados con la seguridad del paciente en los procesos de atención, los cuales deben

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	9 de 33		

ser diligenciados manualmente y una vez se restablezca el uso de la aplicación, proceder a su ingreso en este.

Con respecto a la calidad del registro se debe tener en cuenta:

- Las notificaciones deben ser realizadas en letra minúscula.
- Hacer una descripción lo más clara y detallada del suceso presentado y en lo posible tratar de determinar la causa y su consecuencia.
- Verificar la gramática y ortografía antes de presionar el botón de "grabar" que se encuentra al final de cada uno de los formularios.
- En las historias clínicas no debe quedar registro de las notificaciones realizadas en el aplicativo.

5.2.1.2. Clasificación de los casos reportados:

Esta funcionalidad está asociada al perfil de los usuarios de gestión y se realiza con base en la información disponible, entrevistas, revisión de historia clínica y consultas a otros profesionales del equipo.

La responsabilidad de la clasificación es competencia de los referentes de seguridad institucionales (UPSS / central) y en caso de ausencias temporales al Coordinador Asistencial de la respectiva UPSS.

El servidor que realiza la clasificación del suceso debe proceder a completar la información según formulario del aplicativo, si será objeto o no de análisis y su respectiva justificación.

Para el aplicativo las diferentes notificaciones se pueden clasificar como incidentes, eventos adversos, eventos adversos muy grave/muerte, complicaciones y productos no conformes.

5.2.1.3. Análisis y formulación de compromisos (plan de mejora):

La gestión se fundamenta en el análisis de los sucesos finalmente clasificados como eventos adversos e incidentes con sus respectivas acciones de mejora y en el monitoreo, análisis y seguimiento de todas las notificaciones de acuerdo con el grupo al cual fueron asociadas. Como consecuencia del análisis se generan acciones de mejora que son objeto de seguimiento en Comité de Seguridad del Paciente con el fin de garantizar el cumplimiento de los compromisos y el cierre del ciclo.

Según la categoría, el daño y la severidad se determina la metodología de análisis la cual puede ser básica, intermedia y Protocolo de Londres.

La metodología básica aplica para los eventos adversos leves y los incidentes y consiste en una breve descripción de la situación presentada con su respectiva conclusión.

La metodología intermedia aplica para eventos adversos moderados y graves e incluye además de la descripción la relación de acciones inseguras y factores contributivos con su respectiva conclusión y compromisos.

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	10 de 33		

El protocolo de Londres aplica para los eventos adversos muy graves y aquellos que le ocasionan la muerte al paciente. Se basa en un proceso de investigación y análisis que incluye la identificación y necesidad de investigar, selección del equipo investigador, obtención y organización de información, identificación de factores contributivos, identificación de las acciones inseguras, establecer la cronología del incidente y finaliza con recomendaciones y plan de acción.

Como análisis complementario se definió la aplicación del análisis de causa raíz a través de la espina de pescado (Modelo de Ishikawa) para algunas categorizaciones de eventos adversos e incidentes que por su frecuencia requieren un tratamiento especial. El análisis de causa raíz aplica para toda la empresa o por UPSS.

El análisis de los eventos adversos muy graves y/o muerte del paciente será liderado por el Coordinador Asistencial quién es el responsable de seleccionar el equipo encargado del análisis, asignar los tiempos al personal designado y programar la fecha para la plenaria final. La selección de los integrantes del equipo debe dar respuesta al tipo de evento. Ejemplo, si el evento adverso se relaciona con medicamentos, se convocará como mínimo para la realización del análisis a un químico y/o regente y a un médico general.

El referente institucional realiza monitoreo y seguimiento mensual a las notificaciones y a los eventos adversos muy graves y/o muerte y presenta informe en Comité de Seguridad del Paciente central para toma de decisiones. La gestión de las diferentes notificaciones incluye análisis causal de las principales situaciones que podrían afectar la seguridad del paciente.

El referente de cada UPSS realiza monitoreo y seguimiento mensual a las notificaciones, eventos adversos muy graves y/o muerte y presenta informe en Comité de Seguridad del Paciente de la UPSS para toma de decisiones. La gestión de las diferentes notificaciones incluye análisis causal de las principales situaciones que podrían afectar la seguridad del paciente con sus respectivas acciones de mejora o estrategias para cerrar las brechas.

