 E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	1 de 26

1. OBJETIVO

Establecer la metodología de identificación y reporte de eventos de seguridad que ocurren en los servicios de atención en salud y áreas administrativas de la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, teniendo en cuenta los lineamientos y estrategias institucionales y las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. ALCANCE

Este procedimiento inicia con la actividad de definición de mecanismos de reportes de eventos de seguridad y finaliza con la radicación y clasificación.

3. RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.


El responsable de elaborar y actualizar este procedimiento es la Oficina de Planeación y Calidad. La implementación es responsabilidad del Referente de Seguridad del Paciente y los líderes de áreas y servicios. El seguimiento y evaluación de la aplicación del procedimiento es a través de auditorías internas lideradas por la Oficina de Control Interno.

4. DEFINICIONES

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

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.

Actualizó: Diva Amparo Castaño V. Profesional Planeación Damaris Isabel Doria C. Asesora de Planeación y Calidad	Revisó: Damaris Isabel Doria C. Asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Carlos Fredy Carmona R Gerente
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 2018-11-30	Fecha: 2018-12-04	Fecha: 2018-12-12

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	2 de 26

Evento adverso. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

Evento adverso prevenible. Resultado no deseado y 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 y no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento 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 inmediata para evitar su recurrencia

Evento adverso leve. Es todo hecho atribuible a la atención en salud que afecta en grado leve a moderado la salud del paciente (Pirámide de Heinrich). Ejemplo fractura o trauma de tejidos blandos después de una caída de camilla o cama, reacción alérgica cutánea a un medicamento.

Evento de seguridad. Es la denominación genérica que aplicará la institución para referirse a una situación de riesgo que puede ocurrir tanto en los servicios de atención en salud como en las áreas administrativas. Estas situaciones se clasifican en 6 categorías: 1.Evento Centinela, 2.Evento adverso, 3.Incidente, 4.Complicación, 5.Falla latente, 6.Falla de atención en salud.


Fallas latentes. Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por un miembro de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

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.

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.

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

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

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	3 de 26

Rondas de seguridad. Las “Rondas de Seguridad” son una herramienta gerencial con la que cuentan los directivos y profesionales asistenciales del hospital para incrementar la seguridad de la atención en salud. Consisten en la asistencia de un grupo de ejecutivos del hospital a un servicio específico que se quiere evaluar y allí, estas personas verifican el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad, tales como: el diligenciamiento de las historias clínicas, la disposición de medicamentos, las condiciones de limpieza y ausencia de humedad en los pisos, las condiciones de seguridad en los baños (agarraderas, antideslizantes), el estado de los equipos médicos, etc.

En resumen la ronda de seguridad permite identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención. Deben tener un carácter constructivo, educativo y su implementación debe ajustarse a las condiciones y cultura propia de cada institución.

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

5. ENTRADAS

INSUMOS	PROVEEDORES	CONDICIONES
Ocurrencia de un evento de seguridad.	Servicios de atención en salud o áreas administrativas.	El evento de seguridad ocurre en las instalaciones de la institución y en función de la atención en salud.

6. CONTENIDO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
Establecimiento de mecanismos de identificación de eventos de seguridad	En la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí se han establecido los siguientes mecanismos para detectar eventos de seguridad: Autoreporte voluntario de eventos de seguridad por los trabajadores de la salud.	Oficina de Planeación y Calidad Subgerente de Salud Referente de Seguridad	PG_01_GC-3 Programa de seguridad del paciente



	<p>Reporte de eventos de seguridad por trabajadores de la salud o administrativos</p> <p>Búsqueda activa de eventos adversos a través de la revisión retrospectiva de una muestra de historias Clínicas y situaciones clínicas detrás de las cuales podría estar un evento adverso.</p> <p>Ronda de seguridad Administrativa, realizada por equipo interdisciplinario en el cual participan Directivos.</p> <p>Ronda de Seguridad Buenas Prácticas de seguridad del paciente, liderada por el Referente de Seguridad</p> <p>Nota 1. Estos mecanismos se describen en el programa de seguridad del paciente y deben ser revisados al menos una vez al año, con el objeto de declarar si es necesario nuevos mecanismos o ajustar los que están definidos.</p>		
<p>Establecimiento de medios de reporte eventos de seguridad</p>	<p>Para el reporte de los eventos de seguridad en la institución se han definido los siguientes medios:</p> <p>-Registro en el formato F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad, este formato se encuentra disponible en cada uno de los servicios de atención en salud en una carpeta rotulada con el nombre seguridad del paciente.</p>	<p>Oficina de Planeación y Calidad Referente de Seguridad</p>	<p>PG_01_GC-3 Programa de seguridad del paciente</p>



	<p>-Registro a través de formulario digital en la intranet de la institución en el link enlaces rápidos. (Ver Anexo 1 Ingreso al formulario de reporte de evento de seguridad en la intranet)</p> <p>Nota 2. La revisión de estos medios se debe realizar al menos una vez al año, con el objeto de declarar si es necesario nuevos medios o ajustar los que están definidos. .</p>		
<p>Eventos de seguridad que se reportan</p>	<p>En la institución se ha definido reportar sin barrera, cualquier situación de riesgo que puede ocurrir tanto en los servicios de atención en salud como en las áreas administrativas. Estas situaciones se clasifican en 7 categorías: 1.Evento Adverso Centinela, 2.Evento Adverso Leve, 3.Incidente, 4. Indicio de atención insegura, 5.Complicación, 6.Falla de atención en salud, 7.Falla Latente.</p> <p>Para ampliar información y tener un referente sobre los eventos de seguridad a reportar, los trabajadores pueden usar como guía la lista establecida en el "Anexo 2 Listado de eventos de seguridad", no constituyéndose en una lista exhaustiva, puede haber otros eventos de seguridad que no estén incluidos en esta.</p> <p>Para el mejoramiento institucional, es necesario</p>	<p>Oficina de Planeación y Calidad Referente de Seguridad</p>	<p>Anexo 2 Listado de eventos de seguridad</p>

