



PROTOCOLO DE ANALISIS CAUSAL Y PLAN DE MEJORA DE EVENTO ADVERSO

VERSION 6

Enero 2019

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar problemas y/o situaciones que se presentan para implementar barreras de seguridad y encontrar una solución, en referencia a los eventos adversos.

2. DEFINICIONES

PROBLEMA: Es una determinada cuestión o asunto que requiere una solución.

RESOLUCIÓN: Es la acción y efecto de resolver (desatar una dificultad, hallar la solución de un problema, resumir, tomar una determinación).

ACCIÓN: Efecto que causa un agente sobre algo.

CAUSA: Comienzo de una situación determinada.

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

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

INDICIO DE ATENCION INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, etc).

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

BARRERA DE SEGURIDAD Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

3. INDICACIONES

- ③ El análisis se realizará siempre por grupo interdisciplinario.
- ③ El análisis causal y el plan de mejora se deberán entregar al grupo de calidad máximo 72 horas después de ocurrido el evento adverso o incidente.
- ③ Primero se debe descartar si se clasifica como evento adverso no prevenible o complicación.
- ③ Tanto para el evento adverso prevenible como para el incidente se debe realizar el análisis causal.
- ③ Para facilitar la participación del personal en el análisis del evento adverso en la entidad los análisis de eventos adversos se realizan así:

TIPO DE EVENTO ADVERSO	RESPONSABLE DE LIDERAR EL ANALISIS CAUSAL	PARTICIPANTES*
RELACIONADO CON MEDICINA GENERAL Y PSIQUIATRÍA	DIRECTOR ASISTENCIAL	MEDICOS PSIQUIATRAS, MEDICOS GENERALES
RELACIONADO CON ENFERMERÍA	ENFERMERA JEFE	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
RELACIONADO CON LA PARTE COMPORTAMENTAL	PSICOLOGÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
RELACIONADO CON LAS TERAPIAS	TERAPIA OCUPACIONAL Y/O TERAPIA FISICA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA AUXILIARES DE TERAPIAS
RELACIONADO CON LO ACADEMICO	COORDINADORA ACADÉMICA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA DOCENTES Y/O PEDAGOGOS
OTROS	AUDITORES DE CALIDAD	IMPLICADOS

*Siempre participan los implicados en el evento adverso

Para realizar un adecuado análisis causal se sugiere tener en cuenta el instructivo de diligenciamiento (ver en la app en la pestaña de comunicados):

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



FICHA ANALISIS EVENTO ADVERSO POR QUE ?

Fecha: _____ Sede o Servicio: _____ Responsable: _____

EVENTO ADVERSO	PORQUE?	PORQUE?	PORQUE?

Escribir lo sucedido

Escribir la fecha del evento

Escribir la sede o servicio donde se presentó el evento

Escribir el nombre del profesional responsable de liderar el análisis y plan de mejora

Preguntarse por qué sucedió el evento, y escribir la respuesta, es muy importante al escribir por qué no trasladar la responsabilidad de lo sucedido a los pacientes, por ejemplo e paciente que no sigue indicaciones o paciente ansioso o agresivo, ya que al trabajar con pacientes de salud mental siempre vamos a tener este riesgo, es importante analizar y describir los porqués desde las fallas institucionales desde el área administrativa, asistencial, recurso humano, infraestructura, dotación (elementos y equipos biomédicos), medicamentos y dispositivos médicos, procesos asistenciales, referencia y contrareferencia, interdependencia de servicios y seguimiento a riesgos. Tener presente que de manera horizontal estamos analizando un solo tipo de falla.

Preguntarse por qué sucedió la falla mencionada en el cuadro anterior (horizontal) las veces que sea necesario hasta llegar a lo que realmente originó el evento adverso

Una vez encontrada la falla que lo origino, el plan de mejora deberá estar enfocado en solucionar, controlar o minimizar o erradicar dicha falla.