Los referentes del equipo de seguridad del paciente de la ESE Metrosalud deben informar a través de los diferentes canales de comunicación al punto de atención donde se generan los eventos adversos previos intra y extrainstitucionales, dejando su respectiva evidencia.

5.2.2. **EVENTOS ADVERSOS MUY GRAVES, TRAZADORES O CENTINELAS:**

Cuando se determine que se presentó lesión muy grave e irreparable y/o muerte de un paciente como por ejemplo muerte inesperada, muerte materna, cirugía o procedimiento en paciente equivocado u órgano equivocado, caída con lesión muy grave, error medicamentoso que amenaza la vida, suicidio, etc., se realizarán las siguientes actividades:

- Atención médica si es del caso con el fin de mitigar o solucionar las posibles consecuencias para la salud del paciente.
- Notificación inmediata al Director de la Unidad y/o al Coordinador Asistencial o referente de seguridad quien analizará y definirá en primera instancia las acciones

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	11 de 33		

pertinentes. El abordaje inicial incluye la información y apoyo al paciente y/o familiares sobre la ocurrencia del evento adverso.

- Asegurar y custodiar inmediatamente el equipo, el material, la medicación, los registros y la documentación clínica implicados en el suceso. Tomar fotos y videos si fuera necesario. Garantizar que no se modifican las evidencias físicas ni el entorno donde ha ocurrido el evento adverso.
- Ingreso del suceso en el módulo de seguridad del paciente del aplicativo Almera o en su defecto a través de cualquier medio que permita su captación y seguimiento.
- Clasificación por parte del referente de la UPSS.
- Notificación al referente institucional de seguridad del paciente quien apoyará la gestión de evento.
- Análisis en forma prioritaria, posterior e individual mediante la conformación de equipos calificados, competentes y entrenados para tal fin, bajo la metodología del Protocolo de Londres. Para el análisis se invita además de los profesionales seleccionados al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y al referente central de seguridad del paciente. Se asume como estándar que el análisis debe ser realizado en los siguientes siete días hábiles luego de la ocurrencia del evento.
- El Comité de Seguridad del Paciente (Central o por UPSS) abordará los casos analizados en forma ordinaria o extraordinaria y definirá las acciones de intervención de su competencia.
- Cuando los eventos muy graves y/o muerte estén relacionados con medicamentos o dispositivos médicos serán objeto de análisis por el Comité de Farmacia y Terapéutica central y serán notificación al INVIMA y a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por el servidor autorizado para tal fin.
- Todos los eventos adversos muy graves y/o muerte deben ser desplegados y conocidos a nivel de toda la red.
- El cierre de los casos analizados lo realizará el referente de seguridad central cuando se hayan cumplido todas las acciones de mejora.
- Acompañar, brindar apoyo emocional desde el primer momento y mantener informados sobre las comunicaciones mantenidas con el paciente y su familia a los profesionales involucrados (segunda víctima) y asegurar que sean tratados con respeto y dignidad.

5.2.3. **DIVULGACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL PACIENTE Y/O LA FAMILIA:**

En eventos adversos muy graves y/o muerte los responsables de divulgar al paciente y/o la familia la situación presentada serán el Director de la UPSS, una Psicóloga y/o Trabajadora Social.

El equipo encargado de la divulgación debe realizar previamente una planeación de la reunión y preparación de un guion con el contenido y orden de la información y si es del caso realizar consulta previa a la Oficina Asesora Jurídica.

La divulgación del evento adverso debe realizarse con prontitud y compasión y en un lugar tranquilo, confortable y privado donde se respete la confidencialidad y donde el paciente y/o familiares puedan reaccionar y los informantes responder adecuadamente, sin

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	12 de 33		

llamadas telefónicas ni interrupciones, con todos los participantes sentados en situación similar.

Presente al equipo encargado de la divulgación con nombres completos y cargo.

Utilice un lenguaje simple, libre de tecnicismos, hable despacio, mantenga un tono neutral, valore el grado de comprensión médica que puede tener la familia, evite la confrontación, reconozca y acepte en lo posible las emociones del paciente y/o familiares.

No utilice expresiones tales como error, negligencia, falta o falla ya que implican determinaciones legales.

La divulgación debe ser verídica y precisa, franca, honesta y sincera y se debe transmitir de tal manera que los afectados comprendan claramente la situación presentada y las acciones determinadas para mitigar el impacto en la salud del paciente o evitar que situaciones similares se presenten a futuro.