	<p>que se reporte cada evento de seguridad identificado.</p> <p>Nota 3. Este listado se debe revisar al menos una vez al año, con el objeto de declarar si es necesario incluir nuevos eventos de seguridad o ajustar los que están identificados.</p>		
<p>A quién se reporta los eventos de seguridad en la institución</p>	<p>Los eventos de seguridad que se identifican en la institución se reportan al Referente de Seguridad del Paciente, quien es designado por la Gerencia mediante acto administrativo.</p> <p>El referente de seguridad designado debe ser presentado mínimamente a los líderes de servicios asistenciales y de áreas administrativas, con el propósito de que lo identifiquen, y conozcan cuáles son sus principales funciones, en el desarrollo de la Política y Programa de Seguridad del Paciente y</p>	<p>Subgerente de Salud</p>	<p>PG_01_GC-3 Programa de seguridad del paciente.</p> <p>Acto administrativo de designación de referente de seguridad</p>
<p>Autoreporte voluntario de eventos de seguridad</p>	<p>El autoreporte del evento de seguridad es realizado por el profesional o auxiliar del área de la salud, quién detecta que ha cometido un error durante la labor de atención a un paciente, y voluntariamente decide reportar lo sucedido.</p> <p>El Profesional o Auxiliar de la Salud registran el evento de seguridad a través de los mecanismos establecidos en la institución. (Ver Anexo 3. Datos del formato</p>	<p>Profesional o Auxiliar del Área de la salud que deciden voluntariamente reportar.</p>	<p>F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad.</p> <p>Formulario digital intranet de la institución</p>



	<p>F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad).</p> <p>El formato de F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad, una vez diligenciado debe ser entregado al Referente de Seguridad Personalmente o ingresarlo en la carpeta de seguridad del paciente que se encuentra en cada servicio.</p>		
<p>Reporte de eventos de seguridad por trabajadores de la salud o administrativos</p>	<p>Cualquier trabajador de la institución que identifique un evento de seguridad está en la total libertad de hacer el reporte, para esto debe hacer el registro del evento a través de los mecanismos establecidos en la institución.</p> <p>(Ver Anexo 3. Datos del formato F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad).</p> <p>El formato de F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad, una vez diligenciado debe ser entregado al Referente de Seguridad Personalmente o ingresarlo en la carpeta de seguridad del paciente que se encuentra en cada servicio.</p>	<p>Trabajadores de los servicios de atención salud o áreas administrativas</p>	<p>F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad.</p> <p>Formulario digital en la intranet de la institución</p>
<p>Rondas de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente</p>	<p>Estas rondas son realizadas por el Referente de seguridad del Paciente y/o Auxiliar de Seguridad del paciente, teniendo en cuenta la metodología establecida en el programa de seguridad del paciente.</p> <p>Si durante la realización de la ronda se detecta un evento</p>	<p>Referente de seguridad del paciente</p> <p>Auxiliar de seguridad del paciente</p>	<p>F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad</p> <p>Formulario digital en intranet de la institución</p>



	<p>de seguridad, este debe ser reportado a través de los mecanismos establecidos en la institución.</p> <p>(Ver Anexo 3. Datos del formato F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad).</p>		
<p>Ronda de Seguridad Administrativa</p>	<p>Estas rondas son realizadas por un equipo interdisciplinario integrado por el Gerente, Subgerente de Salud, Subgerente Administrativo, Líder de Enfermería, Líder de Planeación y Calidad y Referente de seguridad, teniendo en cuenta la metodología establecida en el programa de seguridad del paciente.</p> <p>Si durante la realización de la ronda se detecta un evento de seguridad, este debe ser reportado por el Referente de Seguridad, a través de los mecanismos establecidos en la institución.</p> <p>(Ver Anexo 3. Datos del formato F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad).</p>	<p>Equipo de ronda de seguridad administrativa</p> <p>Referente de Seguridad del Paciente</p>	<p>F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad</p> <p>Formulario digital o intranet de la institución</p>
<p>Recepción de Reportes de Eventos de Seguridad</p>	<p>Revisar diariamente la carpeta de seguridad ubicada en cada servicio, identificando los reportes de eventos de seguridad, reunirlos y llevarlos a la oficina de seguridad del paciente.</p> <p>Revisar el eventosdeseguridad@rs.info al cual llegan los eventos de seguridad reportados de</p>	<p>Auxiliar de seguridad del paciente</p>	




	<p>forma digital a través de la intranet.</p> <p>Recibir en la oficina de Seguridad del paciente los eventos de seguridad reportados por los servicios personalmente.</p> <p>Revisar que el formato "Reporte de eventos de seguridad (F_01_GC-3) esté diligenciado completamente y solicitar que se ajuste si es necesario.</p> <p>Asignar consecutivo cronológicamente en el campo consecutivo.</p>		
<p>Radicación y Clasificación del Eventos de Seguridad</p>	<p>Diligenciar el Formato "Reporte de evento de seguridad (F_02_GC-3)" Radicación y clasificación de evento de seguridad (Ver anexo #4) registrando los datos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Radicado, se asigna la clasificación según el tipo de evento de acuerdo a la "Lista de Eventos de seguridad (Anexo 2)"- Se coloca en el campo radicado el consecutivo asignado al evento de seguridad para conservar la trazabilidad, así como la fecha de recepción- Clasificación (Evento adverso centinela, Evento adverso Leve, Incidente, Indicio de atención insegura, complicación, falla de atención en salud, falla latente)	<p>Auxiliar de seguridad del paciente</p> <p>Líder seguridad del paciente</p>	<p>Reporte de eventos de seguridad (F_01_GC-3) completamente diligenciado</p> <p>Radicación y clasificación de eventos de seguridad (F_02_GC-3)</p>