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



4. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- ④ Grupo de calidad
- ④ Personal administrativo
- ④ Personal asistencial

5. MATERIAL Y EQUIPOS

- ④ Formato árbol de problemas
- ④ Formato de plan de mejora
- ④ Formato de seguimiento al plan de mejora
- ④ Esfero
- ④ Historia clínica
- ④ Cuaderno de novedades

6. PROCEDIMIENTO

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



FLUJOGRAMA	QUE	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE
	Identificar el problema	Funcionarios y/o Auditores de calidad	En el momento que ocurra una situación que coloque en riesgo la integridad del paciente	Revisando lo acontecido (ficha de notificación de eventos adversos e incidentes) y definiendo si es un evento adverso prevenible o incidente, etc.	Sede o Servicio donde ocurre el evento adverso
	Análisis del problema	Profesional del área de la salud involucrada en el evento adverso y auxiliares	Luego de la identificación del problema	Diligenciando el formato de árbol de problemas e identificando los efectos del problema. Hacer la pregunta ¿Por qué? las veces que sea necesarias.	Sede o Servicio donde ocurre el evento adverso
	Identificación y Definición de acciones de mejora	Profesional del área de la salud involucrada en el evento adversos y auxiliares	Luego de analizadas cada una de las soluciones propuestas	Determinar acciones concretas para materializar la solución, en el formato de plan de mejora, estableciendo que, quien, donde, como, cuando y cuanto para cada acción de mejora	Sede o Servicio donde ocurre el evento adverso
	Establecer barreras de seguridad	Involucrados en el evento adverso	Luego de analizadas cada una de las soluciones propuestas	Determinar acciones concretas para prevenir y evitar nuevos eventos adversos	Sede o Servicio donde ocurre el evento adverso
	Ejecución de acciones	Quien corresponda: Administración, médico, coordinador del servicio, jefe de enfermería o Grupo de calidad	Luego de llegar a un consenso de la acción a realizar	Puesta en marcha de las acciones que darán respuesta al problema	En la sede o Servicio
	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.	Grupo de Calidad	Según la fecha de la acción de mejora	Se verifican la ejecución de las acciones propuestas en el plan de mejora.	En la sede o Servicio

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

- ☞ Los responsables de realizar el seguimiento a los planes de mejora será el grupo de calidad.
- ☞ El seguimiento a los planes de mejora (Anexo) se debe realizar al mes siguiente de ocurrido el evento adverso o antes dependiendo de la urgencia con la que se requiere la implementación de la acción de mejora.
- ☞ El formato de seguimiento al plan de mejora una vez realizado el seguimiento se debe anexar al reporte de los eventos adversos y a su vez archivarlo en la carpeta de eventos adversos.
- ☞ Establecer siempre barreras de seguridad.

8. CUIDADOS Y/O RECOMENDACIÓN

- ☞ Identificar la causa del problema dando respuesta al interrogante ¿Por qué? - ¿Por qué? - las veces que sea necesario
- ☞ Realizar siempre plan de mejoramiento
- ☞ En el plan de mejora se debe incluir la identificación de acciones de mejora y barreras de seguridad
- ☞ Hacer seguimiento al plan de mejora

9. CONTRAINDICACIONES

- ☞ No realizar el análisis causal a los eventos adversos.
- ☞ Realizar incompleto o sin sinceridad el análisis de las causas.
- ☞ No dar cumplimiento a las acciones de mejora planteadas.
- ☞ Realizar el análisis causal y el plan de mejora inoportunamente.

10. ANEXOS

- ☞ Ficha análisis evento adverso (Árbol De Problemas)
- ☞ Plan De Mejoramiento
- ☞ Seguimiento Al Plan De Mejoramiento

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2,010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



FICHA DE ANÁLISIS DEL EVENTO ADVERSO ¿POR QUÉ?

Fecha: _____ Sede o Servicio: _____ Responsable: _____

EVENTO ADVERSO	¿POR QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿POR QUÉ?

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.
NIT 822.001.338-0

PLAN DE MEJORAMIENTO						
FECHA:	RESPONSABLE:			FIRMA:		
SEDE O SERVICIO:						
¿QUÉ?	¿QUIEN?	¿CÚANDO?	¿DONDE?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿CÚANTO?

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6



CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.
NIT 822.001.338-0

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

FECHA	RESPONSABLE	FIRMA	
SEDE O SERVICIO :			
ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Elaborado por: Milena López Castaño	Ajustado por: Jeffrey Rolando Gómez	Aprobado por: Rosario Lozano
Cargo: Auditora de Calidad	Cargo: Auditor de Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: Agosto 2.010	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019
Aplica a: Todas las sedes y servicios		Versión: 6