Es de suma importancia aprender a escuchar las inquietudes, necesidades y expectativas del paciente y/o sus familiares frente a la situación presentada.

La divulgación debe incluir las circunstancias en que se presentó el evento adverso, las posibles causas, las consecuencias clínicas para el paciente, la investigación realizada, las medidas adoptadas y la petición de disculpas en forma integral, clara, sin excusas ni justificaciones.

Ofrezca apoyo personal y de la Empresa para el paciente y los familiares que puedan precisarlo (Psicología, Trabajo Social). Transmita interés en facilitar apoyo emocional.

Al final de la reunión procure hacer un resumen o síntesis de los hechos.

Metrosalud y todos sus servidores están en la obligación de brindar apoyo emocional, acompañamiento y seguimiento a los pacientes y familiares afectados y deben disponer de todos los recursos necesarios para resarcir el daño en caso de evidenciarse que la empresa fue responsable de lo sucedido.

5.2.4. **CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y GENERACIÓN DE INFORMES:**

El aplicativo cuenta con una función denominada tablero y en el cual se obtiene información gráfica sobre la fecha/hora del suceso, clasificación desde el reporte y la clasificación, tipo y subtipo desde el reporte y la clasificación, origen del evento adverso, nivel de daño, severidad, UPSS, sede, servicio de ocurrencia.

Desde la Dirección Operativa de Sistemas de Información mensualmente se envía a cada punto de atención archivo en Excel con la siguiente información:

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	13 de 33		

- Información general del reporte (ID, código, estado, fecha de reporte, fecha/hora de ocurrencia, descripción del suceso, tipo de reporte, grupo poblacional, información de quién notifica, UPSS, punto de atención)
- Información del paciente (nombres, identificación, edad, género).
- Información del suceso (complemento de la descripción, clasificación, tipo, subtipo, nivel de daño, severidad, especificación del evento adverso)
- Información sobre el análisis (tipo de metodología, barreras y defensas que fallaron con su descripción, factores contributivos, acciones de mejora)

El Referente central y de cada UPSS presenta informe mensual en el Comité de Seguridad del Paciente que incluye el monitoreo a las notificaciones por tipo y subtipo, notificaciones por cada una de las prácticas seguras, comportamiento y análisis de los indicadores correspondientes a las prácticas seguras esenciales o de obligatorio cumplimiento y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de los análisis de eventos adversos.

Los indicadores objeto de evaluación y seguimiento por parte de los Comités de Seguridad del paciente (central y por UPSS) se encuentran relacionados a continuación:

Paquetes Instruccionales	Indicador
IAAS	Índice de infección asociada a la atención en salud
	Infecciones asociadas a la atención en salud por urgencias
	Infecciones asociadas a la atención en salud por salud oral
	Infecciones asociadas a la atención en salud por partos
	Infecciones asociadas a la atención en salud por cirugía
	Infección urinaria asociada a sonda
	Bacteremia por catéter periférico (Flebitis bacteriana)
	Proporción de adherencia a la higiene de manos
Gestante y RN	Razón de mortalidad materna
	Oportunidad en la asignación de citas de consulta gineco-obstetricia
	Efectividad del Control Prenatal
	Proporción de Recién Nacidos con bajo peso al nacer
	Ingreso a control prenatal en el primer trimestre
Caídas	Proporción de caídas de pacientes.
	Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	14 de 33		

Identificación	Proporción de pacientes identificados correctamente
	Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente
Medicamentos	Proporción de EA relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
	Proporción de EA relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
	Proporción de reacciones adversas a medicamentos
	Número de EA con medicamentos de Alto Riesgo
Transfusiones	Proporción de eventos adversos derivados de procesos transfusionales
	Proporción de pacientes trasfundidos con grupo y Rh correctos.
UPP	Identificación del riesgo de UPP
	Proporción de UPP
Consentimiento Informado	Proporción de consentimiento informado adecuadamente diligenciado
	Adherencia a los criterios de funcionalidad del consentimiento informado en auditoría de paciente trazador
Cirugía Segura	Proporción de cirugía programada cancelada
	Proporción de pacientes con fallas anestésicas en cirugía
	Proporción de pacientes con fallas anestésicas en partos

5.2.5. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Todos los eventos adversos muy graves y/o muerte deben ser difundidos en todos los puntos de la red de tal manera que el personal asistencial los conozca e identifique las barreras o estrategias para evitar que situaciones similares se presenten a futuro. La metodología para la difusión adoptada es "la Toyota", la cual deberá ser preparada por el referente de la UPSS en la cual se presentó el caso, se analiza y complementa en reunión de Equipo de Seguridad del Paciente donde se determina la población objetivo y se difunde a través de Google drive.