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	10 de 26

	<p>- Tipo de daño o afectación, se describe según el caso.</p> <p>- Firma del líder de seguridad del paciente y fecha de revisado.</p>		
	<p>Asignar código cronológicamente al evento de seguridad en campo consecutivo, escanear el reporte de evento de seguridad, añadir el mes en que se reporta y clasificar en carpeta por mes y por servicio, según el área responsable de dar respuesta.</p> <p>Ejemplo: Evento de seguridad 04-Laboratorio (eventos del mes de febrero, del servicio de laboratorio).</p>		
Consolidación de Eventos de Seguridad Reportados	Diligenciar el Formato de "Consolidado de eventos de seguridad mensualmente para ser enviados al área de Planeación y calidad y a los líderes de cada servicio. (F_03_GC-3)	Auxiliar seguridad del paciente	Consolidado de eventos de seguridad (F_03_GC-3)".

7. SALIDAS

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
Evento de seguridad identificado, reportado y clasificado.	Oficina de Planeación y Calidad, Referente de seguridad, líderes de procesos, Equipo de investigación	<p>Reporte de eventos de seguridad (F_01_GC-3) completamente diligenciado.</p> <p>Radicación y clasificación de eventos de seguridad (F_02_GC-3)</p> <p>Consolidado de eventos de seguridad (F_03_GC-3)</p>

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	11 de 26

8. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES


- Los eventos de seguridad: Eventos adversos centinelas, Eventos adversos leves, incidentes, complicaciones de pacientes, fallas de atención en salud y las fallas latentes, reportadas se deben evidenciar como oportunidades de aprendizaje para generar barreras de seguridad y mejora para la institución; por lo tanto, no se deben convertir en un mecanismo fiscalizador o punitivo.
- Estimular el reporte y sancionar administrativamente y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento a nivel de proceso, servicios e individuales.
- Se debe garantizar la confidencialidad de lo reportado, del paciente y los registros clínicos.
- La institución debe capacitar periódicamente al cliente interno sobre la importancia de reportar eventos de seguridad, ya que se constituye en una de las herramientas fundamentales que contribuyen al mejoramiento continuo.
- Durante la Inducción y/o Reinducción se debe incluir la explicación sobre el reporte de eventos de seguridad y la importancia de los mismos, para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Una vez identificado el evento de seguridad debe ser reportado al Referente de Seguridad, para iniciar el análisis de las causas y el establecimiento de las acciones correctivas.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Paquete instruccional seguridad del paciente y la atención segura Versión 2.0 Ministerio de Salud y Protección Social.

10. CAMBIOS

FECHA	NATURALEZA DEL CAMBIO	SOLICITANTE
2015 – 07 – 10	Actualización del procedimiento, generando la versión 2.	Jhonatan Avendaño Mejía - Enfermero Líder de Seguridad del Paciente
2018 – 12 – 12	Actualización del procedimiento teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.	Damaris Isabel Doria C. Asesora Planeación y Calidad

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	12 de 26

11. ANEXOS


CÓDIGO	NOMBRE
F_01_GC-3	Formato "Reporte de eventos de seguridad.
F_02_GC_3	Radicación y clasificación de eventos de seguridad
F_03_GC-3	Consolidado de eventos de seguridad.

ANEXO 1

Ingreso al formulario de reporte de evento de seguridad en la intranet.




The screenshot shows a web browser window displaying the Intranet HSRB. The page features a navigation menu on the left with various links. The 'Enlaces Rápidos' (Quick Links) section is highlighted with a red circle, and the 'Eventos Seguridad' link is also highlighted. The main content area includes a banner for '¡FELIZ DÍA DEL MÉDICO!' and a 'Documentos' section with links to 'Plan de Gestión 2016 - 2018' and 'Informe de la rendición pública de cuentas'.

 E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	13 de 26

ANEXO 2.

