

## **CIRCULAR No 008**

**PARA: TODO EL PERSONAL**

**DE: GERENCIA**

**ASUNTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE Ë NOTIFICACIÓN EVENTOS ADVERSOS.**

Dentro de la política de mejoramiento de calidad de la atención y de seguridad del paciente y según lo establecido en la Resolución 1446 de 2006, a partir de la fecha se establece la obligatoriedad a quien detecte un evento adverso que considere hubiese afectado la atención o el estado de salud de un paciente en notificarlo en forma inmediata.

El mecanismo de información será a través de Formato ECI-F044, el cual se encuentra en los servicios y debe ser reportado a la Gerencia.

Se aclara que los eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. De igual forma, se pueden presentar situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas.

Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud.

1. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPSS)
1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia.
4. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal.
5. Pacientes con úlceras de posición.
6. Distocia inadvertida.
7. Shock hipovolémico post – parto.
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
10. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.



12. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas.
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
14. Entrega equivocada de un neonato.
15. Robo intra – institucional de niños.
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
17. Suicidio de pacientes internados.
18. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
19. Caídas desde su propia altura intra – institucional.
20. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.
21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.
22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
24. Flebitis en sitios de venopunción.
25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
26. Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.
28. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.
29. Accidentes postransfusionales.
30. Asalto sexual en la institución.
31. Neumotórax por ventilación mecánica.
32. Asfixia perinatal.
33. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
34. Secuelas post – reanimación.
35. Pérdida de pertenencias de usuarios.
36. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.

La identificación y reporte de dichos eventos servirá como herramienta que permita evaluar la calidad de atención y que se constituya a través de su análisis en un medio de generación de políticas, lineamientos o acciones que garanticen la seguridad del paciente en el hospital.

Cordial Saludo,

**LUIS GERARDO CANO VILLATE**  
**Gerente.**

Proyectó y Elaboró: LMAN  
Revisó: ALUM