El monitoreo y seguimiento al programa de seguridad del paciente de cada UPSS debe ser difundido y publicado en cada servicio y actualizado con una periodicidad mensual.

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	15 de 33		

El Director de la UPSS y los Coordinadores de los Centros de Salud presentarán informe en reunión de personal sobre las principales situaciones presentadas con la seguridad del paciente y las decisiones adoptadas.

5.2.6. RIESGOS IDENTIFICADOS POR SERVICIOS

A continuación se listan los riesgos más comunes que se pueden presentar durante la prestación de los servicios, los cuales han sido identificados por los servidores y se constituyen en los panoramas de riesgos de cada servicio, relacionados con los procesos organizacionales.

5.2.6.1. GRUPO CONSULTA EXTERNA

5.2.6.1.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

5.2.6.1.1.1. Medicina General intramural y extramural

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Caídas
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Condiciones higiénico locativas deficientes (insumos para higiene de manos, suministro deficiente de agua, iluminación deficiente)

5.2.6.1.1.2. Odontología General

- Errores o fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico o de tratamiento)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Caídas
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Identificación incorrecta del paciente
- Accidentes o fallas relacionados con el procedimiento quirúrgico
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Abandonos no autorizados del servicio (fugas / evasión)

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	16 de 33		

- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana

5.2.6.1.1.3. **Nutrición y Dietética**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico, prescripción no pertinente de tratamiento nutricional)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Accidentes (con equipos antropométricos como pesa bebé, infantómetro, básculas)

5.2.6.1.1.4. **Optometría**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes

5.2.6.1.1.5. **Psicología**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico y selección de conducta a seguir)
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Caídas
- Autolesiones en crisis por exposición a material corto punzante
- Accidentes en niños por manipulación de material psicométrico pequeño

5.2.6.1.1.6. **Enfermería intramural y extramural**

- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de los registros e HC, error en selección del método)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Fallas en la eficacia de los métodos de planificación
- Perforación uterina con histerómetro durante la inserción de DIU
- IAAS
- Problemas de comunicación con los pacientes
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana
- Condiciones higiénico locativas deficientes (insumos para higiene de manos, suministro deficiente de agua, iluminación deficiente)

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	17 de 33		

5.2.6.1.1.7. Programas de promoción y prevención

- Detección tardía de alteraciones del crecimiento y desarrollo
- Detección tardía de cáncer de seno
- Detección tardía de alteraciones de la agudeza visual
- Fallas en la eficacia de los métodos de planificación
- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de los registros e HC, error en selección del método)
- Perforación uterina con histerómetro durante la inserción de DIU
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Detección tardía de patologías crónicas del adulto mayor
- Caídas
- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico, valoración inadecuada del riesgo, detección inoportuna de enfermedades propias de la gestación, orden de paraclínicos incompleta o no pertinente)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Atención en nivel no pertinente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana

5.2.6.1.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

5.2.6.1.2.1. Anestesia

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico, traumas, múltiples punciones en conductiva)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.2. Cirugía General

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	18 de 33		

- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.3. **Ginecobstetricia**

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.4. **Ortopedia y traumatología**

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.5. **Pediatría**

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.6. **Urología**

- Fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Comunicación no efectiva con los pacientes

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	19 de 33		

- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.7. **Psiquiatría**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico y selección de conducta a seguir)
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Ausencia de seguimiento al paciente, posterior a la crisis
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión de la identificación del riesgo
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.1.2.8. **Odontopediatría**

- Errores o fallas en los procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico o de tratamiento)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Caídas
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Identificación incorrecta del paciente
- Accidentes o fallas relacionados con el procedimiento de salud bucal
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Abandonos no autorizados del servicio (fugas / evasión)
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana

5.2.6.1.3. **SERVICIO DE VACUNACIÓN INTRAMURA Y EXTRAMURAL**

- Errores en el diligenciamiento y calidad de los registros e HC.
- Errores operativos del programa (inyección no estéril, técnica equivocada, error de reconstitución, lugar anatómico o vía equivocada, administración de biológico en paciente con contraindicaciones, aplicación de biológico equivocado, aplicación de biológico no pertinente)
- Reacciones adversas y/o complicaciones post-vacunales que incluye cualquier muerte que ocurra dentro de las cuatro semanas siguientes a la administración de una vacuna y se relacione con el proceso de vacunación o inmunización
- Infecciones post vacunales
- Fallas en el sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas
- Fallas en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	20 de 33		

- Mujeres embarazadas vacunadas inadvertidamente
- Síncope pos vacunal
- Caídas
- Identificación incorrecta
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana
- Condiciones higiénico locativas deficientes (insumos para higiene de manos, suministro deficiente de agua, iluminación deficiente)

5.2.6.2. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

5.2.6.2.1. Servicio farmacéutico

- Dispensación no informada, incompleta o equivocada en relación con el medicamento prescrito.
- Dispensación de medicamentos incompleta, incorrecta, inoportuna.
- Entrega de medicamentos vencidos o en mal estado de conservación

5.2.6.2.2. Servicio de imágenes diagnósticas ionizantes:

- Caídas.
- Identificación incorrecta del paciente.
- Exposición a radiaciones medicas innecesarias a mujeres en embarazo.
- Exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones médicas innecesarias o evitables (repetir exámenes que ya se habían realizado y no utilizar medidas de protección).
- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de registros en HC, error diagnóstico)
- Comunicación no efectiva con el paciente que no garantiza la comprensión de las instrucciones
- Infecciones
- Abandonos no autorizados del servicio (fugas)

5.2.6.2.3. Servicio de imágenes diagnósticas no ionizantes:

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de registros e HC, error diagnóstico, lesiones de estructuras y tejidos adyacentes, hemorragias, perforaciones)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Hemorragia posterior a toma de biopsia
- IAAS
- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de registros e HC, error diagnóstico)

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	21 de 33		

- Comunicación no efectiva con el paciente que no garantiza la comprensión de las instrucciones
- Abandonos no autorizados del servicio (fugas)

5.2.6.2.4. **Servicio de radiología odontológica:**

- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente.
- Exposición a radiaciones innecesarias a mujeres en el primer trimestre embarazo.
- Exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones innecesarias o evitables (Repetir exámenes que ya se habían realizado y no utilizar medidas de protección).
- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de registros en HC, error diagnóstico)
- Comunicación no efectiva con el paciente que no garantiza la comprensión de las instrucciones
- Lugar anatómico equivocado

5.2.6.2.5. **Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (extravasaciones, hematomas, equimosis, múltiples punciones, técnica incorrecta, identificación de muestras, muestra coagulada, muestra hemolizada, tubo equivocado)
- Caídas
- Identificación incorrecta del paciente
- Síncope pos punción
- IAAS en sitios de venopunción
- Comunicación no efectiva con el paciente que no garantiza la comprensión de las instrucciones
- Pérdida de muestras

5.2.6.2.6. **Laboratorio clínico**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (técnica incorrecta)
- Pérdida de muestras
- Inconsistencia resultados
- Inoportunidad en la entrega de resultados
- Entrega equivocada de resultados
- Resultados críticos o prioritarios no informados

5.2.6.2.7. **Servicio de gestión pre transfusional**

- No respuesta a las solicitudes de sangre y sus componentes sanguíneos
- Identificación equivocada del paciente
- Sangre utilizada no compatible
- Marcaje equivocado de hemocomponente

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	22 de 33		

- Reacción adversa post-transfusional
- Administración no oportuna de sangre y/o componentes
- Muestra mal identificada
- Uso inapropiado de productos sanguíneos (equivocado, contaminado, cadena de frío inadecuada)

5.2.6.2.8. **4.2.6.2.8 Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas intramural y extramural**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de los registros e HC, técnica incorrecta, lesiones de tejidos)
- Infecciones posteriores al procedimiento
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana
- Comunicación no efectiva con el paciente que no garantiza la comprensión de las instrucciones
- Condiciones higiénico locativas deficientes (insumos para higiene de manos, suministro deficiente de agua, iluminación deficiente)

5.2.6.2.9. **Terapia ocupacional**

- Caídas
- Accidentes y traumatismos durante la terapia (golpes, contusiones, laceraciones por uso férulas, ampollas en piel)
- Reacciones alérgicas a materiales utilizados