Lista de eventos de seguridad

	EVENTOS DE SEGURIDAD
1. EVENTOS ADVERSOS CENTINELAS	
1.1 Muerte prevenible del usuario durante el proceso de atención	1.1.1 Asociado(a) al uso inadecuado de un dispositivo o equipo médico
	1.1.2 Asociado(a) a embolia aérea que se produce durante la estancia hospitalaria.
	1.1.3 Asociado(a) a errores de medicación.
	1.1.4 Asociado(a) con una reacción hemolítica debida a la administración de derivados sanguíneos incompatibles.
	1.1.5 Asociado(a) a la atención del parto y el puerperio (42 días post-parto) en una mujer con embarazo de bajo riesgo obstétrico.
	1.1.6 Relacionado(a) con la hipoglicemia que se produce durante el proceso de atención
	1.1.7 Ocasionado(a) por escaras producidas posteriores a su ingreso a la institución.
	1.1.8 Debido a la terapia de manipulación espinal.
	1.1.9 Asociado(a) con una quemadura de cualquier tipo mientras es atendido.
	1.1.10 Asociado(a) a una caída durante la atención.
	1.1.11 Relacionado(a) con su desaparición.
	1.1.12 Resultante de un asalto producido dentro de las instalaciones del hospital.
	1.1.13 En sala de espera o en áreas no asistenciales de la institución
	1.1.14 Por actores armados en áreas institucionales
	1.1.15 Por fallas o demoras en el traslado
	1.1.16 Por obstrucción de tubo orotraqueal
	1.1.17 Por decanulación o extubación accidental
	1.1.18 Por vinculación de un funcionario asistencial no idóneo
	1.1.19 Por no evacuación durante emergencia interna o externa
	1.1.20 Por inexistencia de infraestructura para la atención
	1.1.21 Por explosión en el tanque o balones de oxígeno
	1.1.22 Por falta de insumos
	1.1.23 Por corto circuito en las instalaciones del hospital.
	1.1.24 Por manejo inadecuado de equipos
	1.1.25 Por suicidio dentro de las instalaciones del hospital
	1.1.26 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.1.27 Por otra causa no identificada
1.2 Daño grave al usuario	1.2.1 Asociado(a) al uso inadecuado de un dispositivo o equipo médico
	1.2.2 Asociado(a) a embolia aérea que se produce durante la estancia hospitalaria.
	1.2.3 Asociado(a) a errores de medicación.



durante el proceso de atención	1.2.4 Asociado(a) con una reacción hemolítica debida a la administración de derivados sanguíneos incompatibles.	
	1.2.5 Asociado(a) a la atención del parto y el puerperio (42 días post-parto) en una mujer con embarazo de bajo riesgo obstétrico.	
	1.2.6 Relacionado(a) con la hipoglicemia que se produce durante el proceso de atención	
	1.2.7 Ocasionado(a) por escaras producidas posteriores a su ingreso a la institución.	
	1.2.8 Debido a la terapia de manipulación espinal.	
	1.2.9 Asociado(a) con una quemadura de cualquier tipo mientras es atendido.	
	1.2.10 Asociado(a) a una caída durante la atención.	
	1.2.11 En sala de espera o en áreas no asistenciales de la institución	
	1.2.12 Por fallas o demoras en el traslado	
	1.2.13 Por obstrucción de tubo orotraqueal	
	1.2.14 Por decanulación o extubación accidental	
	1.2.15 Por vinculación de un funcionario asistencial no idóneo	
	1.2.16 Por no evacuación durante emergencia interna o externa	
	1.2.17 Por inexistencia de infraestructura para la atención	
	1.2.18 Por explosión en el tanque o balones de oxígeno	
	1.2.19 Por falta de insumos	
	1.2.20 Por corto circuito en las instalaciones del hospital.	
	1.2.21 Por manejo inadecuado de equipos	
	1.2.22 Por reacciones a componentes sanguíneos (Hemólisis, Depresión medular) entre otros	
	1.2.23 Por Hipoxia	
	1.2.24 Por vinculación de un funcionario asistencial no idóneo	
	1.2 Daño grave al usuario durante el proceso de atención	1.2.25 Por deterioro del usuario según la clasificación de la escala de Glasgow sin tratamiento
		1.2.26 Por entrega de un infante a la persona equivocada.
		1.2.27 Por cirugía practicada en órgano o miembro par diferente al autorizado en el consentimiento informado
1.2.28 Por procedimiento realizado en usuario equivocado		
1.2.29 Por realización de procedimiento o cirugía diferente a la autorizada en el consentimiento informado		
1.2.30 Por retención de objeto extraño en un usuario después de la cirugía u otro procedimiento (se excluyen objetos implantados como parte de una intervención planificada y objetos presentes antes de la cirugía que están retenidos intencionalmente)		
1.2.31 Por shock hipovolémico potencialmente evitable derivado del proceso de atención		
1.2.32 Por AQV a usuaria embarazada		
1.2.33 Por neumonías broncoaspirativas		
1.2.34 Por neumotórax por ventilación mecánica		
1.2.35 Por secuelas neurológicas post - reanimación		
1.2.36 Por bacteremia por catéter venoso central		
1.2.37 Por obstrucción de tubo orotraqueal		
1.2.38 Por decanulación o extubación accidental		
1.2.39 Por intento de suicidio dentro de las instalaciones del hospital		
1.2.40 Por hipotensión severa en postquirúrgico		