5.2.6.2.10. **Fisioterapia**

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de la HC, error diagnóstico, error en la terapia)
- Quemaduras
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Accidentes o traumatismos
- Infecciones
- Reacciones alérgicas a materiales utilizados

5.2.6.3. **GRUPO INTERNACIÓN**

5.2.6.3.1. **Hospitalización adultos**

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	23 de 33		

- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico, reingresos)
- Caídas
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Identificación incorrecta del paciente
- Deterioro de la condición clínica no detectado oportunamente
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Úlceras por presión
- Atención en nivel no pertinente
- Abandono no autorizado del servicio (fugas)
- Fallas o errores en el diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

5.2.6.3.2. Hospitalización pediátrica

- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico, reingresos)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Identificación incorrecta del paciente
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Deterioro de la condición clínica no detectado oportunamente
- Atención en nivel no pertinente

5.2.6.3.3. Hospitalización en salud mental

- Complicaciones por fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico, plan de tratamiento equivocado, identificación de riesgos, reingresos)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Abandonos no autorizados del servicio (fugas / evasión)
- Identificación incorrecta del paciente
- Error durante el traslado inter o intrainstitucional
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión de la identificación del riesgo
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales
- Consumo de sustancia psicoactivas
- Acercamiento sexual entre pacientes

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	24 de 33		

- Deterioro de la condición clínica no detectado oportunamente
- Atención en nivel no pertinente

5.2.6.4. GRUPO QUIRÚRGICO

5.2.6.4.1. Cirugía general

- Procedimiento quirúrgico en paciente equivocado
- Procedimiento quirúrgico en sitio anatómico incorrecto
- Procedimiento quirúrgico no pertinente
- Daño o lesión en órgano adyacente
- Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico
- Contaminación de sitio operatorio
- Falla anestésica
- Reintervención no programada
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Caídas
- Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico
- Cancelación de cirugías por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Quemaduras relacionadas con uso inadecuado de electrobisturí y/o accesorios
- Disponibilidad prevenible de equipos, dispositivos e insumos

5.2.6.4.2. Cirugía ortopédica

- Procedimiento quirúrgico en paciente equivocado
- Procedimiento quirúrgico en sitio anatómico incorrecto
- Procedimiento quirúrgico no pertinente
- Daño o lesión en órgano adyacente
- Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico
- Contaminación de sitio operatorio
- Falla anestésica
- Reintervención no programada
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	25 de 33		

- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Caídas
- Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico
- Cancelación de cirugías por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Quemaduras relacionadas con uso inadecuado de electro bisturí y/o accesorios
- Disponibilidad prevenible de equipos, dispositivos e insumos

5.2.6.4.3. **Cirugía urológica**

- Procedimiento quirúrgico en paciente equivocado
- Procedimiento quirúrgico en sitio anatómico incorrecto
- Procedimiento quirúrgico no pertinente
- Daño o lesión en órgano adyacente
- Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico
- Contaminación de sitio operatorio
- Falla anestésica
- Reintervención no programada
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Caídas
- Cancelación de cirugías por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Quemaduras relacionadas con uso inadecuado de electro bisturí y/o accesorios
- Disponibilidad prevenible de equipos, dispositivos e insumos

5.2.6.4.4. **Cirugía ginecológica**

- Procedimiento quirúrgico en paciente equivocado
- Procedimiento quirúrgico en sitio anatómico incorrecto
- Procedimiento quirúrgico no pertinente
- Daño o lesión en órgano adyacente
- Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico
- Contaminación de sitio operatorio
- Falla anestésica
- Reintervención no programada
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	26 de 33		

- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Caídas
- Cancelación de cirugías por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Quemaduras relacionadas con uso inadecuado de electro bisturí y/o accesorios
- Disponibilidad prevenible de equipos, dispositivos e insumos

5.2.6.5. GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA

5.2.6.5.1. Servicio de urgencias

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (diligenciamiento y calidad de HC, error diagnóstico, reingresos)
- Caídas
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Identificación incorrecta del paciente
- Deterioro de la condición clínica no detectado oportunamente
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Úlceras por presión
- Abandono no autorizado del servicio (fugas / evasión)
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Atención en nivel no pertinente

5.2.6.5.2. Transporte asistencial

- Caídas
- Problemas relacionados con la administración de líquidos venosos
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Defunciones y complicaciones médicas ocurridas durante el transporte
- Accidentes
- Falla mecánica del vehículo
- Problemas de accesibilidad
- Errores en la identificación del paciente
- Incendio del vehículo
- Traslado de paciente equivocado
- Traslado de paciente sin autorización (urgencia vital)
- Pérdida de pertenencias del paciente durante el traslado
- Inoportunidad en los traslados
- Abandono no autorizado durante el traslado (fugas / evasión)
- Problemas relacionados con equipos biomédicos

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	27 de 33		

- Problemas relacionados con dispositivos médicos

5.2.6.5.3. Atención del parto

- Complicaciones o fallas en procedimientos asistenciales (error diagnóstico, inversión uterina, trauma obstétrico, desgarros vaginales, hemorragia post parto inmediata, ruptura uterina, prolapso del cordón, desprendimientos placentarios, acretismos placentarios)
- Deterioro de la condición clínica no detectado oportunamente
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Caídas
- Identificación incorrecta de la gestante y/o recién nacido
- Riesgo de pérdida del bienestar fetal o estado fetal no tranquilizador presentado después del ingreso de la paciente al servicio partos
- Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Comunicación no efectiva con los pacientes
- Diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana

5.2.6.5.4. Atención prehospitalaria

- Caídas
- Problemas relacionados con la administración de líquidos venosos
- Defunciones y complicaciones médicas ocurridas durante el transporte
- Accidentes
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización
- Ubicación en nivel no pertinente

ENFOQUE DIFERENCIAL

Ver documento [PE02 DT 496](#) DT DOCUMENTO TÉCNICO ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	28 de 33		

6. DEFINICIONES O CONCEPTOS:

- **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.
- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Indicio de atención insegura:** un acontecimiento a una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Acción insegura:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo de salud.
- **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.
- **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.
- **Evento adverso previo:** cualquier daño o lesión ocurrida a un paciente como consecuencia de una atención en salud brindada anteriormente en la red interna o externa, y que lo lleva a utilizar los servicios de la empresa. Se clasifica en evento adverso previo intrahospitalario y evento adverso previo extrahospitalario.
- **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.
- Hacen parte de esta categoría los denominados en la literatura anglosajona "close call" (fallas que se presentan, que pudieron haber resultado en daño, pero que

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	29 de 33		

afortunadamente se identifican antes de que sucedieran) y “near miss” (fallas que se producen pero que no causan daño al paciente).

- **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.
- 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.
- **Barrera de seguridad:** una acción o circunstancia cuya implementación o monitoreo reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **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 preventivas:** 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.
- **Evento adverso centinela:** es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional in mediata para evitar su recurrencia.
- **Panorama de factores de riesgo:** es el reconocimiento pormenorizado de los factores de riesgo a que están expuestos los individuos en cada uno de los servicios en donde se encuentren o sean atendidos.
- **Protocolo de Londres:** guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales, su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quien tuvo la culpa.
- **Factores contributivos:** son las condiciones que facilitan o predisponen a una acción insegura.

Código:	PE02 MA 29	MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Versión:	05		
Vigente a partir de:	07/02/2023		
Página:	30 de 33		