	1.2.41 Por problemas relacionados con tecnovigilancia
	1.2.42 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.2.43 Por otra causa no identificada
1.3 Muerte en cliente interno o externo que no sea considerado como usuario (estudiante, acompañante, proveedor, etc)	1.3.1 Originado(a) por un asalto producido dentro de las instalaciones del hospital.
	1.3.2 Por causa de agresión dentro de las instalaciones del Hospital.
	1.3.3 Por Accidente de Trabajo
	1.3.4 Por corto circuito en las instalaciones del hospital
	1.3.5 Por infección de VIH o hepatitis generado por accidente biológico.
	1.3.6 Por manejo inadecuado de equipos o insumos.
	1.3.7 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.3.8 Por otra causa no identificada
1.4 PRUM que provoque daño permanente en el usuario	1.4.1 Por prescripción
	1.4.2 Por administración
	1.4.3 Por uso
	1.4.4 Por calidad
	1.4.5 Por disponibilidad
	1.4.6 Por dispensación
	1.4.7 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.4.8 Por otra causa no identificada
1.5 Muerte o daño grave al usuario dentro de las instalaciones del hospital por fallas en el sistema de vigilancia y seguridad	1.5.1 Por abuso sexual en un usuario
	1.5.2 Resultante de un asalto producido dentro de las instalaciones del hospital.
	1.5.3 Relacionado(a) con su desaparición.
	1.5.4 Por actores armados en áreas institucionales
	1.5.5 Relacionado con secuestro de usuario dentro de las instalaciones del hospital.
	1.5.6 Por Pérdida, fuga o escape de un usuario
	1.5.7 Por raptó o asesinato de un usuario dentro de las instalaciones del hospital
	1.5.8 Por robo o desaparición de cadáver
	1.5.9 Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas dentro de las instalaciones del hospital por parte del usuario
	1.5.10 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.5.11 Por otra causa no identificada
1.6 Muerte o daño grave a un usuario por infección asociada al cuidado de la salud	1.6.1 Relacionada con infección respiratoria aguda adquirida en la institución
	1.6.2 Relacionada con el sitio de inserción del catéter venoso central
	1.6.3 Relacionada con infección urinaria asociada a cateterismo vesical
	1.6.4 Relacionada con infecciones cruzadas en usuarios aislados
	1.6.5 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.6.6 Por otra causa no identificada
1.7 Muerte o daño grave de un usuario por caída	1.7.1 Relacionada con deficiencias en la infraestructura
	1.7.2 Relacionada con inadecuado uso de barandas
	1.7.3 Relacionada con la falta de identificación y seguimiento al riesgo de caída
	1.7.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	1.7.5 Por otra causa no identificada



LISTADO DE EVENTOS DE SEGURIDAD

2. EVENTOS ADVERSOS LEVE

2.1 Daño leve o moderado a usuario durante el proceso de atención


- 2.1.1 Por autoagresión de un usuario dentro de las instalaciones del hospital que provoca daño reversible.
- 2.1.2 Por aplicación de un gas equivocado o contaminado por sustancias tóxicas.
- 2.1.3 Por Laringitis pos-intubación.
- 2.1.4 Por sangrado por anti coagulación
- 2.1.5 Por falta de asistencia al usuario en estado crítico
- 2.1.6 Por lesiones producidas con dispositivo médico
- 2.1.7 Por úlceras por decúbito
- 2.1.8 Por deterioro potencialmente evitable del estado nutricional del usuario
- 2.1.9 Por ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados.
- 2.1.10 Atribuible al retraso de una intervención quirúrgica requerida.
- 2.1.11 Por mal funcionamiento o inadecuada utilización de equipos
- 2.1.12 Por corto circuito en las instalaciones del hospital
- 2.1.13 Por fallas en los procedimientos de seguridad de usuarios con discapacidad cognitiva.
- 2.1.14 Por flebitis no infecciosa en sitios de venopunción
- 2.1.15 Por obstrucción de vía área superior por edema después de cirugía de cuello
- 2.1.16 Atribuible a fallas en el manejo terapéutico de los usuarios, derivada de errores en los procesos diagnósticos
- 2.1.17 Relacionado con trauma de uretra debido a retiro o colocación inadecuada de sonda vesical
- 2.1.18 Por neumonía asociada al uso del ventilador
- 2.1.19 Atribuible a Barotrauma por ventilación mecánica
- 2.1.20 Atribuible a Laringitis post-intubación
- 2.1.21 Por Intento de suicidio dentro de las instalaciones del hospital
- 2.1.22 Por problemas relacionados con tecnovigilancia
- 2.1.23 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
- 2.1.24 Por flebitis bacteriana
- 2.1.25 Por otra causa no identificada


2.2 Daño moderado o leve a un usuario por infección asociada al

- 2.2.1 Relacionada con infección respiratoria aguda adquirida en la institución
- 2.2.2 Relacionada con el sitio de inserción del catéter venoso central
- 2.2.3 Relacionada con infección urinaria asociada a cateterismo vesical
- 2.2.4 Relacionada con infecciones cruzadas en usuarios aislados



cuidado de la salud	2.2.5 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.2.6 Por infección del sitio operatorio
	2.2.7 Por otra causa no identificada
2.3 Traumatismo leve o moderado por caída del usuario	2.3.1 Relacionada con deficiencias en la infraestructura
	2.3.2 Relacionada con inadecuado uso de barandas
	2.3.3 Relacionada con la falta de identificación y seguimiento al riesgo de caída
	2.3.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.3.5 Por otra causa no identificada
2.4 PRUM que provoque daño leve o moderado en el usuario	2.4.1 Por prescripción
	2.4.2 Por administración
	2.4.3 Por uso
	2.4.4 Por calidad
2.4 PRUM que provoque daño leve o moderado en el usuario	2.4.5 Por disponibilidad
	2.4.6 Por dispensación
	2.4.7 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.4.8 Por otra causa no identificada
2.5 Empeoramiento o ausencia de mejora de la discapacidad del usuario	2.5.1 Por deficiencias en el diseño del plan terapéutico.
	2.5.2 Por inoportunidad en la implementación del plan terapéutico
	2.5.3 Por deficiencias en el seguimiento del plan terapéutico
	2.5.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.5.5 Por otra causa no identificada
2.6 Daño moderado o leve al usuario dentro de las instalaciones del hospital por fallas en el sistema de vigilancia y seguridad	2.6.1 Resultante de un asalto producido dentro de las instalaciones del hospital.
	2.6.2 Relacionado(a) con su desaparición.
	2.6.3 Por actores armados en áreas institucionales
	2.6.4 Por Pérdida, fuga o escape de un usuario
	2.6.5 Relacionado con el consumo de sustancias sicoactivas dentro de las instalaciones del hospital por parte del usuario
	2.6.6 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.6.7 Por otra causa no identificada
2.7 Daño leve o moderado a usuario dentro de las instalaciones del hospital por fallas en el ambiente físico	2.7.1 Atribuible a fallas presentadas en el proceso de evacuación
	2.7.2 Atribuible a infraestructura inadecuada para la atención
	2.7.3 Atribuible al manejo inadecuado de desechos
	2.7.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	2.7.5 Por otra causa no identificada

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	18 de 26

	LISTADO DE EVENTOS DE SEGURIDAD
3. INCIDENTES	
3.1 PRUM sin consecuencias inmediatas sobre la salud del usuario	3.1.1 Por prescripción
	3.1.2 Por administración
	3.1.3 Por uso
	3.1.4 Por calidad
	3.1.5 Por disponibilidad
	3.1.6 Por dispensación
	3.1.7 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.1.8 Por otra causa no identificada
3.2 Fallas en el sistema de vigilancia y seguridad dentro de las instalaciones del hospital que NO causa daño al usuario	3.2.1 Por intento de suicidio dentro de las instalaciones del hospital que no provoca daño al usuario.
	3.2.2 Relacionadas con la pérdida de las pertenencias de los usuarios
	3.2.3 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.2.4 Por otra causa no identificada
3.3 Fallas en el proceso de atención que NO causa daño al usuario	3.3.1 Que desencadena en parto en servicio de hospitalización o urgencias
	3.3.2 Relacionadas con clasificación inadecuada en urgencias (triage)
	3.3.3 Relacionadas con la pertinencia del aislamiento de usuarios
	3.3.4 Relacionadas con el ingreso a cirugía sin rótulo de identificación
	3.3.5 Relacionadas con falta de supervisión del usuario en sala de recuperación por parte del anesthesiólogo responsable.
	3.3.6 Realacionadas con usuarios priorizados o electivos que ingresan a cirugía sin evaluación pre anestésica
	3.3.7 Realacionadas con usuario que ingresa a quirófano sin marcación requerida de sitio operatorio
	3.3.8 Por no adherencia a las guías de manejo clínico o de enfermería.
	3.3.9 Relacionadas con el retraso en los tiempos de resolución de patologías urgentes vitales y de alta complejidad debido a que los usuarios superan la capacidad técnico científica del servicio.
	3.3.10 Relacionadas con la inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud
	3.3.11 Por ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones identificadas, específicas del individuo, que pueden determinar la aparición de la enfermedad
	3.3.12 Por demora en la entrega de medicamento
	3.3.13 Por retraso en el traslado de un usuario



	3.3.14 Relacionadas con la continuidad del tratamiento por ausencia de medicamentos
	3.3.15 Asociadas a errores en en los procesos de remisión
	3.3.16 Asociadas a errores durante el traslado de usuarios
	3.3.17 Por no brindar información clara al usuario
	3.3.18 Relacionadas a error en la asignación de citas (en cualquier servicio)
	3.3.19 Por no aplicación de la política de priorización de usuarios
	3.3.20 Relacionadas con la no pertinencia en la solicitud de exámenes pre quirúrgicos indicados según guía
	3.3.21 Relacionadas con retraso superior a 5 minutos para el inicio de la atención a un usuario con cita
3.3 Fallas en el proceso de atención que NO causa daño al usuario	3.3.22 Relacionadas con demoras en la reanimación por fallas estructurales o procedimentales
	3.3.23 Relacionadas con la atención del usuario sin verificar datos en la orden
	3.3.24 Relacionadas con el traslado de muestras por parte del usuario o acompañante
	3.3.25 Relacionadas con la ausencia de indicaciones, información o educación al usuario dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables
	3.3.26 Por falta de información al usuario sobre las conductas adoptadas con él
	3.3.27 Relacionadas con la atención de consulta con la puerta abierta
	3.3.28 Relacionadas con la asignación de citas a varios usuarios a la misma hora
	3.3.29 Relacionadas con la programación de usuario para Cirugía sin cama reservada.
	3.3.30 Relacionadas con inatención por falta de ronda médica
	3.3.31 Relacionadas con inatención por decisión de usuario insatisfecho
	3.3.32 Relacionadas con gasas incompletas en conteo realizado después de intervención quirúrgica
	3.3.33 Relacionadas con la inoportunidad en la atención médica en usuario hospitalizado
	3.3.34 Relacionadas con la intubación en usuario sin retirar la prótesis dental
	3.3.35 Relacionadas con la exposición o sobre exposición a radiaciones innecesarias y/o potencialmente evitables
	3.3.36 Relacionadas con el inicio de procedimientos quirúrgicos sin contar con la totalidad de los dispositivos e insumos requeridos
	3.3.37 Relacionadas con la pérdida de continuidad en la prestación de servicios asistenciales por falta de un proveedor, contratista o personal de planta por cualquier causa.
	3.3.38 Por no realización adecuada de triage durante la atención a emergencia externa
	3.3.39 Por no realización de la clasificación adecuada de usuarios para evacuación durante emergencia interna
	3.3.40 Relacionadas con usuario en estado crítico sin asistencia
	3.3.41 Relacionadas con la No realización de control de pruebas de coagulación a usuario con trombosis venosa profunda
	3.3.42 Ordenes médicas que no se cumplen (tratamientos, procedimientos etc.)
	3.3.43 Formulación de medicamentos por profesional no autorizado




	3.3.44 Preparación y/o manipulación incorrecta de medicamentos o dispositivos médicos
	3.3.45 Por problemas relacionados con tecnovigilancia
	3.3.46 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.3.47 Por problemas relacionados con el servicio de alimentación
	3.3.48 Por otra causa no identificada
3.4 Inoportunidad en el proceso de atención que NO causa daño en el usuario	3.4.1 Derivado de retraso en el tiempo de atención de urgencias vitales (Más de 3 minutos para el inicio de la atención)
	3.4.2 Derivado de retrasos, errores o incumplimientos del plan de manejo integral
	3.4.3 Por ausencia o daño de un equipo.
	3.4.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.4.5 Por otra causa no identificada
3.5 Transgresión a las normas institucionales	3.5.1 Relacionada con privacidad, dignidad y confidencialidad
	3.5.2 Relacionada con las normas de aislamiento
	3.5.3 Relacionada con las normas de bioseguridad diferentes a las relacionadas con el aislamiento
	3.5.4 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.5.5 Por otra causa no identificada
3.6 Fallas en el proceso de atención en servicios de Ayudas Diagnósticas que NO causan daño al usuario	3.6.1 Relacionadas con inconsistencias en el resultado de ayudas diagnósticas
	3.6.2 Relacionadas con errores en la prescripción, toma, transporte o reporte de ayudas diagnósticas
	3.6.3 Relacionadas con resultados intercambiados entre usuarios
	3.6.4 Relacionadas con error en la transcripción de los resultados de las pruebas
	3.6.5 Relacionadas con errores en las órdenes de ayudas diagnósticas
	3.6.6 Por ayuda diagnóstica practicada a usuario equivocado
	3.6.7 Relacionadas con repetición de ayuda diagnóstica por fallas en la información o preparación
	3.6.8 Relacionadas con deficiencias en las placas, los resultados, o en los reportes de los procesos diagnósticos por imagenología
	3.6.9 Relacionadas con el transporte de muestras.
	3.6.10 Relacionadas con la no entrega de resultados de ayudas diagnósticas en sobre sellado
	3.6.11 Por realización de exámenes no solicitados
	3.6.12 Relacionadas con resultados de exámenes que llegaron inoportunamente
	3.6.13 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.6.14 Por otra causa no identificada
3.7 Fallas en los registros asistenciales	3.7.1 Relacionadas con órdenes de ayudas diagnósticas sin datos clínicos relevantes o con inconsistencias
	3.7.2 Relacionadas con la no obtención del consentimiento informado en usuario en el cual estaba indicado
	3.7.3 Relacionadas con la ausencia de historia clínica o de uno o más de sus componentes
	3.7.4 Por atención de usuarios sin registro en la Historia Clínica
	3.7.5 Por diligenciamiento de epicrisis sin haber definido la fecha del egreso
	3.7.6 Por diligenciamiento incompleto de formatos de la Historia Clínica


 E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3	
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD		Versión	3
			Página	21 de 26

	3.7.7 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	3.7.8 Por otra causa no identificada

	LISTADO DE EVENTOS DE SEGURIDAD
4. INDICIOS DE ATENCIÓN NO SEGURA	
4.1 Reingreso potencialmente evitable	4.1.1 Al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 20 días
	4.1.2 Al servicio de urgencias antes de 24 horas
	4.1.3 Por problemas relacionados con la gestión de insumos
	4.1.4 Por otra causa no identificada
4.2 Indicio de atención NO segura en el servicio de cirugía	4.2.1 Relacionado con ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
	4.2.2 Relacionado con reintervención potencialmente evitable de carácter inmediato, mediato o tardío
	4.2.3 Por otra causa no identificada
4.3 Complicaciones potencialmente evitables	4.3.1 Relacionadas con falta de ronda médica
	4.3.2 Atribuibles a fallas internas en la oportunidad o en la continuidad
	4.3.3 Relacionadas con las intervenciones de prevención: Reacciones posvacunales por fallas en la técnica de administración del biológico o en el manejo de la cadena de frío.
	4.3.4 Relacionados con procedimientos diagnósticos.
	4.3.5 Derivadas de las intervenciones, actividades y procedimientos de rehabilitación
	4.3.6 Relacionadas con fallas en el traslado.
	4.3.7 Por otra causa no identificada
4.4 Complicaciones anestésicas potencialmente evitables	4.4.1 Inmediata (Detectada en el servicio de cirugía)
	4.4.2 Mediata (Detectada después de la recuperación del usuario pero antes de su egreso de la institución).
	4.4.3 Tardía (Detectada después del egreso del usuario)
	4.4.4 Por otra causa no identificada
4.5 Complicaciones quirúrgicas potencialmente evitables	4.5.1 Inmediata (Detectada en el servicio de cirugía)
	4.5.2 Mediata (Detectada después de la recuperación del usuario pero antes de su egreso de la institución).

 <p>E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ</p>	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	22 de 26

	4.5.3 Tardía (Detectada después del egreso del usuario)
	4.5.4 Por otra causa no identificada
4.6 Cancelaciones en el proceso de atención	4.6.1 Cancelación de cirugías o procedimientos
	4.6.2 Cancelación de consultas
	4.6.3 Cancelación de ayudas diagnósticas
	4.6.4 Por otra causa no identificada
4.7 Estancia prolongada	4.7.1 Estancia Prolongada

	Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
	IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	23 de 26

ANEXO 3

Datos del formato F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad

Al momento de diligenciar el Formato F_03_GC_3 Reporte de evento de seguridad, es necesario que se registren completamente los siguientes datos solicitados tanto en el formato como en el formulario de intranet.

1. **Descripción del evento de seguridad:** Hacer una descripción completa del evento ocurrido, esta parte es fundamental para proceder en la clasificación y análisis del evento de seguridad.

2. **Posibles acciones inseguras identificadas y/o fallas en barreras de seguridad.**
En esta parte se debe hacer un listado de posibles acciones inseguras que el trabajador considere que ocurrieron

3. **Posibles factores contributivos que contribuyeron a las acciones inseguras**
Cada acción insegura es ocasionada por uno o más factores contributivos, en esta parte el trabajador deben registrar los factores que considere motivaron las acciones inseguras, (los factores contributivos están relacionados con la condición del paciente, la tarea y la tecnología, los trabajadores de la salud, el equipo de salud, el ambiente, la organización y gerencia y el contexto institucional)

4. **Identificación del evento de seguridad,** en el cual se debe diligenciar: Fecha del reporte, hora del reporte, si se conoce los datos del paciente diligenciar nombres, documento de identidad y aseguradora. El nombre de quién reporta y cargo son opcionales, se debe diligenciar servicio que reporta y servicio donde ocurre el evento de seguridad.



Procedimiento	Código	PR_01_GC-3
IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
	Página	24 de 26

	Formato	Código	F_03_GC-3
	REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	7
		Vigencia	2018-10-30

Apreciado trabajador usted puede contribuir al mejoramiento institucional, ayudando a reportar eventos de seguridad que ocurren durante la atención a los pacientes en la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí, entre los eventos a reportar se encuentran complicaciones de pacientes, fallas en la atención, fallas latentes, eventos adversos, eventos centinelas e incidentes; para el reporte puede hacer uso de este formato diligenciando completamente y con la mayor objetividad posible el evento sucedido y que usted ha identificado en un servicio o área de la institución.

1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE SEGURIDAD OCURRIDO

--

2. POSIBLES ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD

En este espacio describa de forma breve y objetiva las acciones inseguras que usted considere

--

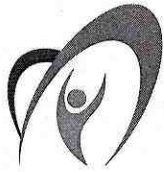
3. POSIBLES FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE CONTRIBUYERON A LAS ACCIONES INSEGURAS

En este espacio describa de forma breve y objetiva los factores contributivos que usted considere, originaron las acciones inseguras (recuerda que estos están relacionados con la condición del paciente, la tarea y la tecnología, los trabajadores de la salud, el equipo de salud, el ambiente, la organización y gerencia y el contexto institucional)

--

4. IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO DE SEGURIDAD

CONSECUTIVO <small>Espacio para ser diligenciado por el responsable de seguridad</small>		FECHA DEL REPORTE <small>DD/ MM/ AAAA</small>	HORA DEL REPORTE <small>HH :MM</small>
<i>Diligencie los siguientes datos del paciente si los conoce</i>			
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE			EDAD
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ENTIDAD ASEGURADORA		
<i>(OPCIONAL, nombre del reportante y cargo)</i>			
NOMBRE DEL REPORTANTE			
CARGO			
SERVICIO QUE REPORTA			
SERVICIO ORIGEN EVENTO			



ANEXO 4

Formato Radicación y Clasificación de eventos de seguridad

	Formato	Código	F_02_GC-3
	Radicación y Clasificación de evento de seguridad	Versión	7
		Vigencia	2018-12-07

1. Para diligenciamiento por el referente de seguridad (SÓLO Cuando se trate de un evento de seguridad relacionado con medicamento, dispositivos médicos o reactivos)

TECNOVIGILANCIA			
Información del dispositivo médico			
Nombre genérico del dispositivo médico			
No. de inventario			
Fabricante	Modelo	Serial	
FARMACOVIGILANCIA			
Información del medicamento			
Nombre del medicamento	No. Registro sanitario		
Forma farmacéutica	Laboratorio fabricante		
No. de lote	Fecha de vencimiento		
REACTIVOVIGILANCIA			
Información del reactivo			
Nombre del reactivo	No. Registro sanitario		
No. de lote	Laboratorio fabricante		
Fecha de vencimiento			
Los eventos de seguridad generados por medicamentos, dispositivos médicos o reactivos, se deben registrar completamente en los formatos establecidos por el INVIMA y en el posterior análisis contemplar los requerimientos de este ente.			
Tipo de reporte		1	2
		Primera vez	Seguimiento
Señale con una (x) según el(los) desenlace(s) que apliquen	Muerte	Daño de una función o estructura corporal	
	Enfermedad o daño que amenace la vida	Intervención Médica o Quirúrgica	
	Hospitalización: Inicial o Prolongada	Otros ¿Cuál? _____	

2. Para diligenciamiento por el Referente de seguridad del paciente

Radicado No. _____	Fecha de recepción	DD	MM	AA
CLASIFICACIÓN EVENTO DE SEGURIDAD				
Evento Adverso Centinela	<input type="checkbox"/>	Falla de atención en salud grave	<input type="checkbox"/>	
Evento Adverso Leve	<input type="checkbox"/>	Falla de atención en salud leve	<input type="checkbox"/>	
Incidente	<input type="checkbox"/>	Falla latente grave	<input type="checkbox"/>	
Indicio de atención insegura	<input type="checkbox"/>	Falla latente leve	<input type="checkbox"/>	
Complicación	<input type="checkbox"/>			
¿El evento de seguridad requiere de investigación y análisis?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Tipo de daño o afectación	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
(Aplica sólo en los casos en que se afecte emocional o físicamente a un cliente interno o externo)	Ningún daño	Daño emocional	Daño Físico mínimo	Daño Leve y temporal	Daño moderado y temporal	Daño leve y permanente	Daño moderado y permanente	Daño grave y permanente	Muerte

Fecha límite de entrega: _____

OBSERVACIONES
V°B° Referente de Seguridad del Paciente _____