7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto Número 780; mayo 06 de 2016
- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución Número 2003; mayo 28 de 2014
- Franco, A.L. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. 1ª ed. Cali: Editorial universidad del Valle, 2006:17-172.
- Tan D., Srinivas S, Effectiveness of Self-managed teams in clinical laboratories. p.3.
- Otero, M.J. ERRORES DE MEDICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS, Revista Española de Salud Pública; 2003; 77: 527-540.
- Kerguelen C.A. Más allá del error médico. Revista vía salud 2002; 19:38-43.
- Sanabria, Álvaro. Errare humanum est. Repercusiones del error Medico. Revista Terapéutica al Día.
- www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/TM103N5_Foro/Foro.htm.
- Esguerra Gutiérrez, Roberto. Calidad y Seguridad en la Atención Hospitalaria. FACP Fundación Santa Fe de Bogotá. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. www.achc.org.co/calidadyseguridad%2025.doc.
- Cote E. Lilia, García T. Paul; "Error Medico en Cirugía." En: FELAC, Boletín Informativo, Volumen 8, N.2
- www.felacred.org/boletin/boletin_8_2_b.html.
- Cochrane. internet: <http://www.cochrane.org>
- Goic G. Alejandro; Fuentes de Error en Clínica, Revista Medica de Chile; v.129 n.12 Diciembre 2001.
- www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001200014&script=sci_arttext
- Ruiz O, José. "La Gestión de Riesgos Sanitarios en los Hospitales". Alicante 27 Nov 2003. Universidad Internacional Méndez Pelayo. www.dsp.umh.es/proyectos/idea/ponencias/jueves/parte1/jose_maria_ruiz_ortega.pdf
- 13. Aranaz, Jesús M. "Epidemiología de los acontecimientos adversos en la asistencia hospitalaria". Gestión de Riesgos Sanitarios Noviembre 2003. www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index_alicante.html
- Aranaz, Jesús M. "Epidemiología "Experiencias Nacionales e Internacionales de la Gestión de Riesgos: Pasado, presente y futuro" . Gestión de Riesgos Sanitarios Noviembre 2003. www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index_alicante.html
- González M. Ricardo. "Los secretos de la prevención de iatrogenias" En: Revista Cubana de Medicina. V.42. N.6 Noviembre - Diciembre de 2003. scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232003000600001&script=sci_arttext&lng=es
- Fernández, Nelida. "Los eventos adversos y la calidad en la atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos". Arch. Argent.pediatr 2004;102(5) / 402.
- República de Colombia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Manual de
- Farmacovigilancia (Programa de Farmacovigilancia Institucional)
- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. 1ª ed. Bogotá D. C., diciembre de 2007.

Código:	PE02 MA 29
Versión:	05
Vigente a partir de:	07/02/2023
Página:	31 de 33

MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



8. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

No aplica.

FICHA INFORMACIÓN NORMATIVA DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA	
ALCANCE	Ver en el documento
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Ver en el documento
ENFOQUE DIFERENCIAL	Ver documento de Enfoque diferencial <u>PE02 DT 496 DT DOCUMENTO TÉCNICO ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL</u>
TALENTO HUMANO	Equipo de Seguridad del Paciente Comité de seguridad del paciente Todos los servidores Contratistas Personal docencia servicio
EQUIPOS BIOMÉDICOS	No aplica
MEDICAMENTOS	No aplica
DISPOSITIVOS MÉDICOS	No aplica
INSUMOS REQUERIDOS	Aplicativo para gestión de eventos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente Historia clínica electrónica Herramientas ofimáticas

Código:	PE02 MA 29
Versión:	05
Vigente a partir de:	07/02/2023
Página:	32 de 33

MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



ELABORADO POR:

Luz María Ramírez Correa	Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
Jorge Alberto Mejía Gómez	Cargo: Profesional Especializado

CONTROL DE ACTUALIZACIÓN

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
05	20/09/2019	Ajuste de acuerdo con la Resolución No 1619 de 2019 "por medio de la cual se reorganiza el Comité de Calidad y Seguridad" - Se cambia el nombre al comité - Desparecen los equipos de atención confiable - Se crea la figura de los referentes de seguridad del paciente - Se modifican las funciones de acuerdo con el alcance del Comité	Adecuación a la nueva Resolución del Comité	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
01 Almera	01/10/2019	Se crea el documento en el aplicativo del sistema integrado de gestión.	Aplicativo para gestión de documentos del sistema integrado de gestión.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
02 Almera	01/10/2019	Se ajusta el manual de eventos adversos y se reformula de acuerdo con la nueva plantilla de Manuales Operativos.	Se ajusta de acuerdo con el plan de mejora definido para responder a los estándares de acreditación.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
03 Almera	01/07/2022	Se ajusta el manual de eventos adversos en el componente	Se ajusta para dar respuesta a la normativa vigente.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y

Código:	PE02 MA 29
Versión:	05
Vigente a partir de:	07/02/2023
Página:	33 de 33

MANUAL GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



CONTROL DE ACTUALIZACIÓN

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
		normativo, incluyendo la resolución 3100 de 2019.		Desarrollo Organizacional
04 Almera	18/08/2022	Se ajusta el manual de eventos adversos en el componente normativo, incluyendo la resolución 3100 de 2019. Se incluyen todas las variable que se encuentran consignadas en la ficha técnica del documento.	Se ajusta para dar respuesta a requerimiento de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia en cuanto a la actualización de servicios.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
05 Almera	07/02/2023	Se ajusta el manual de eventos adversos en el componente De responsabilidades.	Se ajusta para dar respuesta a requerimiento de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia en cuanto a la actualización de servicios.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional