



Fecha:	Marzo 2026.
Proceso Auditado:	Informe 14. Gestión de la calidad – Programa Seguridad del Paciente.
Responsable del Proceso:	Dr. Iván Cadena Granda – Director Gestión de la Calidad. Luz Mery Sánchez - Referente: Programa Seguridad del Paciente.
Auditores:	María de la Cruz Terán Álvarez - Profesional Auditor Contratista Especializado - Control Interno.

Objetivo:	Evaluar la gestión institucional de los sucesos de seguridad del paciente clasificados como eventos adversos prevenibles durante la vigencia 2025, mediante la revisión de una muestra priorizada con enfoque de riesgo, verificando su adecuada notificación, análisis, clasificación, formulación y seguimiento de acciones de mejora hasta su cierre.
Alcance:	La auditoría evaluará una muestra representativa de los sucesos de seguridad del paciente reportados durante la vigencia 2025 y clasificados como eventos adversos prevenibles, priorizados con enfoque de riesgo, verificando la efectividad del proceso desde su notificación, análisis y clasificación hasta el seguimiento y cierre de las acciones de mejora derivadas.
Criterios de la Auditoría:	<p>Normativo Externo</p> <p>Resolución 3100 de 2019 – Condiciones de habilitación y estándares de calidad. Resolución 4816 de 2008 – Programa de Seguridad del Paciente. Resolución 256 de 2016 – Indicadores de calidad. Lineamientos del Ministerio de Salud sobre seguridad del paciente.</p> <p>Institucional Interno</p> <p>Procedimiento institucional de gestión de sucesos de seguridad - Gestión Institucional de Indicios De Atención Insegura - CA-SDP-PR-04</p> <p>Manual del Programa de Seguridad del Paciente - Cuidándote Me Cuido - CA-SDP-PG-01</p> <p>Lineamientos internos para análisis y clasificación.</p> <p>Metodología institucional de formulación y seguimiento de planes de mejora.</p> <p>Técnico–Metodológico.</p> <p>Principios de auditoría basada en riesgo. Ciclo PHVA aplicado al proceso. Criterios de oportunidad, trazabilidad y efectividad de acciones correctivas.</p>

EJECUCIÓN

La ejecución de la auditoría se desarrolló conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditorías (PAA) aprobado, comprendiendo la revisión y análisis de la información relacionada con la gestión de los eventos adversos prevenibles reportados durante la vigencia 2025.

Inicialmente, se realizó la revisión de la documentación institucional aplicable al proceso de seguridad del paciente, incluyendo procedimientos, lineamientos y registros disponibles en el sistema institucional, con el fin de identificar los criterios de evaluación. Posteriormente, se efectuó el análisis de la base de datos consolidada de eventos adversos prevenibles, a partir de la cual se estableció la distribución de los eventos según su grado de severidad, lo que permitió definir una muestra con enfoque basado en riesgo, priorizando aquellos eventos de mayor impacto.

Una vez definida la muestra, se llevó a cabo la verificación detallada de cada uno de los casos seleccionados, evaluando la trazabilidad del proceso desde la notificación del suceso de seguridad, su análisis y clasificación, hasta la formulación, seguimiento y cierre de las acciones de mejora.

La evaluación se fundamentó en la verificación de la información registrada en el sistema institucional Almera, así como en los soportes documentales asociados a cada caso, con el propósito de determinar la efectividad del proceso de gestión de eventos adversos prevenibles.

ANÁLISIS - DISTRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES – VUGENCIA 2025

DITRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES		
Severidad	Cantidad	%Aproximado
Bajo/Menor	1035	83.94%
Moderado	188	15.24%
Severo Mayor	2	0.162%
Centinela	8	0.648%

Fuente: Base de datos de eventos adversos prevenibles vigencia 2025 – Elaboración C.I

En relación con la distribución de los eventos adversos prevenibles reportados durante la vigencia 2025, se evidencia que la mayor proporción corresponde a eventos clasificados como de severidad bajo/menor, los cuales representan aproximadamente el 84% del total (1035 eventos), seguidos por los eventos de severidad moderada con un 15% (188 eventos).

Por su parte, los eventos de severidad mayor (2 casos) y los eventos centinela (8 casos) constituyen una proporción inferior al 1% cada uno, lo que indica una baja frecuencia de eventos de alta gravedad dentro del total reportado.

La anterior distribución se presenta de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de los eventos; no obstante, para efectos del análisis en el presente informe, estos serán abordados según su nivel de severidad, iniciando por aquellos de mayor impacto, con el fin de facilitar una comprensión progresiva de su comportamiento y de los elementos asociados a su gestión.

No obstante, desde un enfoque de gestión del riesgo en salud, es importante resaltar que, aunque los eventos de mayor severidad y los eventos centinela presentan baja frecuencia, estos requieren un análisis exhaustivo debido a su alto impacto en la seguridad del paciente. Así mismo, este tipo de eventos puede generar efectos significativos a nivel institucional, incluyendo riesgos de carácter reputacional, posibles implicaciones legales y afectaciones financieras derivadas de la atención de dichos eventos.

En este sentido, la distribución observada evidencia un comportamiento esperado en cuanto a la concentración de eventos en niveles de baja severidad; sin embargo, resalta la importancia de focalizar el análisis en los eventos de severidad letal (centinela), severo mayor y moderados, los cuales, por su impacto, constituyen un punto crítico para la evaluación de la efectividad de las acciones de mejora implementadas por la institución.

Con base en la distribución de los eventos adversos prevenibles y considerando un enfoque de auditoría basado en riesgo, se definió una muestra para análisis detallado, priorizando aquellos eventos de mayor severidad e impacto en la seguridad del paciente, sin excluir la revisión de eventos de menor complejidad que permiten evaluar el comportamiento general del proceso.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRADO DE SEVERIDAD				
Grado de Severidad	Total de Eventos	Casos de Muestra	Porcentaje sobre el Total del Grado	Observación
Bajo/Menor	1035	10	0.97%	Se incluyen para evaluar el comportamiento general del proceso
Moderado	188	25	13.30%	Priorizados por su frecuencia e impacto en la evaluación de la efectividad
Severo/Mayor	2	2	100%	Se incluyen la totalidad por su alta criticidad
Centinela	8	8	100%	Revisión total debido a su impacto en la seguridad del paciente y riesgo institucional.
Total	1322	45		Muestra definida con enfoque basado en riesgo

Fuente: Base de datos de eventos adversos prevenibles vigencia 2025 – Elaboración Propia.

La distribución de la muestra por grado de severidad evidencia la aplicación de un enfoque de auditoría basado en riesgo, en el cual se priorizó la inclusión de eventos adversos de mayor impacto para la evaluación de la efectividad del proceso. En este contexto, se incluyó el 100% de los eventos clasificados como severo mayor y centinela, en consideración a su alta criticidad y a las implicaciones que estos representan en la seguridad del paciente y en la gestión institucional.

De igual forma, los eventos de severidad moderada presentan una participación relevante dentro de la muestra, en razón a su frecuencia y a su capacidad para evidenciar la pertinencia y efectividad de las acciones de mejora implementadas. Por su parte, los eventos de severidad bajo/menor fueron incluidos en una proporción menor, con el propósito de evaluar el comportamiento general del proceso, sin desviar el enfoque principal de la auditoría hacia los eventos de mayor impacto.

En conjunto, la distribución definida permite un análisis equilibrado, representativo y orientado a la identificación de debilidades en la gestión del riesgo en seguridad del paciente.

En coherencia con lo anterior, la estructuración de la información en el presente informe de auditoría se desarrolló conforme al nivel de severidad de los eventos, iniciando con los eventos centinela, seguidos por los de severidad mayor, posteriormente los de severidad moderada y, finalmente, los de menor impacto, con el fin de facilitar una lectura progresiva y comprensiva del comportamiento de los eventos y su gestión dentro de la institución.

Consolidado de eventos adversos prevenible - Tipología: Muertes Catastróficas.

En el marco del enfoque de análisis por severidad previamente definido, se presentan a continuación los eventos adversos prevenibles clasificados como de desenlace muerte catastrófica, los cuales, por su naturaleza, representan el mayor nivel de impacto en la seguridad del paciente.

Estos eventos, aunque de baja frecuencia dentro del total reportado, requieren una revisión detallada debido a su alta criticidad y a las implicaciones clínicas, institucionales y en la gestión del riesgo que conllevan.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MUERTE/CASTRÓFICO							
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	CLASIFICACIÓN DEL SUCESO	TIPOLOGIA
19279	6/03/2025	5/03/2025	TUNAL	URGENCIAS	2083,2084	EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	MUERTE CATASTRÓFICA
22919	29/07/2025	29/07/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2505,2506		
25095	15/10/2025	15/10/2025	TUNAL	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	2647,2648,2649		
25193	21/10/2025	21/10/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2579		
25279	26/10/2025	26/10/2025	TUNAL	CIRUGÍA	2617,2618,2619,2620		
25327	29/10/2025	28/10/2025	MEISSEN	URGENCIAS	2563,2564,2565,2566		
25601	7/11/2025	7/11/2025	TUNAL	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	2708		
26268	21/11/2025	21/11/2025	MEISSEN	URGENCIAS	2643,2644,2645,2646		

Fuente: Base de eventos adversos prevenibles – 2025 – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

El presente cuadro consolida los eventos adversos prevenibles con desenlace de muerte catastrófica, ocurridos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. durante la vigencia 2025, incluyendo variables como unidad, servicio, fechas de ocurrencia y planes de mejora asociados.

Esta información permite contar con una visión general de los casos analizados y constituye el punto de partida para el desarrollo del análisis individual y consolidado de los eventos.

Con base en lo anterior, se presenta a continuación el análisis detallado de cada caso, orientado a comprender las condiciones en las que ocurrieron los eventos, así como a identificar oportunidades de fortalecimiento en la gestión institucional de la seguridad del paciente.

En este contexto, la descripción de los casos se desarrolla bajo un enfoque técnico y sistemático, priorizando el análisis de las fallas del sistema, la identificación de factores contributivos y la generación de insumos para la mejora continua, garantizando a su vez el manejo adecuado de la información y la confidencialidad institucional.

Caso 1 – ID: 19279:

Análisis del contexto clínico y asistencial:

Paciente masculino de 22 años con antecedente de intento suicida reciente por intoxicación medicamentosa, diagnóstico de trastorno depresivo mayor e ideación suicida persistente documentada, clasificado clínicamente como paciente con alto riesgo de fuga y autoagresión.

Durante su estancia intrahospitalaria, el paciente permaneció sin acompañamiento continuo y en un entorno con condiciones de inseguridad acordes a su nivel de riesgo, evidenciándose una brecha entre la identificación del riesgo y la implementación de medidas efectivas para su mitigación.

Falla Activas (acciones inseguras detectadas por el equipo de Seguridad del Paciente)

El análisis institucional describe como acción insegura: “*Inadecuada ubicación del paciente en relación con sus condiciones clínicas*”. Si bien este elemento es pertinente, se identifican oportunidades para ampliar su alcance hacia un abordaje más integral del riesgo, considerando las condiciones específicas del caso.

En este sentido, el evento puede comprenderse dentro de un contexto más amplio asociado a la gestión del riesgo suicida intrahospitalario, en el cual se evidencian aspectos como:

- No activación efectiva de las medidas definidas en el protocolo para pacientes con riesgo suicida.
- La implementación parcial de estrategias de seguridad ambiental.
- Ausencia de aseguramiento continuo de la vigilancia o acompañamiento.
- No restricción completa de elementos o condiciones de riesgo en el entorno.

Este enfoque permite fortalecer la comprensión del evento desde una perspectiva sistémica, integrando no solo la ubicación del paciente, sino el conjunto de medidas requeridas para la gestión integral del riesgo identificado.

Factores contributivos identificados por el equipo de seguridad del paciente:

Paciente: Antecedentes y la severidad de su condición clínica

Individuo: Poca apropiación de lineamientos institucionales.

En relación al componente individuo, se identifican oportunidades de fortalecimiento en la valoración operativa del riesgo suicida, considerando que, a pesar de su identificación clínica, no se evidencian decisiones asistenciales plenamente alineadas con el nivel de riesgo del paciente

Equipo de trabajo: El equipo de Seguridad del Paciente identifica dentro del equipo de trabajo aspectos como:

- Comunicación ausente o deficiente.
- Falta de supervisión y limitaciones en el trabajo en equipo para la toma de decisiones.

En complemento a lo anterior, se identifican oportunidades de fortalecimiento frente al análisis de este componente, particularmente en elementos como.

- Comunicación interdisciplinaria,
- El escalamiento oportuno del riesgo y la toma de decisiones conjunta entre servicios, los cuales son determinantes en la gestión de pacientes con condiciones clínicas de alta complejidad.

Factores contributivos no analizados por parte del equipo de seguridad del paciente y que se consideran críticos

Ambiente:

- Infraestructura no adaptada para pacientes con riesgo suicida.
- Presencia de elementos físicos que facilitan autoagresión.
- Ausencia de espacios seguros o vigilancia estructurada.

El factor Ambiente es determinante, dado que el evento se materializa a través del entorno físico.

Paciente: Requería más profundidad en aspectos como: Condición psiquiátrica de alto riesgo, intento suicida reciente ideación persistente, ausencia de red de apoyo en el momento del evento.

Costos de no calidad: Desde el programa de Seguridad del Paciente se contemplan los costos asociados a las intervenciones clínicas posteriores, incluyendo la valoración por el servicio de urgencias, en la cual se documenta la ausencia de signos vitales y la confirmación de asistolia.

En complemento a lo anterior, se identifican oportunidades para ampliar el análisis de los costos de no calidad, incorporando otros componentes relevantes como la connotación del evento como centinela (muerte evitable), el posible impacto reputacional institucional, la activación de procesos legales y administrativos, la afectación al talento humano involucrado (segunda víctima), así como los costos asociados a la investigación y gestión del evento.

Este enfoque permitiría una comprensión más integral del impacto del evento, tanto en el paciente como en la institución y su equipo humano.

Análisis del plan de mejora (ID 2083 – 2084).

En relación con el plan de mejora formulado, se observa que las acciones propuestas se orientan al mejoramiento del registro clínico y al desarrollo de actividades de capacitación y socialización, aspectos que aportan al componente documental y formativo del proceso.

De manera complementaria, podrían considerarse oportunidades para ampliar el alcance del plan hacia acciones relacionadas con el seguimiento de la práctica clínica asistencial, la articulación interdisciplinaria y la respuesta oportuna frente al riesgo identificado, con el propósito de contribuir a una gestión más integral del evento y a la prevención de situaciones similares.

En atención a la naturaleza del evento analizado, el plan podría complementarse con acciones orientadas a la gestión integral del riesgo suicida en el entorno hospitalario y al fortalecimiento de las condiciones locativas y ambientales seguras para pacientes con este tipo de riesgo.

Si bien se evidenció como medida implementada la instalación de un visor en la puerta de la habitación destinada para estos casos, la cual constituye una acción positiva para facilitar la observación del paciente, se identifican oportunidades de mejora frente a otros elementos del entorno físico y operativo que también inciden en la seguridad del paciente, tales como la adecuación integral del espacio asistencial, el control de elementos con potencial riesgo para autolesión, el fortalecimiento de las medidas de vigilancia y supervisión, así como la definición de criterios operativos claros para el

manejo y seguimiento de pacientes con riesgo suicida.

Caso 2 – ID: 22919.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

El caso corresponde a una paciente femenina de 66 años, con alta complejidad clínica, en condición de aislamiento y con dispositivos invasivos recientes (traqueostomía y gastrostomía), lo cual implicaba un riesgo elevado de deterioro clínico súbito.

Durante la estancia hospitalaria, se identifican elementos relevantes en la evolución del paciente como lo son:

- Condición clínica inestable con requerimientos de vigilancia estrecha.
- Manejo en aislamiento, con impacto en la dinámica de seguimiento asistencial.
- Presencia de dispositivos que aumentaban el riesgo de eventos adversos.
- Intervalos prolongados sin evidencia de reevaluación clínica efectiva.

El evento adverso fue identificado como no presenciado, evidenciándose al momento de la valoración: Muerte, retiro de traqueostomía, signos de sangrado digestivo, y no posibilidad de maniobras de reanimación.

Fallas Activas: Por parte del equipo SP identifica como acción insegura la “*inadecuada supervisión a paciente aislado*”, lo cual constituye un elemento relevante dentro del análisis del evento.

En complemento a lo anterior, se identifican oportunidades de mejora para ampliar el alcance de esta acción insegura, incorporando aspectos relacionados con la vigilancia clínica continua y la detección oportuna de signos de deterioro en pacientes de alto riesgo en condición de aislamiento.

Este enfoque permite integrar elementos adicionales como la necesidad de un monitoreo diferencial según el nivel de riesgo, la consideración de las condiciones particulares del aislamiento y la oportunidad en la identificación del deterioro clínico, fortaleciendo así la comprensión del evento desde una perspectiva más integral.

Análisis de causas y factores contributivos: Desde el programa de Seguridad del Paciente se identifican, en el componente *Paciente*, aspectos como: Antecedentes y la severidad de la condición clínica, lo cual evidencia un reconocimiento adecuado de la alta complejidad del caso.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora para fortalecer la traducción operativa de este riesgo en la práctica asistencial, particularmente en lo relacionado con la definición y aplicación de la intensidad de vigilancia requerida, lo que podría incidir en la efectividad del manejo y en la prevención de eventos asociados.

Equipo de trabajo: Por parte del equipo de SP se identificaron debilidades relacionadas con la supervisión clínica, la coordinación del equipo y la comunicación efectiva, lo cual se traduce en oportunidades de fortalecimiento frente a la gestión integral del riesgo, particularmente en aspectos asociados al escalamiento clínico oportuno, la articulación interdisciplinaria y la continuidad en la reevaluación del estado clínico de la paciente.

Factores complementarios identificados por control interno.

Ambiente asistencial: Durante el análisis del caso se identifican oportunidades para ampliar la evaluación de factores relacionados con el entorno asistencial, tales como las condiciones de aislamiento y su posible impacto en la frecuencia del contacto clínico, así como aspectos asociados a la dinámica operativa del servicio, incluyendo distribución del personal, continuidad del seguimiento clínico y dinámicas de turno, especialmente en horario nocturno.

Tecnología y sistemas de apoyo: No se evalúa el rol de: Monitoreo continuo vs intermitente, Sistemas de alerta temprana, Alarmas clínicas, Herramientas de apoyo para detección de deterioro.

Fallas latentes: Desde la perspectiva de Control Interno, el análisis del evento permite identificar oportunidades de fortalecimiento relacionadas con mecanismos institucionales orientados al monitoreo clínico, la detección temprana de deterioro y el seguimiento continuo de pacientes de alta complejidad, aspectos que podrían contribuir al fortalecimiento de las barreras de prevención y respuesta frente a eventos similares.

Barreras y defensas: Si bien se mencionan, no se analiza su efectividad, evidenciándose fallas claras en: Monitoreo periódico (signos vitales, rondas clínicas, vigilancia de dispositivos, detección de signos de alarma, no se documenta evaluación sobre: Cumplimiento real, suficiencia de las barreras, causas de su falla.

Costos de no calidad: El equipo de Seguridad del Paciente establece como principal impacto derivado del evento: “Paciente fallece”, en concordancia con el enfoque asistencial y no punitivo del análisis realizado bajo metodología de Protocolo de Londres.

Desde el análisis de Control Interno, se considera relevante que, en eventos centinela con desenlace fatal, en el despliegue del protocolo de Londres, se contemple otros impactos asociados a la gestión integral del riesgo, tales como la activación de instancias administrativas de análisis, el uso de recursos para investigación y seguimiento del evento, así como potenciales efectos reputacionales y de aseguramiento para la organización.

Todo ello, teniendo en cuenta que la incorporación de estos elementos permite ampliar la comprensión del impacto institucional del evento, fortalecer la toma de decisiones frente a acciones de mejora y contribuir a la implementación de estrategias preventivas orientadas no solo a la seguridad del paciente, sino también a la mitigación de riesgos institucionales asociados.

Análisis del Plan de Mejora (ID 2505 – 2506).

Los planes de mejora formulados se orientan al fortalecimiento del registro y seguimiento de signos vitales, así como a la comunicación y el acompañamiento en procesos de duelo, lo cual constituye un aporte relevante desde los componentes documental, formativo y humanizado de la atención.

Así mismo, se evidenció que el evento fue objeto de análisis clínico y revisión de historia clínica en el marco de PAMEC, incluyendo espacios de análisis con participación de expertos clínicos, referentes y líderes de proceso, orientados a la comprensión integral del caso y la definición de acciones de mejora.

Sin embargo, desde el proceso de auditoria, se identifican oportunidades para ampliar el alcance del plan hacia intervenciones de carácter clínico y operativo, particularmente en aspectos relacionados con el seguimiento de pacientes en condición de aislamiento, la definición de frecuencias de monitoreo acordes al nivel de riesgo, el fortalecimiento de herramientas orientadas a la detección temprana del deterioro clínico y el fortalecimiento de la supervisión clínica, la articulación interdisciplinaria y la gestión segura de pacientes de alta complejidad.

El plan de mejora formulado presenta un enfoque predominantemente educativo y documental, sin intervenir de manera directa las condiciones asistenciales que favorecieron la ocurrencia del evento.

CASO 3 – ID: 25095.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

El evento se presenta en un entorno de alta complejidad asistencial (Unidad de Cuidado Intensivo), en paciente femenina de 51 años de edad, con dependencia de soporte ventilatorio invasivo, condición que implica la necesidad de vigilancia continua, monitoreo permanente y respuesta inmediata ante cualquier alteración en los sistemas de soporte vital.

Durante la atención se documenta una interrupción en el funcionamiento del sistema de ventilación mecánica, asociada a una desconexión prolongada no identificada oportunamente, a pesar de la disponibilidad de mecanismos de alarma y monitoreo.

De acuerdo con la revisión técnica, el equipo biomédico se encontraba en condiciones operativas adecuadas, con alarmas funcionales y respaldo energético disponible, lo que orienta el análisis hacia fallas en los procesos de vigilancia, interpretación y respuesta clínica.

El desenlace del evento se asocia a un periodo de hipoxia no detectada de manera oportuna, con progresión a compromiso neurológico severo y fallecimiento.

Fallas Activas: Acciones Inseguras determinadas por el equipo de seguridad del paciente.

- Falta de supervisión de personal asistencial (enfermería y terapia respiratoria) de los parámetros de los equipos médicos (monitor NIBP y ventilador).
- Posible sobrecarga de voltaje por alta cantidad de equipos conectados a una sola torre derivado al delicado estado de la paciente (Hemodiálisis, bombas de infusión, monitor signos vitales y ventilador).
- Falta de comunicación y acción para activar código azul. (No fue realizado).

Análisis Control Interno: En este sentido se propone ampliar el enfoque hacia una interpretación más integral del evento, incorporando componentes como: “Falla en la monitorización continua y respuesta oportuna a alarmas críticas en paciente dependiente de soporte vital”, aquí se incluye: Vigilancia, Interpretación, Respuesta, Criticidad del paciente, ya que en este caso no falló el equipo, falló el sistema humano que debía responder al equipo, ya que Biomédica confirma: ventilador funcional, batería operativa (4 horas), alarmas activas, por tanto, el evento no es tecnológico, es organizacional

Análisis de causas y factores contributivos:

Factores contributivos identificados:

Paciente: Alta carga de morbilidad, condición que exigía una vigilancia intensificada.

En este componente, se evidencia que el riesgo clínico del paciente fue adecuadamente identificado; no obstante, se identifican oportunidades de fortalecimiento en su traducción operativa, particularmente en la implementación de estrategias diferenciales de monitoreo y supervisión acordes con su nivel de complejidad. Lo anterior podría incidir en la efectividad del seguimiento clínico y en la detección oportuna de posibles deterioros.

Individuo: Conocimiento y herramientas — competencias, actitud y motivación, así como nivel de apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, entre otros).

En este componente, se identifican oportunidades de fortalecimiento en la respuesta del personal ante situaciones críticas. Se evidencia que, ante la alerta generada por el equipo (ventilador), la actuación se limitó a la notificación a terapia respiratoria, sin que se asegurara el escalamiento clínico al médico tratante ni la activación de código azul, lo que sugiere oportunidades de mejora en la priorización clínica y en la toma de decisiones en escenarios de alta presión.

Lo anterior indica que, más allá del conocimiento teórico, es necesario reforzar las competencias situacionales críticas, orientadas a la interpretación de eventos clínicos, la respuesta oportuna y la activación efectiva de rutas de atención en condiciones de riesgo vital.

Equipo de trabajo: Comunicación ausente o deficiente, así como oportunidades de fortalecimiento en la estructura del equipo (congruencia, consistencia y liderazgo), la conciencia situacional y la representación compartida del estado del paciente, el soporte mutuo y la comunicación efectiva.

En este componente, se identifica que no se cuenta con registros documentados de la situación relacionada con la detección del ventilador apagado. Adicionalmente, de acuerdo con la revisión de soportes, no se evidencia la activación de código azul ni el llamado oportuno al equipo completo, a pesar de la condición crítica de la paciente, observándose que la articulación del equipo se da de manera posterior a la valoración médica.

Lo anterior permite evidenciar oportunidades de fortalecimiento en la gestión colectiva de eventos críticos, particularmente en la organización de la respuesta, la coordinación interdisciplinaria y la activación oportuna de los mecanismos institucionales de atención.

Factores contributivos complementarios identificados por Control Interno:

Ambiente: Factor no analizado y relevante: Posible sobrecarga asistencial, alta densidad tecnológica por paciente condición que favorece la fatiga de alarmas, organización del entorno que puede dificultar la supervisión continua

El entorno en UCI influye directamente en la capacidad de detección y respuesta ante eventos críticos, por lo que su omisión limita el análisis.

Tecnología: En relación con el componente tecnológico, se evidenció que los equipos biomédicos involucrados se encontraban en condiciones operativas adecuadas, con alarmas funcionales y respaldo energético disponible, conforme a la verificación técnica realizada.

Así mismo, dentro del análisis efectuado por el equipo de Seguridad del Paciente se identificó como factor relevante la falta de supervisión del personal asistencial frente a los parámetros y alarmas de los equipos médicos.

Desde el análisis efectuado por Control Interno, se considera pertinente complementar el análisis hacia la interacción entre el personal asistencial y los sistemas de monitoreo disponibles, teniendo en cuenta que el evento no se relaciona con una falla tecnológica del ventilador, sino con oportunidades de fortalecimiento en la vigilancia continua, la interpretación de alarmas críticas y la respuesta clínica oportuna ante señales de deterioro en una paciente dependiente de soporte vital.

Fallas latentes: El análisis del evento permite identificar oportunidades de fortalecimiento relacionadas con mecanismos institucionales orientados a la gestión y respuesta frente a alarmas críticas, la estandarización de tiempos de reacción ante eventos de alto riesgo y el fortalecimiento de estrategias de supervisión clínica en tiempo real, particularmente en pacientes con alta dependencia tecnológica.

Lo anterior podría contribuir al fortalecimiento de las barreras institucionales orientadas a la prevención y respuesta oportuna frente a eventos similares.

Barreras y defensas - Humanas: Se identifica que, ante la detección de la novedad relacionada con el ventilador, la respuesta del personal se limitó a la notificación a terapia respiratoria, sin que se asegurara el escalamiento clínico al médico tratante ni la activación del código azul, situación que igualmente fue reconocida dentro del análisis realizado por el equipo de Seguridad del Paciente.

En este contexto, se reconoce que existían barreras y defensas disponibles, tales como las alarmas del ventilador, el monitoreo continuo, la supervisión de enfermería, la intervención de terapia respiratoria y la activación de la respuesta institucional; sin embargo, estas no lograron operar de manera efectiva para prevenir la progresión del evento.

Desde la Presente auditoria, se identifican oportunidades para profundizar el análisis sobre las condiciones operativas y organizacionales que pudieron incidir en la efectividad de dichas barreras dentro del contexto asistencial.

Costos de no calidad: El evento tuvo como desenlace el fallecimiento de la paciente, constituyéndose en un evento centinela de alto impacto asistencial y organizacional.

Este tipo de eventos también conlleva la movilización de recursos institucionales para actividades de análisis, seguimiento, acompañamiento técnico, impacto reputacional y financiero.

En este sentido, incorporar una visión complementaria de estos impactos puede contribuir al fortalecimiento de los procesos de aprendizaje organizacional, evaluación de controles y prevención de eventos similares.

Análisis del plan de mejora (ID 2647,2648,2649).

ID 2647: Fortalecer en el personal de salud la identificación de las alarmas visibles y audibles de los equipos cuando presenten novedades por batería o fallo eléctrico para generar un actuar inmediato de especialistas o del área biomédica.

ID 2648: Asegurar que el personal asistencial tenga conocimiento y manejo del protocolo de activación del código azul con el fin de tener una oportuna acción en los pacientes.

ID 2649: Fortalecer la buena práctica de comunicación clínica dirigida al personal de enfermería del servicio de UCI Hospital Tunal todos los turnos

Enfoque identificado de los planes de mejora establecidos: Capacitación en manejo de equipos, capacitación en código azul, fortalecimiento de comunicación.

Debilidades del plan: Se identifica un enfoque predominantemente orientado a procesos de capacitación y socialización, lo cual aporta al fortalecimiento del conocimiento del personal; no obstante, se evidencian oportunidades para complementar el plan con acciones dirigidas al fortalecimiento del trabajo en equipo, la definición de roles ante eventos críticos, el desarrollo de ejercicios de simulación clínica y el seguimiento de la respuesta operativa frente a situaciones de emergencia.

Así mismo, podrían incorporarse estrategias relacionadas con la vigilancia clínica, la interpretación y respuesta oportuna frente a alarmas audibles y visibles generadas por equipos biomédicos de soporte vital, así como la articulación del equipo asistencial

Conclusión: El análisis del evento evidencia oportunidades de mejora en la vigilancia clínica y en la respuesta del equipo asistencial frente a alarmas emitidas por equipos biomédicos de soporte vital, especialmente en pacientes con alta dependencia tecnológica y condición clínica crítica.

Así mismo, se identifican oportunidades para fortalecer aspectos relacionados con la comunicación del equipo, el escalamiento oportuno y el seguimiento de la respuesta operativa ante este tipo de situaciones.

En cuanto al plan de mejora formulado, se observa un enfoque principalmente orientado al fortalecimiento del conocimiento y la comunicación del personal, identificándose oportunidades para complementar las acciones con estrategias dirigidas al seguimiento de la práctica asistencial y la respuesta en escenarios críticos.

Caso 4 - ID: 25193.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Paciente masculino de 78 años, que se encontraba hospitalizado en el servicio de Cirugía General por un síndrome biliar obstructivo de origen en estudio, asociado a síndrome constitucional y sospecha de neoplasia periampular, con comorbilidades relevantes como cardiopatía isquémica con antecedente de angioplastia y stent coronario, EPOC, hipertensión arterial y trastorno depresivo mayor. Durante su estancia presentó hiperbilirrubinemia directa sostenida y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, motivo por el cual se encontraba en plan diagnóstico-terapéutico con CPRE, procedimiento que se vio diferido en el tiempo por limitaciones institucionales (indisponibilidad de intensificador de imágenes), generando una hospitalización prolongada.

Descripción del reporte: se ingresa a la unidad con elementos de protección personal, llamado del auxiliar de enfermería, el cual se encontraba haciendo ronda con los pacientes, siendo las 05+40am el paciente se dirigió al baño y se cae, la auxiliar se dirige al baño y encuentra al paciente en el piso después de escuchar el golpe, se traslada paciente a la cama, se informa a enfermera y a medico de turno el cuál realiza la valoración, evidenciando trauma craneoencefálico con sangrado, paciente se encuentra consciente, alerta, orientado, se realiza toma de signos vitales, administración de líquidos endovenosos, bolo de 1000cc se lactato de ringer y continua a 100cc/h, se envía laboratorios, RX y TAC de cráneo.

Observación de Control Interno: Este caso no corresponde a un evento único, sino a una cadena de fallas asistenciales progresivas, donde se identifican al menos dos eventos adversos claramente diferenciados:

Evento 1: Caída intrahospitalaria: paciente adulto mayor, alto riesgo de caída, sin acompañamiento, sin evidencia de medidas preventivas efectivas

Resultado: Trauma craneoencefálico con sangrado intracraneal.

Evento 2: Error en la toma de decisiones clínicas (medicación): Administración de tratamiento contraindicado (anticoagulación). En el paciente ya existía documentación médica de sangrado intracraneal y nota explícita de no administrar anticoagulante.

Resultado: Progresión a hemorragia masiva y muerte encefálica

Observación de Control Interno: Por tanto, no fue solo una caída, fue una falla grave en la gestión clínica posterior.

Fallas Activas: El equipo de Seguridad del Paciente identifica como acción insegura "*Fallas en la atención integral del*

paciente”, lo cual describe de manera general lo ocurrido.

Si bien el equipo de Seguridad del Paciente identificó como acción insegura las “Fallas en la atención integral del paciente”, desde el proceso de evaluación independiente, se considera pertinente complementar el análisis con una descripción más específica de las situaciones clínicas y asistenciales que intervinieron en el desenlace del evento.

En este sentido, se evidencian oportunidades de fortalecimiento en la integración de la información clínica para la toma de decisiones, particularmente en la correlación entre el antecedente de trauma craneoencefálico, los hallazgos imagenológicos, el riesgo de sangrado y las decisiones terapéuticas posteriores.

Lo anterior permite orientar el análisis hacia aspectos relacionados con la interpretación integral del estado clínico del paciente, la articulación entre servicios y la toma de decisiones.

Análisis de causas: Acciones inseguras determinadas por el equipo de seguridad del paciente:

- Fallas en la atención integral del paciente
- Falta de implementación efectiva de medidas de prevención de caídas
- Omisión del monitoreo neurológico indicado. (Herramientas de monitoreo)
- Administración de medicación (Administración de medicamento contraindicado - evento crítico).
- Limitaciones en competencias clínicas. (*No integración de información clínica relevante en decisiones terapéuticas*)

Factores Contributivos Analizados -

Individuo: Conocimiento y herramientas — competencias y nivel de apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, entre otros).

En este componente, el análisis inicial hace referencia a aspectos relacionados con la adherencia a los lineamientos; sin embargo, al revisar el caso en mayor detalle, se identifican oportunidades de mejora para ampliar esta interpretación, ya que además de lo propuesto por el equipo SP, se evidencian dificultades en el juicio clínico en un contexto de alta complejidad, así como limitaciones en la interpretación del riesgo y en el uso adecuado de la información disponible al momento de la toma de decisiones.

Lo anterior sugiere que, más allá de la adherencia a protocolos, es necesario fortalecer las competencias clínicas para el análisis integral de la información y la toma de decisiones en escenarios complejos.

Paciente: Edad, la severidad de su condición clínica, su personalidad

Equipo de trabajo: Determinadas por el equipo de seguridad del paciente: “*Comunicación ausente o deficiente, estructura del equipo (congruencia, consistencia y liderazgo), conciencia de la situación y representación compartida, falta de supervisión, falta de liderazgo en el equipo, falta de soporte de especialidades en el momento requerido, falta de trabajo en equipo para toma de decisiones, soporte mutuo, comunicación verbal, comunicación escrita, supervisión búsqueda ayuda*”.

Factores contributivos determinantes no analizados

Ambiente: No se tuvo en cuenta en la evaluación

- Sobrecarga asistencial

Demoras institucionales (ej.: CPRE), Procedimiento que se vio diferido en el tiempo por limitaciones institucionales (indisponibilidad de intensificador de imágenes), generando una hospitalización prolongada.

- Prolongación de estancia hospitalaria

Esto aumenta: Riesgo de eventos adversos (caídas, decisiones tardías).

Sistema / Tecnología: Debió analizarse:

- Alertas clínicas: Evaluar existencias de las misma.

- Sistemas de apoyo a decisión.
- Trazabilidad de órdenes médicas

Especialmente relevante para el factor de: Error de medicación.

Fallas en las barreras de seguridad

Prevención de caídas: Evaluación integral de situaciones que pudieron desencadenar la caída del paciente: (Estado de los baños: Antideslizantes, estado de agarraderas, iluminación etc).

Omisión del monitoreo neurológico indicado: Razones por las que no se ejecutó esta orden, importante conocer las debilidades que pudieran presentar las herramientas de monitoreo. (Hoja neurológica).

Costo de no calidad

El análisis efectuado por el equipo de SP se encuentra el factor “**Fallecimiento**”, como único costo de no calidad, sin evaluar representación de otros costos como: Prolongación de estancia, uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, impacto legal y reputacional.

Evaluación del plan de mejora (ID 2579)

El plan de mejora se orienta al fortalecimiento de la comunicación interdisciplinaria, a través de acciones como la revisión de documentación institucional y externa, el diseño e implementación de una estrategia de comunicación, así como su socialización y normalización en los procesos institucionales. Este enfoque resulta pertinente, en la medida en que la comunicación es un componente clave en la coordinación del cuidado.

No obstante, se identifican oportunidades para ampliar el alcance del plan, considerando que el evento analizado involucra otros aspectos críticos del proceso asistencial, como la seguridad en la medicación, el monitoreo clínico, la toma de decisiones y la oportunidad en la realización de procedimientos. En este sentido, el plan aborda principalmente un componente del problema, sin incorporar de manera explícita intervenciones dirigidas a situaciones determinantes en el desenlace del paciente.

Particularmente, para el caso analizado asociado a la prolongación de la estancia hospitalaria en un paciente con síndrome biliar obstructivo, cuyo procedimiento (CPRE) fue diferido por indisponibilidad del intensificador de imágenes, no evidenciándose acciones orientadas a la gestión del componente tecnológico, como la articulación con el proceso de tecnología biomédica para la revisión y compromisos frente al mantenimiento preventivo o correctivo del equipo. De igual forma, no se observa el abordaje de alternativas operativas como la gestión oportuna de remisión a otras instituciones con capacidad resolutoria, lo cual constituye un elemento clave para garantizar la continuidad y oportunidad en la atención.

Conclusión: El análisis del caso evidencia que el evento adverso no corresponde a un hecho aislado, sino a la concurrencia de múltiples fallas a lo largo del proceso asistencial, incluyendo debilidades en la prevención de caídas, la toma de decisiones terapéuticas y la integración de la información clínica, lo que afectó la continuidad y seguridad en la atención del paciente.

Desde el enfoque del Protocolo de Londres, se identifican oportunidades de fortalecimiento en la evaluación integral de los factores contributivos, particularmente en lo relacionado con el trabajo en equipo, la comunicación interdisciplinaria, el monitoreo clínico y la implementación efectiva de barreras de seguridad.

Así mismo, se evidencian limitaciones en el abordaje de factores operativos y tecnológicos, como se refleja en la prolongación de la estancia hospitalaria asociada al diferimiento del procedimiento CPRE por indisponibilidad del intensificador de imágenes, sin que se identificaran acciones dirigidas a la gestión del mantenimiento del equipo desde el proceso de tecnología biomédica, ni a la activación de alternativas como la remisión oportuna.

En este contexto, el plan de mejora formulado (ID 2579), si bien aborda el fortalecimiento de la comunicación interdisciplinaria, presenta un alcance parcial frente a la complejidad del evento, al no incorporar intervenciones sobre aspectos críticos del proceso asistencial, ni sobre la gestión de recursos tecnológicos, lo que limita su efectividad para prevenir la recurrencia de eventos similares y garantizar la oportunidad en la atención.

Caso 5 - ID: 25279.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Paciente femenina de 29 años, quien ingresa el 17/10/2025 por cuadro de dolor abdominal, con confirmación diagnóstica de apendicitis aguda, llevándose a apendicectomía por laparoscopia el 18/10/2025, sin complicaciones intraoperatorias reportadas.

Posteriormente, la paciente reconsulta el 25/10/2025 (día 8 postoperatorio) en malas condiciones generales, con signos clínicos de alarma: dolor abdominal generalizado de alta intensidad, distensión abdominal, taquicardia, hipotensión, deshidratación e hiperlactatemia, configurando un cuadro sugestivo de abdomen agudo complicado.

Durante su abordaje, se realiza inicialmente laparoscopia exploratoria, en la cual se evidencian hallazgos de alta gravedad, incluyendo abscesos, compromiso retroperitoneal y fascitis necrotizante, por lo que se convierte a laparotomía mediana, realizándose cirugía mayor con desbridamiento extenso, hemicolectomía izquierda, colostomía tipo Hartmann y manejo de abdomen abierto.

La paciente evoluciona a choque séptico refractario, con requerimiento de soporte vasopresor múltiple, ventilación mecánica y manejo en UCI, presentando desenlace fatal el 26/10/2025.

Aporte analítico de Control Interno: Desde el análisis integral del caso, el evento no se configura como un hecho aislado, sino como el resultado de una falla clínica en cascada, caracterizada por:

- Dificultades en el reconocimiento temprano de signos de alarma en el postoperatorio.
- Evolución a un cuadro infeccioso abdominal avanzado al momento de la reconsulta.
- Necesidad de escalamiento quirúrgico (de laparoscopia diagnóstica a laparotomía mayor), que refleja la severidad del compromiso al momento de la intervención.

En este contexto, la conversión a cirugía abierta no corresponde a una variación técnica, sino a la magnitud del proceso infeccioso instaurado, lo que sugiere que el abordaje ocurrió en una fase avanzada de la enfermedad.

En términos técnicos, el caso se interpreta como una falla en el reconocimiento oportuno y en la respuesta temprana frente a un abdomen agudo postoperatorio complicado, lo que limitó las posibilidades de intervención en fases más tempranas y favoreció la progresión a peritonitis generalizada, fascitis necrotizante y choque séptico.

Fallas Activas: Acciones Inseguras determinadas por el equipo de seguridad del paciente: “*Inoportunidad de la solicitud y toma de medios diagnósticos (laboratorios e imágenes diagnósticas), Inoportunidad de la interconsulta de cirugía, Inadecuado registro y administración del antibiótico*”.

Observación de Control Interno: Problema crítico del análisis realizado a las fallas activas: Aunque el caso está bien descrito clínicamente, el análisis tiene una debilidad importante:

Fragmenta el evento en fallas aisladas como son: Registro de antibióticos, Interconsulta tardía, solicitud de paraclínicos, pero no integra el problema central:

- Falla en el proceso clínico de atención del paciente con dolor abdominal agudo.
- Falla en reconocimiento de gravedad: Dolor abdominal postquirúrgico reciente, equivalente a alto riesgo y no priorizado adecuadamente.
- Falla en oportunidad diagnóstica: (Paraclínicos tardíos, imágenes tardías, evolución sin control clínico estrecho).
- Falla en escalamiento clínico: interconsulta quirúrgica no oportuna, falta de reevaluación médica progresiva.
- Falla en manejo temprano de sepsis: Antibiótico: Mal registrado, Posiblemente tardío o inadecuado, lo cual no es solo registro es impacto directo, supervivencia en manejo de choque séptico.
- Falla en continuidad del cuidado: Fragmentación entre urgencias Vs cirugía Vs UCI. sin visión integral del caso.

Factores Contributivos analizados:

Individuo: Actitud y motivación insuficiente, Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.).

Descripción: Baja adherencia en la guía de dolor abdominal.

Equipo de trabajo: Comunicación ausente o deficiente, Falta de supervisión, Comunicación verbal, Comunicación escrita, Supervisión búsqueda ayuda.

Descripción: falta de comunicación e interconsulta de inmediato con cirugía general, Baja adherencia en la buena práctica comunicación clínica.

Factores contributivos no analizados y relevantes.

Paciente: Elementos que debieron considerarse:

- Condición posoperatoria reciente (7 días), con riesgo conocido de complicaciones infecciosas.
- Evolución clínica sugestiva de infección intraabdominal progresiva.
- Posible presentación atípica o evolución acelerada de sepsis.

El análisis del factor paciente era importante para el reconocimiento del riesgo inherente al estado posquirúrgico, permitiendo esto definir niveles de vigilancia diferenciados, priorización diagnóstica y toma de decisiones oportunas.

Ambiente / contexto asistencial: No se evaluaron condiciones del entorno en el cual se brindó la atención.

Factores relevantes no incluidos:

- Alta demanda en el servicio de urgencias.
- Posibles tiempos de espera prolongados.
- Sobrecarga del personal asistencial.
- Condiciones del turno (especialmente nocturno o de alta rotación).
- Flujo de pacientes y priorización clínica

Importancia del análisis: Estas variables impactan directamente en la oportunidad diagnóstica y terapéutica, especialmente en patologías tiempo-dependientes como la sepsis.

Tarea y procesos asistenciales: Aunque se mencionan fallas, no se profundiza en el proceso clínico.

Aspectos que debieron evaluarse:

- Adherencia a guías de manejo de dolor abdominal agudo.
- Tiempos desde ingreso hasta solicitud de imágenes diagnósticas.
- Tiempos de respuesta de interconsultas.
- Oportunidad en el inicio de antibióticos.
- Ruta clínica del paciente dentro del servicio.

Importancia del análisis: Permite identificar fallas en la secuencia de atención, no solo en acciones aisladas, evidenciando retrasos críticos en la atención.

Sistemas de información y tecnología: Este componente está completamente ausente.

Elementos relevantes:

- Disponibilidad de ayudas diagnósticas (imágenes, laboratorio).
- Tiempos de procesamiento de resultados.
- Sistemas de alerta para resultados críticos.
- Registro clínico y trazabilidad de decisiones.

Importancia del análisis: La tecnología influye en la detección oportuna del deterioro y en la capacidad de respuesta del equipo asistencial.

Fallas latentes del sistema: No se evidenció análisis de fallas estructurales.

Posibles fallas latentes:

- Falta de protocolos claros para manejo de complicaciones posquirúrgicas.
- No estandarización de tiempos máximos para interconsultas.
- Ausencia de rutas críticas para pacientes con sospecha de sepsis.
- Debilidad en la articulación entre urgencias y cirugía.
- Falta de mecanismos de seguimiento a pacientes con reingresos recientes.

Importancia del análisis: Las fallas latentes explican por qué el evento ocurre, más allá de la actuación individual, y son clave para prevenir recurrencia.

Barreras y defensas: No se identificaron ni evaluaron las barreras que debían evitar el evento.

Barreras que probablemente fallaron:

- Triage clínico adecuado.
- Evaluación médica oportuna.
- Solicitud temprana de ayudas diagnósticas.
- Interconsulta quirúrgica oportuna.
- Inicio temprano de antibióticos.
- Seguimiento clínico del deterioro.

Importancia del análisis: Permite determinar si las barreras eran: Inexistentes, Insuficientes o existentes, pero no implementadas

Equipo de trabajo: Con análisis parcial.

Aunque se menciona comunicación deficiente, no se profundiza en:

- Falta de liderazgo clínico.
- Ausencia de responsable claro del caso.
- Falta de escalamiento oportuno.
- Débil coordinación entre servicios.
- Toma de decisiones no articulada.

Importancia del análisis: El trabajo en equipo es determinante en eventos de alta complejidad y su evaluación debe ir más allá de la comunicación.

Costos de no calidad: El análisis realizado por el equipo de seguridad del paciente comprende: Interconsulta por cirugía general, reintervención quirúrgica, traslado a UCI.

Costos no considerados:

- Uso intensivo de medicamentos de alto costo.
- Deterioro clínico progresivo evitable.
- Impacto institucional (operativo, legal y reputacional).
- Impacto en el talento humano (segunda víctima).

Importancia del análisis: Permite dimensionar el impacto real del evento y sustentar la necesidad de intervenciones estructurales.

Conclusión: EL análisis del caso presenta limitaciones en la identificación integral de factores contributivos, evidenciándose la ausencia de evaluación de componentes relevantes como el contexto asistencial, los procesos clínicos, los sistemas de información, las fallas latentes del sistema y las barreras de seguridad. Asimismo, el factor paciente no fue considerado dentro del análisis, a pesar de tratarse de un reingreso posquirúrgico con riesgo elevado de complicaciones

infecciosas. Estas omisiones restringen la comprensión sistémica del evento, dificultando la identificación de causas raíz y la formulación de acciones de mejora orientadas a la prevención efectiva de eventos similares.

Análisis plan de mejora:

En relación con los planes de mejora formulados (ID 2617, 2618, 2619 y 2620), se identifica que las acciones propuestas se orientan principalmente a la socialización de lineamientos institucionales, específicamente en:

- Registros clínicos de enfermería asociados a la administración de medicamentos
- Protocolo de profilaxis antibiótica
- Guía de práctica clínica para el manejo del dolor abdominal agudo.

Así mismo, se contempla la medición del conocimiento mediante estrategias como pretest y postest, así como mecanismos de autocontrol.

No obstante, desde el análisis efectuado, se evidencian oportunidades de fortalecimiento en la alineación entre las acciones planteadas y la naturaleza del evento adverso, el cual corresponde a una falla en la oportunidad del abordaje clínico en un cuadro de abdomen agudo complicado con evolución a sepsis. En este sentido, se observa que el plan de mejora presenta un énfasis predominante en componentes educativos y documentales, sin incorporar de manera suficiente intervenciones orientadas a los aspectos críticos del proceso asistencial, tales como:

- La oportunidad en la solicitud e interpretación de ayudas diagnósticas
- El tiempo de respuesta para la interconsulta quirúrgica
- La oportunidad en la toma de decisiones quirúrgicas
- El inicio oportuno del manejo antibiótico en contexto de sospecha de sepsis
- La reevaluación clínica sistemática en pacientes con evolución no favorable.

De igual forma, no se evidencian acciones dirigidas al fortalecimiento de rutas asistenciales específicas, criterios de alarma, ni mecanismos estructurados de escalamiento clínico, lo que limita la capacidad del plan para impactar de manera directa la atención de este tipo de eventos.

Adicionalmente, el plan no incorpora elementos relacionados con la articulación entre servicios (urgencias, cirugía, UCI), ni aspectos organizacionales como la disponibilidad de recursos, la coordinación operativa o la supervisión clínica, los cuales resultan determinantes en la oportunidad del manejo.

Conclusión.

El plan de mejora formulado, si bien es pertinente en el fortalecimiento del conocimiento y adherencia a lineamientos institucionales, presenta una desalineación parcial frente a los factores críticos que condicionaron el desenlace del evento, al centrarse en estrategias educativas y de registro, sin intervenir de manera integral los componentes clínicos, operativos y sistémicos asociados a la oportunidad diagnóstica, el escalamiento clínico y la toma de decisiones en pacientes con abdomen agudo complicado.

Caso 6 - ID: 25327.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Evento adverso prevenible – Muerte catastrófica.

Paciente masculino de 26 años de edad, en condición de politraumatismo por:

Herida por arma de fuego craneofacial, heridas múltiples (cuello, tórax, abdomen).

Al ingreso: Glasgow 10, deterioro a 3 en minutos, apnea y paro cardiorrespiratorio.

Impresión clínica: Trauma craneoencefálico severo con alta probabilidad de irreversibilidad.

En el análisis del caso realizado por Control Interno, se identificaron dos dimensiones que requieren ser diferenciadas para

una adecuada interpretación.

- El desenlace clínico (Fallecimiento).
- La calidad de la atención brindada.

En este contexto, es importante considerar que:

Dada la severidad del trauma y la rápida evolución clínica del paciente, el desenlace podría corresponder a un evento de baja probabilidad de modificación, incluso bajo condiciones óptimas de atención.

No obstante, de manera independiente al desenlace, el análisis evidencia oportunidades de mejora en la calidad del proceso asistencial, las cuales sí son susceptibles de intervención.

Esta distinción permite orientar el análisis hacia la identificación de fallas del sistema, más allá de la inevitabilidad del desenlace.

El análisis institucional identifica múltiples situaciones relevantes, sin embargo, estas no se encuentran suficientemente jerarquizadas lo que limita la comprensión del evento. Entre las fallas identificadas se destacan.

Falla en organización del área crítica:

- Ingreso de personal no autorizado.
- Descontrol del ambiente.
- Múltiples actividades simultáneas, lo cual es grave en reanimación.

Falla en manejo del paciente agitado:

- Sin contención adecuada.
- Sin medidas de seguridad.

Falla en monitorización:

- No se evidencia un esquema estructurado de monitorización continua.
- Deterioro clínico rápido sin respuesta claramente organizada.

Falla en liderazgo clínico y coordinación del equipo:

- No se documenta de manera clara la existencia de un liderazgo clínico definido.
- Limitaciones en la coordinación y direccionamiento del equipo.

Falla en registro y trazabilidad:

- Inconsistencias entre los registros clínicos y la situación observada.
- Oportunidades de mejora en la calidad de la documentación.

Debilidades identificadas en el análisis de causa:

Se identifican oportunidades de fortalecimiento en el análisis de causa, en la medida en que no se profundiza de manera suficiente para explicar el evento desde una lógica sistémica, que constituye el objetivo central del enfoque de seguridad del paciente, particularmente desde la aplicación del Protocolo de Londres.

En este contexto, se destacan los siguientes aspectos:

Ausencia de priorización de los factores contributivos

El análisis identifica múltiples factores (comunicación, humanización, registro, ambiente, decisiones clínicas); sin embargo, estos se presentan en un mismo nivel de importancia.

No se distingue con claridad cuáles tuvieron un carácter determinante y cuáles un rol secundario, lo cual limita la comprensión del evento, ya que no permite establecer:

- Qué factores influyeron de manera más significativa
- En qué aspectos debería centrarse la intervención
- Qué barreras fallaron de forma crítica.

Por ejemplo, no se evidencia una priorización de elementos como la organización de la sala de reanimación, el liderazgo clínico y la coordinación del equipo, los cuales, por la naturaleza del evento, pudieron tener un mayor impacto que otros aspectos como el registro clínico.

Enfoque descriptivo más que analítico

El análisis presenta una enumeración de situaciones, pero no desarrolla de manera suficiente la relación entre ellas ni su contribución directa al desenlace.

Por ejemplo, se mencionan aspectos como: Ingreso de personal no autorizado, falta de control del ambiente, múltiples actividades simultáneas

No obstante, no se establece de forma explícita cómo estos elementos se articulan y generan consecuencias como desorganización del entorno, pérdida de control del escenario, retrasos en la toma de decisiones y disminución en la efectividad de la atención.

En este sentido, se evidencia una oportunidad de fortalecimiento en la construcción de la cadena causal del evento.

Débil identificación de causas raíz

El análisis se centra principalmente en fallas visibles (lo ocurrido) y en conductas del equipo asistencial, sin profundizar en las condiciones del sistema que permitieron la ocurrencia del evento.

No se desarrollan de manera suficiente aspectos como:

- Existencia y aplicación de protocolos específicos para manejo en sala de reanimación
- Definición de roles en escenarios de atención de trauma
- Control estructurado del acceso a áreas críticas
- Frecuencia y alcance del entrenamiento en escenarios clínicos de alta complejidad.

Lo anterior limita la identificación de causas raíz y orienta el análisis hacia niveles más superficiales.

limitada exploración de factores latentes

Los factores latentes son fundamentales para comprender por qué las fallas pueden repetirse; sin embargo, su análisis es limitado, ya que no se profundiza en elementos como:

- Cultura organizacional en áreas críticas
- Estandarización de procesos en atención del trauma
- Modelos de supervisión
- Diseño del entorno físico
- Gestión del equipo en situaciones de alta presión.

Estos factores, aunque no son directamente visibles, configuran las condiciones que facilitan la ocurrencia del evento.

No diferenciación entre tipos de fallas

El análisis integra en un mismo nivel:

- Fallas clínicas críticas (toma de decisiones, liderazgo)
- Fallas administrativas (registro)
- Aspectos relacionados con humanización.

Sin una diferenciación clara de su impacto relativo.

Esto puede diluir la relevancia de los factores más críticos y orientar las acciones de mejora hacia aspectos que no necesariamente inciden de manera directa en la ocurrencia del evento.

limitaciones entre desenlace y proceso

No se establece una diferenciación clara entre la inevitabilidad clínica del desenlace y las posibles fallas en la atención brindada.

Esto puede conducir a una interpretación imprecisa de la prevenibilidad del evento, al no separar adecuadamente:

- La evolución clínica del paciente
- La calidad del proceso de atención.

Implicaciones en el plan de mejora

Las limitaciones descritas pueden impactar la formulación del plan de mejora, en la medida en que:

- Se dificulta orientar las acciones hacia los factores de mayor impacto
- Se priorizan estrategias generales (como capacitación o socialización)
- No se intervienen de manera directa las condiciones del sistema en las que ocurrió el evento

Análisis del plan de mejora: (ID 2563–2564 – 2565- 2566)

El plan de mejora contempla acciones relacionadas con: Actualización de protocolos, procesos de capacitación, manejo de pacientes sin identificación, humanización de la atención, responsabilidad médico-legal.

Estas acciones son pertinentes dentro del fortalecimiento institucional; sin embargo, se identifican oportunidades de mejora en su alineación con las condiciones específicas del evento.

Aspectos a fortalecer en el plan de mejora.

Priorización de intervenciones: El evento ocurre en un entorno de alta criticidad (sala de reanimación), mientras que el plan prioriza en mayor medida aspectos administrativos y formativos.

Se identifican oportunidades para enfocar acciones en: Organización del área crítica, coordinación del equipo en emergencias, intervención del escenario real del evento.

No se evidencian acciones específicas orientadas a: Control de acceso a sala de reanimación, definición de roles en atención de trauma, estructuración del liderazgo clínico, organización del equipo en escenarios de emergencia, predominio de estrategias educativas.

El plan presenta un énfasis importante en capacitación (talleres, socialización, evaluaciones de conocimiento), si bien estas estrategias son necesarias, se identifican oportunidades para complementarlas con:

- Mecanismos de verificación en la práctica.
- Simulación de escenarios críticos.
- Evaluación del desempeño en tiempo real.
- Toma de decisiones clínicas críticas.

No se incluyen acciones orientadas a fortalecer: Lineamientos para decisiones en escenarios de alta complejidad, procesos de evaluación clínica en situaciones de pronóstico limitado, espacios de revisión o auditoría clínica

Factores ambientales: A pesar de haberse identificado condiciones relacionadas con el entorno (acceso no controlado, desorganización del área), no se evidencian acciones dirigidas a:

- Control físico de acceso.
- Protocolos de ingreso a áreas críticas.
- Estandarización del manejo del entorno en reanimación.

Conclusión: El análisis del evento presenta limitaciones en la diferenciación entre la inevitabilidad del desenlace clínico y la calidad de la atención brindada, lo que conduce a una clasificación discutible como *Evento Prevenible*.

Si bien el paciente cursaba con un trauma de alta letalidad, se identifican oportunidades de mejora en la organización del entorno asistencial, el liderazgo clínico, la monitorización, la toma de decisiones clínicas y la coordinación del equipo en sala de reanimación.

En cuanto al plan de mejora, si bien incluye acciones orientadas al fortalecimiento institucional, no se evidencian intervenciones específicas dirigidas a aspectos críticos del entorno donde ocurrió el evento, tales como: Control físico de acceso a la sala de reanimación, la definición de protocolos de ingreso a áreas críticas y la estandarización del manejo del entorno en escenarios de emergencia. En este sentido, el plan mantiene un enfoque predominantemente orientado a capacitación y documentación, con oportunidades de fortalecimiento en la intervención de condiciones estructurales del sistema.”

Caso 7 - ID: 25601.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Evento adverso prevenible – Muerte catastrófica.

Adulto mayor, (72 años), con múltiples comorbilidades (cardiovasculares y metabólicas) y antecedente reciente de evento cerebrovascular, en condición de alta complejidad y riesgo de deterioro neurológico y hemodinámico, quien durante la hospitalización en unidad de cuidado intensivo desarrolla cuadro infeccioso de origen biliar con progresión a compromiso sistémico, requiriendo manejo especializado no disponible de forma oportuna en la institución. (Indicación clara de CPRE desde el 24/10 - Daño del arco en C).

Análisis técnico complementario del evento – Oficina de Control Interno.

El presente análisis se fundamenta en la revisión de los reportes institucionales disponibles, incluyendo el ejercicio realizado por el programa de seguridad del paciente en el marco de la aplicación del Protocolo de Londres, el cual incorpora información derivada de la historia clínica, esto con el fin de aportar una lectura complementaria del evento desde un enfoque sistémico.

Con base en los insumos revisados, se presenta a continuación una interpretación técnica del evento, orientada a su comprensión desde la perspectiva clínica y de la gestión del riesgo:

Desde esta perspectiva, se considera que el evento no se limita únicamente a una falla tecnológica (daño del arco en C), como se plantea inicialmente, sino que involucra otros elementos clínicos y organizacionales relevantes.

En este sentido, el caso puede interpretarse como una falla progresiva en la oportunidad diagnóstica y terapéutica en un paciente crítico con foco séptico biliar, en la cual:

- Existía indicación clara de CPRE desde el 24/10.
- Se presentó una demora prolongada (>10 días) en la resolución de una condición potencialmente reversible.
- Se mantuvo al paciente en riesgo de progresión a sepsis grave/choque séptico

Lo anterior condujo a:

- Cirugía de urgencia en condiciones desfavorables.
- Paro intraoperatorio.

- Deterioro hemodinámico irreversible y fallecimiento

En conclusión, este evento no se explica únicamente por el desenlace final, sino por la pérdida de oportunidad en la resolución oportuna del foco infeccioso.

Acción Insegura: En la formulación derivada de la aplicación del Protocolo de Londres, el equipo de seguridad del paciente define como acción insegura la “*inoportunidad en la toma del examen (CPRE)*”.

Sin embargo, desde una lectura complementaria, el evento puede entenderse como una falla en la gestión oportuna e integral del diagnóstico y tratamiento en paciente crítico con patología biliar obstructiva, en la que influyen limitaciones tecnológicas y administrativas, así como aspectos de continuidad del cuidado, resolutiveidad y articulación interinstitucional.

Análisis de factores contributivos

A partir de la revisión realizada al despliegue del Protocolo de Londres, se identifican factores contributivos que, si bien en algunos casos fueron considerados, presentan limitaciones en su profundidad analítica, así como omisiones relevantes que resultan necesarias para una comprensión integral del evento desde un enfoque sistémico.

Paciente: (Adecuadamente identificado, con alcance limitado en su interpretación)

Se reconoce la alta carga de morbilidad y la condición crítica del paciente, aspectos pertinentes dentro del análisis. No obstante, estos elementos, más que explicar el evento, incrementaban la necesidad de una respuesta clínica oportuna, resolutive y coordinada, por lo que su inclusión, aunque correcta, resulta insuficiente si no se articula con la gestión del riesgo asistencial.

Individuo: (No analizado y de alta relevancia)

No se evidencia un análisis específico de este factor, el cual resultaba clave para comprender el evento. Debieron considerarse aspectos como:

- Reconocimiento de la urgencia clínica (riesgo de progresión a colangitis/sepsis)
- Oportunidad en el escalamiento médico
- Reevaluación clínica activa ante la no resolución del cuadro.

La ausencia de este análisis limita la identificación de posibles dinámicas como la normalización de la espera en un paciente crítico, lo cual tiene implicaciones directas en la toma de decisiones.

Equipo de trabajo: (No analizado y crítico en el evento)

No se evidencia evaluación del funcionamiento del equipo interdisciplinario. Era pertinente analizar:

- Coordinación entre servicios (UCI, gastroenterología, cirugía).
- Articulación con procesos de referencia y contrarreferencia.
- Toma de decisiones interdisciplinarias.
- Escalamiento ante barreras tecnológicas o administrativas

La ausencia de este análisis sugiere posibles fragmentaciones en el proceso asistencial, con impacto en la continuidad y oportunidad del tratamiento.

Ambiente: (No analizado)

No se abordaron factores relacionados con el entorno asistencial, los cuales resultan determinantes en este tipo de eventos. Debieron incluirse:

- Disponibilidad real de servicios especializados.
- Presión asistencial y carga de trabajo.
- Tiempos institucionales de respuesta.
- Relación entre capacidad resolutive y demanda

Estos elementos permiten entender que el evento se desarrolla en un contexto de limitaciones estructurales, más allá de lo estrictamente clínico.

Tarea y tecnología: (Identificado, pero con análisis incompleto)

Se reconoce como factor contributivo el daño del arco en C y la falta de mantenimiento. Sin embargo, el análisis no profundiza en aspectos clave como:

- Existencia de planes de contingencia ante fallas tecnológicas críticas.
- Tiempos de respuesta institucional frente a la indisponibilidad del equipo.
- Disponibilidad de alternativas diagnósticas o terapéuticas.
- Estrategias de gestión del riesgo tecnológico

En este sentido, no solo se trata de la falla del equipo, sino de la capacidad del sistema para responder de manera oportuna ante dicha falla.

Contexto institucional: (Identificado, con necesidad de mayor profundidad)

Se menciona la no aceptación oportuna del traslado por parte de la EPS; sin embargo, el análisis podría fortalecerse al incluir:

- Tiempos efectivos de gestión de remisión.
- Mecanismos de escalamiento administrativo.
- Niveles de responsabilidad compartida entre IPS y EPS

Este componente representa un factor estructural crítico en la evolución del caso.

Fallas latentes: Si bien el análisis menciona el contexto institucional como factor, se identifican múltiples fallas latentes que no fueron abordadas de manera integral, entre ellas:

- Ausencia de rutas definidas para pacientes sin disponibilidad tecnológica.
- Debilidades en los acuerdos de referencia y contrarreferencia.
- Limitaciones en la gestión de equipos biomédicos críticos.
- Falta de tiempos máximos definidos para la realización de procedimientos urgentes.
- Ausencia de seguimiento institucional a interconsultas críticas

Estas condiciones estructurales permiten comprender por qué el evento pudo materializarse, más allá de las fallas visibles.

Análisis de barreras y defensas: El análisis institucional se centra en barreras de tipo tecnológico; no obstante, se identifican otras barreras relevantes que no fueron evaluadas:

- Barreras clínicas: seguimiento del foco infeccioso, reevaluación médica continua.
- Barreras administrativas: gestión oportuna de remisión.
- Barreras organizacionales: coordinación entre servicios y continuidad del cuidado

En este contexto, el evento no se explica por la falla de una única barrera, sino por una limitación en el funcionamiento integral del sistema de contención del riesgo.

Costos de no calidad: El análisis institucional contempla principalmente la remisión y el procedimiento quirúrgico. Sin embargo, desde una perspectiva ampliada, el evento implica otros costos relevantes:

- Prolongación de la estancia en UCI.
- Uso intensivo de recursos (antibióticos, soporte vasopresor, estudios diagnósticos).
- Intervenciones quirúrgicas en condiciones desfavorables.
- Evento centinela (fallecimiento).

- Impacto legal y reputacional para la institución.
- Costos asociados a fallas en la articulación de la red de servicios (IPS–EPS)

En conclusión, se evidencian limitaciones en la amplitud y profundidad del análisis de factores contributivos, particularmente en aquellos de carácter sistémico, lo cual puede influir en la formulación de acciones de mejora que no aborden de manera integral las condiciones que favorecieron la ocurrencia del evento.

Análisis del plan de mejora (ID 2708)

A partir de la revisión del plan de mejora formulado para el caso, se identifican elementos positivos orientados a la mitigación de una de las causas inmediatas del evento, así como oportunidades de fortalecimiento relacionadas con el abordaje integral de los factores que contribuyeron a su ocurrencia.

Aspectos positivos

El plan incorpora acciones orientadas a fortalecer la disponibilidad tecnológica institucional, entre las que se destacan:

- La programación de mantenimiento preventivo para equipos biomédicos críticos (arco en C).
- La consideración de alternativas de respaldo mediante alquiler o disponibilidad de equipos.

Estas acciones resultan pertinentes frente a la indisponibilidad tecnológica identificada en el evento.

Oportunidades de fortalecimiento

No obstante, el plan presenta limitaciones en su alcance, al centrarse principalmente en el componente tecnológico, sin abordar de manera integral otros factores relevantes evidenciados en el análisis:

1. Alcance centrado en el componente tecnológico

El plan se enfoca en la disponibilidad del arco en C; sin embargo, el evento también involucra aspectos clínicos, administrativos y organizacionales, tales como:

- Demoras en la resolución del cuadro clínico.
- Limitaciones en la gestión de la remisión.
- Falta de articulación entre actores del sistema.
- Limitado abordaje de la oportunidad clínica

No se identifican acciones orientadas a garantizar la oportunidad en la atención de pacientes con indicación de procedimientos prioritarios, en particular, no se contemplan:

- Definición de tiempos máximos para la realización de CPRE.
- Mecanismos de escalamiento clínico ante demoras.
- Estrategias de seguimiento a interconsultas críticas.
- Ausencia de acciones frente a la articulación con la red de servicios (EPS–IPS)

Dado que el evento incluye barreras en la gestión de remisión, se esperaría la incorporación de acciones como:

- Formalización de rutas de remisión prioritaria para pacientes críticos.
- Definición de acuerdos de oportunidad con la red de referencia.
- Implementación de mecanismos de escalamiento administrativo.
- Limitado fortalecimiento del trabajo en equipo e integración clínica

No se evidencian acciones orientadas a mejorar la toma de decisiones interdisciplinarias, tales como:

- Espacios estructurados de discusión clínica para casos complejos.
- Definición de responsabilidades en la coordinación del cuidado.
- Estrategias de articulación entre servicios asistenciales.

- Falta de intervención sobre condiciones estructurales (fallas latentes)

El plan no contempla acciones dirigidas a aspectos estructurales identificados en el análisis, entre ellos:

- Modelos de atención para pacientes sin capacidad resolutive institucional.
- Gestión del riesgo en escenarios de indisponibilidad tecnológica.
- Garantía de continuidad del cuidado en pacientes críticos

Conclusión

El evento adverso analizado pone en evidencia limitaciones en la gestión oportuna de un proceso infeccioso potencialmente reversible en un paciente crítico, con indicación clara de intervención especializada.

La prolongación en la resolución del foco biliar favoreció la progresión a un estado séptico avanzado, requiriendo intervenciones en condiciones clínicas desfavorables y asociándose a un desenlace fatal.

Si bien el plan de mejora formulado aborda de manera pertinente el componente tecnológico, su alcance resulta limitado frente a la complejidad del evento, al no incorporar de forma integral acciones sobre aspectos clínicos, organizacionales y de articulación interinstitucional. Esta situación puede restringir su efectividad para la prevención de eventos similares, desde una perspectiva sistémica.

A partir de la revisión realizada al despliegue del Protocolo de Londres, se identifican factores contributivos que, si bien en algunos casos fueron considerados, presentan limitaciones en su profundidad analítica, así como omisiones relevantes que resultan necesarias para una comprensión integral del evento desde un enfoque sistémico.

HALLAZGO 1 TRANSVERSAL – DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍA CRÍTICA (CPRE / ARCO EN C) -ANÁLISIS CASO 4 Y CASO 7.

El análisis de los casos 4 y 7 evidencia la materialización reiterada de un mismo riesgo crítico asociado a la no disponibilidad de tecnología indispensable para la atención oportuna de pacientes con patología biliar compleja.

La ocurrencia de dos eventos adversos de alta severidad en un intervalo cercano (37 días), sugiere la persistencia de condiciones no resueltas a nivel institucional, lo que hace necesario examinar de manera integral las causas, el abordaje implementado y el alcance de las medidas adoptadas.

En este contexto, se identifican oportunidades de mejora en el despliegue de la metodología del Protocolo de Londres, particularmente en el análisis de causa y la identificación de factores contributivos, lo cual se refleja en la formulación de planes de mejora que no lograron intervenir de manera efectiva las condiciones que favorecieron la materialización del riesgo.

Condición

En la revisión de los casos de eventos adversos prevenibles de la tipología muerte catastrófica, se identifican dos eventos (Caso 4 y Caso 7) con características clínicas comparables, en los cuales:

- Los pacientes presentaban patología biliar obstructiva o infecciosa con indicación de CPRE.
- Se evidenciaron demoras significativas en la resolución del cuadro clínico.
- Se documentaron limitaciones para la realización del procedimiento, asociadas a disponibilidad tecnológica (Arco en C / fluoroscopia) o a la gestión de remisión

Adicionalmente, en el Caso 7, ocurrido aproximadamente 37 días después del Caso 4, se evidencia la materialización de un nuevo evento adverso prevenible con desenlace fatal en un paciente con indicación clínica de CPRE, en el cual nuevamente se documentan limitaciones para la realización oportuna del procedimiento asociadas a la disponibilidad del recurso tecnológico (Arco en C) y a la gestión de remisión.

Esta recurrencia en un intervalo corto de tiempo pone en evidencia que el riesgo relacionado con la disponibilidad y oportunidad del procedimiento no fue abordado de manera efectiva en el evento previo, (CASO 4), permitiendo su

persistencia y posterior materialización en un segundo caso con características clínicas comparables.

Asimismo, en los casos 4 y 7 se evidencian debilidades en la aplicación del Protocolo de Londres, particularmente en el análisis de causa y en la traducción de sus resultados en acciones de mejora efectivas, lo cual se ve reflejado en la persistencia del riesgo y la ocurrencia de un nuevo evento adverso letal en un periodo corto de tiempo.

Criterio

- Lineamientos de seguridad del paciente (enfoque sistémico y gestión del riesgo).
- Principios del Protocolo de Londres (identificación y gestión de fallas latentes).
- Estándares de calidad en salud relacionados con: Oportunidad en la atención, continuidad del cuidado, capacidad resolutoria institucional.
- Gestión de tecnología biomédica: Relacionada con: Mantenimiento preventivo y correctivo, oportuno, disponibilidad de equipos críticos, planes de contingencia ante fallas tecnológicas

Causa

Se identifica una debilidad en la gestión integral de la tecnología biomédica crítica, caracterizada por:

- Falta de aseguramiento de la disponibilidad operativa de equipos esenciales (Arco en C).
- Ausencia o debilidad de planes de contingencia ante fallas tecnológicas.
- No incorporación del riesgo tecnológico en los planes de mejora derivados de eventos adversos.
- Limitaciones en la articulación entre capacidad instalada institucional y red de servicios

Adicionalmente, se observa:

- No cierre efectivo del ciclo de mejora, dado que el riesgo identificado en un evento previo no fue intervenido de manera estructural.
- Persistencia de condiciones que favorecen la repetición del evento en un intervalo corto de tiempo.
- Este análisis es consistente con hallazgos previos de auditoría de control interno (vigencia 2025), en los cuales se evidenció:
- Incumplimiento en cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Ausencia de contratación oportuna para soporte biomédico.

Lo anterior constituye una falla latente institucional.

Efecto:

- Reiteración de eventos adversos prevenibles con desenlace fatal.
- Progresión de patologías potencialmente reversibles a estados críticos (sepsis, choque, cirugía de urgencia).
- Incremento en la estancia hospitalaria y uso de recursos de alta complejidad.
- Impacto legal, reputacional y financiero para la institución.
- Afectación al talento humano (evento tipo "segunda víctima").
- Evidencia de debilidad en la capacidad de respuesta institucional frente a condiciones clínicas tiempo-dependientes.

Caso 8 - ID: 26268.

Paciente masculino de 32 años que ingresa al servicio de urgencias con antecedente de aparente alicoramamiento, siendo clasificado en Triage y permaneciendo posteriormente en sala de espera sin evidencia de valoración médica inicial efectiva ni de seguimiento clínico documentado.

Durante su permanencia en el servicio, se registran múltiples llamados sin respuesta por parte del paciente, manteniéndose en esta condición por un periodo prolongado (superior a 17 horas). Posteriormente, es trasladado a sala de reanimación, donde se documentan signos clínicos compatibles con fallecimiento de tiempo indeterminado, lo que sugiere ausencia de detección oportuna de deterioro clínico durante su estancia en sala de espera.

Análisis del evento:

Con base en los insumos revisados, el evento no se limita a la condición clínica inicial del paciente, sino que puede interpretarse como una falla en la continuidad, vigilancia y oportunidad de la atención en el servicio de urgencias, particularmente en la gestión de pacientes en sala de espera.

Se identifica una ruptura en el proceso de reevaluación y seguimiento clínico, lo que impidió reconocer oportunamente un posible deterioro, en un contexto donde el paciente permaneció sin supervisión clínica efectiva durante un tiempo prolongado.

Acción Insegura: De acuerdo con el análisis institucional, (*Despliegue de protocolo de Londres*), se establece como acción insegura: “*Falla en garantizar la atención integral y continua del paciente en urgencias.*”

Desde una perspectiva técnica complementariadesde el análisis de control interno, podría plantearse como: “*Limitaciones en la vigilancia clínica, reevaluación oportuna y seguimiento de pacientes en sala de espera del servicio de urgencias, que condicionaron la no detección de deterioro clínico en un tiempo adecuado.*”

Análisis de factores contributivos

Paciente: En el análisis institucional no se evidencia la evaluación del factor paciente, dejándose de lado el como el alicoramamiento puede influir en: Clasificación Triage, la respuesta a llamados y la percepción del riesgo.

Estas condiciones incrementaban la necesidad de seguimiento, pero no explican por sí mismas el desenlace.

Individuo: El análisis institucional propone la baja adherencia a protocolos de atención inicial y Triage y a limitaciones en la apropiación de lineamientos institucionales

Observación C.I: El análisis se centra en el comportamiento individual, sin profundizar en las condiciones del sistema que influyen en dicha adherencia.

Equipo de trabajo: Comunicación clínica limitada, falta de liderazgo operativo, ausencia de una representación compartida del riesgo del paciente, débil coordinación entre Triage, consulta y seguimiento en sala de espera

Observación CI: Se evidencia una limitación en la gestión colectiva del riesgo en pacientes en espera.

Sistemas de información y tecnología: Limitaciones en el soporte para la toma de decisiones, debilidades en la trazabilidad del seguimiento del paciente

Ambiente (no analizado y relevante).

Debió considerarse: Alta demanda del servicio, tiempos prolongados de espera, capacidad de supervisión en sala de espera, organización física del área.

Se identifica adicionalmente que, a pesar de existir mecanismos administrativos de control de ingreso y egreso de usuarios, estos no se encuentran plenamente articulados con los procesos asistenciales, lo que limita la trazabilidad integral del paciente dentro del servicio de urgencias. En este contexto, el personal de **vigilancia privada**, que constituye el primer punto de contacto institucional y participa en el registro de ingreso y salida de los usuarios, no se evidencia integrado a una dinámica que permita generar alertas o activar rutas de comunicación frente a pacientes con permanencias prolongadas o condiciones de vulnerabilidad aparente, así como tampoco se evidencia la evaluación de estos registros en el despliegue del protocolo de Londres.

Si bien este personal no tiene funciones clínicas ni de valoración, su ubicación estratégica dentro del flujo del paciente representa una oportunidad para fortalecer la identificación temprana de situaciones de riesgo, en la medida en que su información no está siendo utilizada de manera articulada con el equipo asistencial.

Esta situación puede favorecer que pacientes en condición de espera prolongada no sean identificados oportunamente como sujetos de riesgo clínico, aun cuando permanezcan físicamente dentro de la institución.

Tarea y procesos (subanalizado)

No se profundiza en: Protocolos de reevaluación en sala de espera, frecuencia de seguimiento clínico, criterios de escalamiento ante no respuesta del paciente

Fallas latentes (no analizado y relevante): Se identifican condiciones estructurales que favorecen la ocurrencia del evento:

- Ausencia o debilidad en modelos de vigilancia en sala de espera.
- No estandarización de tiempos de reevaluación.
- Falta de responsables claros en el seguimiento del paciente.
- Debilidad en la trazabilidad del tiempo de permanencia.
- Limitaciones en la gestión del riesgo en pacientes no monitorizados

Costos de no calidad: Desde el análisis institucional (Despliegue de protocolo de Londres), se identificó "Fallecimiento"

Sin embargo, desde el análisis de Control interno se considera que el impacto del evento incluye:

- Evento adverso de alta severidad (muerte con tiempo indeterminado).
- Riesgo legal significativo por oportunidad de atención.
- Impacto reputacional institucional.
- Activación de procesos administrativos y de análisis.
- Uso de recursos institucionales asociados a la gestión del evento.

Análisis del plan de mejora (ID 2643 –2644 -2645- 2646).

Aspectos positivos: Reconoce la necesidad de fortalecer la atención integral y continua, incluye actualización de procedimientos de urgencias y Triage.

Principales oportunidades de mejora detectadas

1. Sobre enfoque en actualización documental y capacitación, con predominio de: Socialización, evaluación mediante test, sin evidencia de intervención en la práctica operativa
2. No se definen controles operativos claros, no se establecen: Tiempos máximos de reevaluación, responsables de seguimiento en sala de espera, indicadores de vigilancia en tiempo real
3. No se interviene el proceso crítico (sala de espera), No incluye acciones concretas sobre: Monitoreo de pacientes en espera, gestión de pacientes no localizados, escalamiento ante ausencia de respuesta.
4. Limitada intervención del entorno asistencial, no se abordan: Condiciones de alta demanda, organización del flujo de pacientes, supervisión estructurada del área
5. No aborda fallas latentes, no incluye acciones sobre: Modelo de atención en urgencias, gestión del riesgo en pacientes no priorizados, continuidad del cuidado

Conclusión

El evento analizado evidencia limitaciones en la continuidad, vigilancia y seguimiento de la atención en el servicio de urgencias, particularmente en la gestión de pacientes en sala de espera, donde no se logró la identificación oportuna de un posible deterioro clínico.

Si bien la condición inicial del paciente pudo influir en su evolución, el análisis permite identificar oportunidades de mejora en los procesos de reevaluación, monitoreo y gestión del riesgo en pacientes no monitorizados.

El plan de mejora formulado, aunque pertinente en su intención, presenta limitaciones en su enfoque operativo, al centrarse principalmente en la actualización documental y capacitación, sin incorporar controles estructurados que permitan fortalecer la vigilancia efectiva en sala de espera, lo que podría limitar su impacto en la prevención de eventos

similares.

A continuación, se presenta la relación de los eventos adversos clasificados como severos identificados en el periodo evaluado. Estos corresponden a dos casos que, por su nivel de impacto y desenlace, requieren un análisis detallado desde el enfoque de seguridad del paciente.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MAYOR						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
25293	30/07/2025	27/10/2025	SANTA LIBRADA	URGENCIAS	2567	SEVERO / MAYOR
28074	24/12/2025	23/12/2025	MEISSEN	SALUD ORAL	2707	SEVERO / MAYOR

Los casos relacionados fueron analizados bajo el mismo rigor metodológico aplicado a los eventos previamente descritos, considerando la reconstrucción del evento, la identificación de fallas activas y el análisis de factores contributivos, cuyos resultados se desarrollan a continuación.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Evento adverso prevenible de severidad mayor (Torsión testicular – Inadecuada clasificación en Triage).

ID 25293: En la revisión del caso correspondiente a torsión testicular en paciente pediátrico (13 años, se evidenció un evento adverso prevenible de severidad mayor, asociado a fallas en la clasificación inicial en el servicio de urgencias, con impacto directo en la pérdida del órgano (orquiectomía).

Desde la lectura técnica del evento, se establece que no corresponde únicamente a un error de Triage, sino a una urgencia quirúrgica tiempo-dependiente inadecuadamente gestionada, considerando que la torsión testicular presenta una ventana de viabilidad aproximada de 6 a 8 horas, mientras que en el caso analizado se documenta una evolución superior a 56 horas, lo que determina un desenlace irreversible.

En la trazabilidad del evento se evidencian las siguientes situaciones críticas:

Clasificación inadecuada en Triage (nivel IV), no concordante con la condición clínica del paciente

No apertura de historia clínica en el momento de la atención

No activación de ruta diagnóstica (ecografía)

No solicitud de interconsulta a pediatría

No abordaje del cuadro como escroto agudo

Adicionalmente, se documenta un nivel de adherencia al proceso de Triage del 14%, lo cual sugiere una problemática de carácter sistémico y no exclusivamente individual.

En relación con el **Análisis de Factores Contributivos**, se evidencia que este se limita al factor individuo, atribuyendo el evento a baja adherencia a protocolos, sin que se realice una evaluación integral de otros elementos determinantes en la ocurrencia del evento.

No obstante, a partir de la trazabilidad del caso, se identifican factores relevantes que no fueron incorporados en el análisis, tales como:

- Condiciones del entorno asistencial: Posibles situaciones de carga operativa y presión asistencial en el servicio de urgencias, que pueden influir en la toma de decisiones en Triage, sin que estas hayan sido evaluadas.
- Equipo de trabajo: Ausencia de mecanismos de supervisión o validación de la clasificación en Triage,

especialmente en población pediátrica, así como falta de activación de rutas de apoyo clínico.

- Tarea y tecnología: Fallas en la ejecución del proceso de Triage, evidenciadas en la no apertura de historia clínica, no uso de herramientas diagnósticas disponibles y no aplicación estructurada de protocolos.
- Barreras y defensas: Falla de barreras críticas de seguridad, incluyendo la clasificación por riesgo en Triage, la activación de rutas asistenciales y la confirmación diagnóstica, las cuales no operaron de manera efectiva en el caso.
- Condición del paciente: Edad pediátrica (13 años) y presencia de dolor testicular, considerados signos de alarma que debieron generar priorización inmediata, sin que este riesgo fuera adecuadamente reconocido.

Lo anterior evidencia una aplicación incompleta del análisis bajo la metodología del Protocolo de Londres, al no abordar el evento desde un enfoque multicausal ni profundizar en las condiciones del sistema que permitieron su ocurrencia.

En cuanto al **Plan de Mejora Institucional (ID 2567)**: si bien se identifica que reconoce la problemática relacionada con el proceso de Triage e incluye actividades de capacitación, se evidencian limitaciones importantes, dado que el plan se centra principalmente en el fortalecimiento del conocimiento individual, sin intervenir aspectos críticos evidenciados en el caso, tales como:

- Mecanismos de supervisión y validación del Triage.
- Manejo de condiciones tiempo-dependientes de alto riesgo.
- Enfoque diferencial en población pediátrica.
- Obligatoriedad en la apertura de historia clínica.
- Activación oportuna de rutas diagnósticas y asistenciales.
- Fortalecimiento de barreras de seguridad en el proceso de urgencias.

En este sentido, se observa una debilidad entre el análisis del evento y las acciones propuestas, lo que limita la capacidad del plan de mejora para prevenir la recurrencia de situaciones similares.

Como consecuencia, el evento generó un desenlace de alta gravedad, con pérdida de órgano, evidenciando fallas en la oportunidad de la atención, en la gestión del riesgo clínico en urgencias y en la efectividad de las barreras de seguridad, lo que resalta la necesidad de fortalecer tanto el proceso de Triage como el análisis integral de eventos adversos y la formulación de acciones de mejora orientadas a causas reales del sistema.

Análisis del contexto clínico y asistencial.

Evento adverso prevenible de severidad mayor (Exodoncia de pieza dental equivocada)

ID 28074: En la revisión del caso correspondiente a exodoncia de pieza dental equivocada, se evidenció un evento adverso prevenible de severidad mayor, clasificado dentro de los eventos de procedimiento en sitio incorrecto, considerado 100% prevenible y asociado a fallas en la aplicación de barreras estandarizadas de seguridad.

Desde la lectura técnica del evento, se identifica que este tipo de sucesos se encuentran ampliamente documentado en prácticas de seguridad del paciente y cuentan con medidas específicas de prevención, tales como la verificación pre - procedimiento, la correcta identificación del sitio y la aplicación de listas de chequeo, las cuales no fueron implementadas de manera efectiva en el caso analizado.

En la trazabilidad del evento se evidencian las siguientes situaciones relevantes:

- Extracción de una pieza dental diferente a la indicada.
- Inconsistencias en los registros de la historia clínica.
- Falencias en el diligenciamiento e interpretación del odontograma.
- Ausencia de lista de chequeo para el procedimiento.
- Falta de verificación previa a la ejecución del acto clínico.

En relación con el Análisis de Factores Contributivos, se evidencia que este se limita al factor individuo, atribuyendo el

evento a baja adherencia a protocolos, sin desarrollar un análisis integral de las condiciones del sistema que intervinieron en su ocurrencia.

No obstante, a partir de la revisión del caso, se identifican múltiples factores relevantes que no fueron considerados en el análisis institucional:

- Condiciones del entorno asistencial: Posibles situaciones de presión operativa y flujo de pacientes que pueden afectar la estandarización de los procesos, sin que estas variables hayan sido evaluadas.
- Equipo de trabajo: Ausencia de mecanismos de verificación cruzada, doble validación o pausas de seguridad previas al procedimiento, lo que evidencia debilidades en la comunicación y en la coordinación del equipo asistencial.
- Tarea y tecnología: Deficiencias en la calidad y estandarización de los registros clínicos, particularmente del odontograma, así como falta de claridad en la secuencia del proceso clínico.
- Barreras y defensas: Falla de barreras críticas de seguridad, incluyendo la no implementación de lista de chequeo, la ausencia de verificación preprocedimiento y la no aplicación de prácticas de cirugía segura, constituyendo este el núcleo del evento.

Lo anterior evidencia una aplicación incompleta del análisis bajo la metodología del Protocolo de Londres, al no abordar el evento desde un enfoque sistémico ni profundizar en la falla de las barreras de seguridad diseñadas para prevenir este tipo de eventos.

En cuanto al **Plan de Mejora Institucional (ID 2707)**, si bien se identifica que reconoce la problemática e incluye actividades de capacitación, se evidencian limitaciones importantes, dado que el plan mantiene un enfoque centrado en el fortalecimiento del conocimiento individual, sin intervenir de manera directa los elementos críticos evidenciados en el caso, tales como:

- Implementación obligatoria de listas de chequeo.
- Verificación cruzada y pausas de seguridad.
- Marcación o identificación clara de la pieza a intervenir.
- Estandarización del odontograma.
- Control y trazabilidad del proceso clínico.

En este sentido, se evidencia una desarticulación entre el análisis del evento y las acciones propuestas, lo que limita la efectividad del plan de mejora frente a la prevención de eventos de esta naturaleza.

Como consecuencia, se materializa un evento adverso prevenible con impacto directo en la seguridad del paciente, asociado a la ejecución de un procedimiento en sitio incorrecto, lo que pone en evidencia fallas en la aplicación de barreras de seguridad críticas y la necesidad de fortalecer tanto los procesos asistenciales como el análisis integral de eventos y la formulación de acciones de mejora orientadas a causas reales del sistema.

EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES - SEVERIDAD MODERADO

En el marco del análisis por severidad, se abordan a continuación los eventos adversos prevenibles clasificados como de severidad moderada, los cuales, si bien no generan desenlaces fatales o pérdida de órgano, representan un impacto clínico significativo en el paciente y constituyen un indicador relevante de la efectividad de los procesos asistenciales y de las acciones de mejora implementadas.

Estos eventos permiten identificar fallas recurrentes en la atención y evaluar la capacidad institucional para prevenir la progresión hacia eventos de mayor gravedad.

Para el análisis de los eventos adversos prevenibles clasificados como de severidad moderada, los cuales representan el 13,30% de la muestra (25 casos), se realizó una agrupación por tipologías, distribuidas de la siguiente manera:

- Caídas (5).
- Fallas en la administración de medicamentos (2).
- Flebitis química (2).
- Infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS (6).
- Úlceras por presión – UPP (3).
- Lesión por quemadura (1).
- Lesión por inmovilización (1).
- Flebitis mecánica (5).

Para el desarrollo del presente análisis, y teniendo en cuenta el número de eventos incluidos en cada tipología, se optó por presentar algunos casos representativos con fines ilustrativos.

No obstante, es importante precisar que la totalidad de los casos incluidos en los cuadros consolidados fue objeto de análisis técnico bajo los mismos criterios metodológicos, garantizando uniformidad en la evaluación de los factores contributivos, la identificación de causas y la revisión de los planes de mejora.

En este sentido, los casos descritos en detalle no corresponden a un análisis parcial, sino a una selección orientada a evidenciar de manera clara los patrones, recurrencias y principales debilidades identificadas en la gestión de los eventos adversos prevenibles.

A continuación, se presentan los eventos adversos prevenibles correspondientes a la tipología de caídas, los cuales constituyen una de las categorías relevantes dentro de los eventos de severidad moderada, dada su frecuencia y el impacto que pueden generar en la condición clínica de los pacientes.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MODEDERADO - TIPOLOGÍA CAÍDAS						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
20063	7/04/2025	7/04/2025	TUNJUELITO	URGENCIAS	2271 - 2273	CAIDA
20117	8/04/2025	8/04/2025	VISTA HERMOSA	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1985	
22795	27/07/2025	27/07/2025	TUNAL	URGENCIAS	1986 - 2526	
23500	16/08/2025	16/08/2025	MEISSEN	URGENCIAS	1987	
27907	17/12/2025	17/12/2025	TUNAL	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	ACCIÓN CORRECTIVA	

Fuente: Base de eventos adversos prevenibles – Vigencia 2025 – Elaboración propia

El cuadro anterior consolida los eventos adversos prevenibles asociados a caídas, ocurridos durante la vigencia 2025, incluyendo variables como: Fecha de reporte, fecha de ocurrencia, unidad, servicio, fecha de ocurrencia y planes de mejora asociados, con el fin de facilitar la trazabilidad y análisis de los casos.

Contexto clínico y asistencial.

Descripción de eventos adversos prevenibles por caídas (Severidad moderada).

ID 20117: Paciente femenina de 87 años, quien sufre caída en baño, generándose fractura bimalleolar de tobillo derecho.

En la revisión del presente caso, se evidencia un evento adverso prevenible por caída ocurrido el 08/04/2025 en área de baño, asociado a la presencia de agua empozada en el piso y a la ausencia de acompañamiento de un paciente con riesgo de caída alto, generando como consecuencia una fractura que requirió manejo diagnóstico y terapéutico, incluyendo toma de TAC, reducción cerrada de luxa fractura y prolongación de la estancia hospitalaria.

Desde el análisis institucional, se identifican como fallas activas la baja adherencia al protocolo de prevención de caídas y la ausencia de acompañamiento del paciente, así como factores contributivos relacionados con el paciente, el ambiente y el equipo de trabajo, los cuales guardan relación con la ocurrencia del evento.

No obstante, se evidencian debilidades en la aplicación del enfoque metodológico del Protocolo de Londres, dado que,

aunque se mencionan diversos factores, el análisis no establece una jerarquización de causas ni identifica de manera estructurada una causa raíz. En particular, el análisis del factor ambiente se limita a la descripción de agua empozada, sin profundizar en condiciones subyacentes como posibles fallas en el mantenimiento de la infraestructura, tiempos de respuesta del personal de aseo o ausencia de medidas preventivas como señalización o superficies antideslizantes.

Así mismo, no se evidencia la evaluación de componentes clave del análisis sistémico, tales como las fallas latentes, el contexto institucional y las barreras y defensas, los cuales hacen parte esencial del enfoque del Protocolo de Londres. En el registro del análisis no se documenta, por ejemplo, la identificación de condiciones organizacionales o del servicio que pudieron influir en la ocurrencia del evento (como procesos de mantenimiento, supervisión operativa o control de condiciones locativas), ni la valoración de la efectividad de las barreras de seguridad existentes, tales como la verificación del estado de las áreas, la señalización de riesgo o el acompañamiento de pacientes con alto riesgo de caída.

En relación con las barreras de seguridad, no se analiza de manera estructurada la efectividad de medidas como el acompañamiento a pacientes con alto riesgo de caída, el control operativo de las condiciones locativas ni la verificación del cumplimiento de los protocolos en tiempo real, lo que limita la identificación de fallas críticas en el proceso de atención.

En cuanto al plan de mejora (ID 1985), este contempla acciones orientadas al control del riesgo ambiental, incluyendo el seguimiento a duchas con empozamiento de agua, la ejecución de acciones correctivas, la verificación de la instalación de superficies antideslizantes y el seguimiento mediante informes periódicos, lo cual evidencia una intervención sobre el componente locativo identificado.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con:

un enfoque predominantemente estructural y programado, sin evidencia de medidas de control inmediato del riesgo en el momento de la ocurrencia del evento; la ausencia de un abordaje integral frente a la totalidad de los factores contributivos identificados, como lo es por ejemplo la baja adherencia en el protocolo de prevención de caídas, no hay incorporación de acciones orientadas al acompañamiento del paciente, la supervisión del cumplimiento de las medidas preventivas ni el control operativo del riesgo en tiempo real.

ID 27907: Paciente masculino de 68 años, que presenta caída por uso de silla pato con inestabilidad estructural, lo que ocasionó con fractura de cadera, requiriendo estudios diagnósticos y manejo quirúrgico.

En la revisión del caso correspondiente a evento adverso prevenible por caída en baño, clasificado como de severidad moderada, se evidenció que el evento fue reportado de manera oportuna (misma fecha de ocurrencia: 17/12/2025), y cuenta con una adecuada clasificación clínica, considerando que generó daño físico (fractura intertrocanterea) y requirió intervención diagnóstica y manejo especializado.

No obstante, el análisis de causalidad presenta debilidades relevantes en la aplicación del enfoque metodológico tipo Protocolo de Londres. Si bien se identifican como fallas activas el “uso de una silla pato en mal estado” y la permanencia del paciente sin supervisión durante la utilización del baño, lo cual resulta técnicamente adecuado en tanto que describe las acciones inseguras presentes en el momento del evento, el análisis no profundiza en los factores que originaron dichas condiciones ni establece una diferenciación clara entre acción insegura, factores contributivos y causa raíz.

En este sentido, no se evidencian elementos orientados a explicar por qué el equipo se encontraba en condiciones inadecuadas, ni las fallas del sistema relacionadas con su mantenimiento, supervisión o control, ni las razones asociadas a la ausencia de supervisión del paciente, tales como fallas en la adherencia a protocolos de prevención de caídas, condiciones operativas del servicio o debilidades en la supervisión del cuidado, lo que limita la comprensión estructurada del evento y la identificación de causas de fondo que permitan orientar acciones de mejora efectivas.

Desde una lectura técnica, el evento no se origina únicamente en la conducta del usuario del equipo, sino en una falla del sistema, evidenciada en la disponibilidad y uso de un dispositivo en condiciones inadecuadas (desnivel estructural), lo cual refleja debilidades en los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo, así como en la gestión del riesgo locativo.

Adicionalmente, se identifica como elemento crítico la ausencia de supervisión directa del paciente durante el uso del baño, lo cual constituye una falla en la implementación de barreras de seguridad para pacientes con riesgo de caída.

En este sentido, el análisis institucional resulta incompleto, dado que no profundiza en aspectos clave como:

- Condiciones del entorno (estado de equipos y mantenimiento).
- Responsabilidad en la verificación previa del uso de dispositivos.
- Procesos de supervisión del paciente

Así mismo, no se evidencia una reconstrucción clara del modelo causal que articule condiciones latentes, fallas activas y resultado del evento, lo que limita la identificación de la causa raíz y, por ende, la formulación de acciones de mejora efectivas.

En cuanto a la respuesta institucional, se identifica la implementación de una acción correctiva consistente en el retiro del dispositivo en mal estado, lo cual constituye una medida reactiva positiva. Sin embargo, esta acción presenta limitaciones importantes:

- No se evidencia su articulación a un plan de mejoramiento institucional.
- No se adoptan medidas de carácter sistémico (evaluación de otros equipos similares o de otros servicios).
- No se definen claramente acciones transitorias seguras ante la falta de reposición inmediata.
- Se mantiene un riesgo residual, al no garantizar condiciones seguras para la continuidad del servicio.

Adicionalmente, la formalización de la acción mediante acta con fecha de enero de 2026, posterior al evento ocurrido el 17 de diciembre de 2025, sin especificación del día exacto, no permite evidenciar la oportunidad en la intervención del riesgo.

Considerando la naturaleza del evento (dispositivo defectuoso con daño asociado), se esperaría la implementación de medidas inmediatas orientadas al aislamiento del riesgo, tales como retiro del equipo, señalización o suspensión de uso, lo cual no queda claramente documentado.

Adicionalmente, si bien las acciones implementadas se orientan al control del componente locativo asociado al evento, se evidencia una intervención parcial frente a los factores contributivos identificados en el análisis. En este sentido, se observa una desarticulación entre dichos factores y las acciones de mejora formuladas, en tanto no se evidencia correspondencia entre el análisis del factor individuo y la definición de intervenciones específicas orientadas a su control.

En el presente caso, el factor individuo se encuentra representado en situaciones como la ausencia de supervisión del paciente durante el uso del baño y la baja adherencia a las medidas establecidas en el protocolo de prevención de caídas, las cuales constituyen barreras críticas de seguridad en pacientes con riesgo. Sin embargo, no se identifican acciones dirigidas al fortalecimiento de estos aspectos, tales como estrategias de verificación del cumplimiento del acompañamiento, mecanismos de supervisión en turno o intervenciones orientadas a mejorar la adherencia real del personal a los protocolos establecidos.

Esta situación evidencia una intervención focalizada principalmente en el riesgo físico identificado, sin abordar de manera integral las condiciones del proceso asistencial que también contribuyeron a la ocurrencia del evento, lo que puede limitar la efectividad de las medidas implementadas y favorecer la recurrencia de eventos similares.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MODERADO						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
23608	24/08/2025	24/08/2025	TUNAL	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2001	FALLAS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
24265	11/09/2025	11/09/2025	MEISSEN	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	2294	FALLAS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
21273	27/05/2025	27/05/2025	TUNAL	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2294	FLEBITIS QUÍMICA
28225	30/12/2025	30/12/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	2001	FLEBITIS QUÍMICA
19159	28/02/2025	5/02/2025	VISTA HERMOSA	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1953	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD

Incumplimiento de prácticas seguras en la administración de medicamentos.

ID 23608: Omisión de administración de heparina postquirúrgica indicada, en paciente femenina de 27 años, lo que derivó en trombosis de la anastomosis y reintervención quirúrgica, identificándose no adherencia a los “correctos” de administración de medicamentos.

En la revisión del caso correspondiente a evento adverso prevenible asociado a falla en la administración de medicamentos, se evidenció que el evento fue clasificado de manera adecuada, considerando que la omisión en la administración de heparina de bajo peso molecular, indicada en el postoperatorio de cirugía vascular, derivó en trombosis de la anastomosis y la necesidad de reintervención quirúrgica, con impacto directo en la condición clínica del paciente.

Desde el punto de vista del análisis de causalidad, se identifican debilidades en la aplicación del enfoque metodológico tipo Protocolo de Londres. Si bien se reconoce como falla activa la no administración del medicamento indicado, lo cual corresponde técnicamente a una acción insegura, el análisis no profundiza en los factores que originaron dicha omisión ni establece una diferenciación clara entre acción insegura, factores contributivos y causa raíz. En este sentido, el evento es abordado como un hecho aislado, sin que se evidencie una reconstrucción estructurada del proceso de administración de medicamentos que permita comprender en qué punto fallaron los controles establecidos.

La afirmación se sustenta en que el análisis del evento no cumple completamente con los elementos básicos del Protocolo de Londres. En primer lugar, no se evidencia un enfoque multicausal, ya que el evento se explica únicamente por la no administración del medicamento, sin analizar qué otras condiciones del proceso pudieron influir, como la verificación de la orden médica, los controles de enfermería, la carga laboral o la supervisión en turno. En segundo lugar, no se observa una diferenciación clara entre los niveles del análisis causal, es decir, no se distingue adecuadamente entre la falla activa (lo que ocurrió), los factores contributivos (lo que lo facilitó) y la causa raíz (por qué el sistema permitió que ocurriera), lo que dificulta entender realmente el origen del evento. Finalmente, no se evidencia una reconstrucción del proceso de administración de medicamentos que permita identificar en qué momento se presentó la falla, por ejemplo, si ocurrió en la validación de la orden, en la preparación, en la administración o en el registro, ni qué barreras de seguridad estaban definidas en cada etapa y por qué no funcionaron. En conjunto, estas situaciones muestran que el evento fue analizado como un hecho puntual, sin profundizar en el funcionamiento del sistema, lo que limita la identificación de causas de fondo y la formulación de acciones de mejora realmente efectivas.

En relación con los factores contributivos, el análisis presenta limitaciones importantes, dado que se centra principalmente en el componente individuo, sin incorporar de manera integral otros elementos del sistema. No se evidencian evaluaciones relacionadas con las condiciones del proceso de administración de medicamentos, el entorno operativo (como carga laboral o condiciones del servicio), ni factores organizacionales como la supervisión, la cultura de seguridad o los mecanismos institucionales de control. Esta omisión impide identificar las condiciones que facilitaron la ocurrencia del evento y limita la posibilidad de intervenir las causas de fondo.

Así mismo, se observa que el análisis de los costos de no calidad es limitado, en tanto se restringe a la mención de la reintervención quirúrgica y la estancia en unidad de cuidado intensivo, sin desarrollar de manera integral otros impactos asociados, como la prolongación de la estancia hospitalaria, el incremento en el uso de recursos asistenciales y el riesgo de complicaciones adicionales. Esta subestimación reduce la visibilidad del impacto real del evento en la seguridad del paciente y en la gestión institucional.

En cuanto al plan de mejora formulado (ID 2001), se evidencian debilidades en su coherencia frente al evento analizado. Si bien se orienta al fortalecimiento de la práctica de medicamentos seguros, su enfoque se dirige principalmente a eventos relacionados con flebitis química asociada a antibióticos, sin abordar de manera específica la omisión en la administración de medicamentos ni las fallas en los controles del proceso que dieron origen al evento. En este sentido, no se identifican acciones dirigidas a fortalecer barreras críticas como la verificación de la administración, los registros en enfermería, los controles en turno o los mecanismos de supervisión, lo que evidencia una desarticulación entre la causa del evento y las acciones propuestas.

En línea con lo anterior, si bien el plan incluye el fortalecimiento de la aplicación de los “correctos” en la administración de medicamentos, lo cual constituye una estrategia pertinente desde el enfoque de buenas prácticas, su alcance resulta

insuficiente frente a la naturaleza del evento presentado. Esto se debe a que la falla identificada no corresponde únicamente a un error en la forma de administración, sino a la omisión del medicamento indicado, lo cual implica debilidades en etapas previas y posteriores del proceso, como la verificación del cumplimiento de la orden médica, el seguimiento en turno, los registros de enfermería y los mecanismos de control y supervisión. En consecuencia, el plan mantiene un enfoque predominantemente dirigido al componente individual, sin evidenciar intervenciones específicas sobre los controles del proceso que permitan prevenir la no administración de medicamentos, lo que limita su efectividad para abordar la causa real del evento.

En conjunto, el caso evidencia que, aunque se identifica la falla activa, el análisis no logra profundizar en las causas sistémicas que permitieron su ocurrencia, lo que se traduce en la formulación de planes de mejora que no responden de manera directa a las fallas reales del proceso. Esta situación puede limitar la efectividad de las acciones implementadas y favorecer la recurrencia de eventos adversos prevenibles asociados a la administración de medicamentos.

ID 24265: Administración continua de potasio sin control de paraclínicos, en paciente con ERC, que desencadena hipercalemia (K^+ 6.8 mmol/L) y paro cardiorrespiratorio, identificándose:

Análisis del caso.

Paciente de 69 años, con múltiples comorbilidades, incluyendo enfermedad renal crónica estadio IV, quien es trasladada de UCI a hospitalización con infusión de potasio intravenoso.

A pesar de presentar niveles iniciales de potasio de 3.34 mmol/L, continúa recibiendo infusión sin control paraclínico documentado, evolucionando a hiperpotasemia severa (6.80 mmol/L), que desencadena paro cardiorrespiratorio, requiriendo reanimación y reingreso a UCI.

Debilidades en la aplicación del protocolo de Londres.

El análisis realizado identifica la falla en la administración del potasio; sin embargo, no desarrolla de manera suficiente la cadena causal del evento, evidenciándose:

- Ausencia de análisis del proceso completo (prescripción, administración, monitoreo)
- No se profundiza en los puntos de control clínico (seguimiento de electrolitos)
- No se identifican fallas en la transición del cuidado (UCI → hospitalización)
- No se analizan las barreras que debían prevenir la hiperpotasemia

Esto refleja una aplicación parcial y no sistémica del Protocolo de Londres.

Limitaciones en el análisis de factores contributivos.

El análisis presenta un enfoque limitado, con las siguientes debilidades:

- Sobredimensiona el factor paciente, observándose una tendencia a atribuir el evento a condiciones propias del paciente (edad, comorbilidades), las cuales, si bien incrementan el riesgo clínico, no explican por sí misma la ocurrencia del evento adverso. Por el contrario, estas condiciones exigían un mayor nivel de monitoreo y control durante la administración de un medicamento de alto riesgo, lo cual no se evidenció en la atención.
- Se centra en el individuo (adherencia), sin analizar el sistema.
- No incluye factores del equipo de trabajo (supervisión, coordinación).
- Omite factores críticos como: Monitoreo clínico de medicamentos de alto riesgo, continuidad del cuidado, protocolos de seguimiento.

Esto impide entender por qué un paciente con alto riesgo recibió potasio sin control.

Subestimación de los costos de no calidad: El análisis institucional limita los costos a: Reanimación cardiopulmonar y Reingreso a UCI.

Sin embargo, el impacto real incluye:

- Evento potencialmente prevenible con riesgo vital.
- Uso intensivo de recursos críticos (UCI, soporte avanzado).
- Prolongación de estancia hospitalaria.
- Riesgo de secuelas neurológicas.
- Incremento del riesgo institucional y legal.

La falta de integralidad en este análisis limita la comprensión del impacto del evento.

Debilidades en el plan de mejora - 2294

El plan de mejora relacionado con la administración segura de potasio:
Fue formulado antes del evento
Incluía elaboración, normalización y socialización de protocolo
Se encontraba en fase de implementación al momento del evento.

Sin embargo, se evidencia que:

El evento ocurre durante la ejecución del plan
No se garantiza la adherencia en la práctica clínica
No se establecen controles efectivos (monitoreo obligatorio, alertas, verificación)
No se intervienen puntos críticos del proceso (prescripción y seguimiento).

Esto evidencia una brecha entre la formulación del plan y su implementación real.

Observación: Si bien el plan de mejora no se deriva directamente de este evento en particular, su existencia previa evidencia que el riesgo ya había sido reconocido institucionalmente, sin que se lograra su mitigación efectiva al momento de la ocurrencia del caso.

Observación: De manera transversal a los casos analizados, se identifica que la valoración de los costos de no calidad se limita principalmente a efectos inmediatos, sin integrar de forma sistemática otros impactos relevantes desde la perspectiva asistencial, organizacional y de gestión del riesgo, tales como el uso intensivo de recursos críticos, la prolongación de la estancia hospitalaria, el riesgo de complicaciones y secuelas, la carga sobre el talento humano y las implicaciones institucionales. Aunque estos aspectos no constituyen un requisito explícito dentro del Protocolo de Londres, su análisis resulta fundamental para comprender la magnitud real de los eventos adversos y su efecto sobre el sistema.

La no inclusión de estos elementos limita la profundidad del análisis y, en consecuencia, la formulación de planes de mejora, los cuales tienden a enfocarse en acciones puntuales sin abordar de manera integral las condiciones que favorecen la ocurrencia y recurrencia de los eventos.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MODERADO						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
21043	17/05/2025	17/05/2025	TUNAL	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	2065	Úlcera Por Presión
21073	19/05/2025	19/05/2025	TUNAL	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	2065	Úlcera Por Presión
21135	21/05/2025	21/05/2025	TUNAL	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	2065	Úlcera Por Presión
21774	18/06/2025	18/06/2025	MEISSEN	Cirugía	ACTA PLAN DE ACCIÓN	Lesión De Piel Quemadura
25734	13/11/2025	13/11/2025	Tunjuelito	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	ACTA PLAN DE ACCIÓN	Lesión por inmovilización

El cuadro anterior presenta los eventos adversos prevenibles de severidad moderada correspondientes a las tipologías de

lesiones de piel, incluyendo úlceras por presión, lesiones por quemadura y lesiones asociadas a inmovilización, identificados durante la vigencia 2025, con información relacionada con la unidad, el servicio y los planes de mejora asociados.

A partir de este consolidado, se realizó la revisión y análisis de los casos incluidos, con el propósito de identificar las condiciones en las que se presentaron los eventos, así como los elementos considerados en su análisis institucional y las acciones de mejora formuladas.

Los resultados de dicho análisis se desarrollan a continuación por tipología, mediante la selección de casos representativos que permiten ilustrar el abordaje realizado por la institución.

ID 21043: – Úlcera por presión (progresión de lesiones en paciente crítico)

Descripción del caso.

Paciente de 77 años, en condición crítica, con múltiples comorbilidades y estancia en Unidad de Cuidado Intensivo, en seguimiento por el equipo de clínica de heridas/piel sana, en quien se evidencia progresión de lesiones por presión a categorías superiores durante su hospitalización.

Desde la perspectiva clínica, se trata de un evento adverso prevenible, teniendo en cuenta que el paciente contaba con identificación previa del riesgo, se encontraba en manejo especializado y la evolución de las lesiones fue progresiva, lo cual indica que no se trató de un evento súbito, sino de una falla sostenida en la implementación de las medidas de prevención.

Análisis del evento

El análisis institucional identifica como acción insegura el “posicionamiento inadecuado del paciente”. Si bien este elemento es técnicamente válido, resulta insuficiente para explicar la ocurrencia del evento, en tanto reduce la situación a una acción puntual, sin abordar el proceso de cuidado en su integralidad.

En este sentido, el evento se asocia a una falla en la implementación continua y sistemática de las medidas de prevención de úlceras por presión en un paciente crítico de alto riesgo, incluyendo aspectos como el posicionamiento periódico, el uso de superficies especiales, la valoración sistemática de la piel y el seguimiento evolutivo de las lesiones.

Así mismo, se evidencian debilidades en la aplicación del enfoque metodológico, en la medida en que no se desarrolla una reconstrucción estructurada del modelo causal que permita relacionar las condiciones del paciente, las fallas en el proceso de atención y la progresión del daño, limitando la comprensión integral del evento.

Factores contributivos

El análisis presenta identificación parcial de factores contributivos, con las siguientes consideraciones:

Paciente: Se incluyen variables como edad, comorbilidades y severidad clínica, las cuales son pertinentes; sin embargo, corresponden a condiciones que incrementan el riesgo y exigen medidas intensivas de prevención, pero no explican por sí mismas la ocurrencia ni la progresión de la lesión.

Individuo: Se menciona baja adherencia a protocolos, sin evidenciar análisis sobre la ejecución real de las medidas de cuidado, tales como la frecuencia de cambios de posición, la valoración sistemática de la piel, el uso de escalas de riesgo o la calidad del registro clínico.

Equipo de trabajo: Se identifican fallas en comunicación y supervisión, sin profundizar en aspectos clave como la continuidad del cuidado entre turnos, la definición de responsabilidades en la prevención de úlceras por presión, la articulación con clínica de heridas o el escalamiento oportuno ante la progresión de las lesiones.

En los componentes de: Ambiente, tarea y tecnología y contexto institucional no se evidencian desarrollos en el análisis, omitiendo elementos críticos para la comprensión del evento.

En relación con el **Factor Ambiente**, no se evalúan condiciones como la carga asistencial en la unidad ni la relación personal-paciente, entendida como el número de pacientes asignados por profesional de enfermería, lo cual incide directamente en la capacidad real de ejecutar medidas como los cambios de posición con la frecuencia requerida.

En cuanto al factor **Tarea y Tecnología**, no se analizan las herramientas de apoyo que viene implementado el proceso, tales como listas de chequeo para prevención de úlceras por presión, escalas de valoración de riesgo (por ejemplo, escala de Braden), registros estructurados de cambios de posición, ni sistemas de alerta para pacientes en alto riesgo.

Así mismo, en el factor de **Contexto Institucional**, no se evidencia evaluación del seguimiento a la implementación del programa de prevención de úlceras por presión, incluyendo aspectos como monitoreo de adherencia a protocolos, análisis de indicadores, auditorías internas o mecanismos de control sobre la progresión de lesiones en pacientes hospitalizados.

La omisión de estos elementos limita la identificación de fallas del sistema y restringe el análisis a aspectos parciales del evento.

Costos de no calidad.

El análisis institucional se limita a la valoración por clínica de heridas, sin incorporar otros impactos relevantes asociados al evento, tales como la prolongación de la estancia en UCI, el incremento en el riesgo de infección, el aumento en el uso de recursos asistenciales, el deterioro en la calidad de vida del paciente y las posibles implicaciones legales, lo que limita la comprensión de la magnitud real del evento.

Evaluación del plan de mejora (ID 2065).

El plan de mejora presenta una estructura metodológica bajo el ciclo PHVA e incorpora acciones orientadas al fortalecimiento del programa institucional de prevención de úlceras por presión, incluyendo revisión y ajuste documental, socialización de lineamientos, seguimiento a la adherencia mediante listas de chequeo y escalas, y monitoreo de indicadores.

Estas acciones constituyen fortalezas en los componentes de tarea y tecnología, individuo y contexto institucional, en la medida en que favorecen la estandarización del proceso, el fortalecimiento del conocimiento del personal y el seguimiento global del evento.

No obstante, al contrastarse con el evento analizado, se evidencian limitaciones en su alcance, dado que no incorpora intervenciones específicas sobre factores operativos clave. En particular, no se identifican acciones dirigidas a condiciones del ambiente como la carga asistencial o la relación personal-paciente, ni al fortalecimiento del equipo de trabajo en aspectos como la supervisión en turno, la asignación de responsabilidades o la continuidad del cuidado.

Así mismo, aunque se contemplan actividades de seguimiento, no se evidencian mecanismos de control operativo en tiempo real que permitan verificar la ejecución efectiva de medidas críticas como los cambios de posición, ni herramientas que faciliten la detección oportuna de la progresión de lesiones.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MODERADO						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
18097	9/01/2025	1/12/2024	MEISSEN	SALA DE PARTOS	1493	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD
18108	10/01/2025	27/12/2024	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1493	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD
19159	28/02/2025	5/02/2025	VISTA HERMOSA	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1953	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD
20236	10/04/2025	24/03/2025	TUNAL	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1951	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD
21933	25/06/2025	25/06/2025	TUNJUELITO	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1951	INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD

Observación analítica – infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)

En la revisión de los casos correspondientes a eventos adversos prevenibles relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), incluyendo endometritis posparto, infección del tracto urinario asociada a catéter y neumonía nosocomial, se evidenció que, de manera consistente, los eventos son asociados a baja adherencia a prácticas de bioseguridad, principalmente higiene de manos y procesos de limpieza y desinfección, con niveles de cumplimiento reportados entre el 53% y el 79%.

Durante la revisión realizada, se identifican oportunidades para fortalecer el análisis de los eventos, particularmente en la descripción cronológica del proceso de atención del paciente y en la correlación de las situaciones clínicas y asistenciales específicas asociadas al desarrollo de la infección.

En este sentido, si bien los indicadores institucionales de adherencia constituyen elementos relevantes de contexto para el análisis, por sí solos no permiten precisar completamente las circunstancias particulares en las que se materializó el evento en cada caso individual.

Así mismo, se identifican oportunidades para ampliar el análisis de factores contributivos hacia componentes relacionados con el entorno asistencial, las barreras y defensas, el trabajo en equipo y las condiciones operativas del servicio, complementando el abordaje actualmente orientado principalmente al componente de adherencia a lineamientos institucionales.

Lo anterior permitiría fortalecer la comprensión integral de los eventos y orientar de manera más específica la formulación de acciones de mejora, manteniendo el enfoque de cultura justa, aprendizaje institucional y análisis no punitivo establecido en la política de seguridad del paciente.

En relación con los planes de mejora derivados, se observa un enfoque principalmente orientado al fortalecimiento de prácticas de adherencia y procesos de capacitación; no obstante, podrían complementarse con estrategias dirigidas al fortalecimiento de barreras de seguridad, seguimiento de prácticas asistenciales y condiciones operativas relacionadas con la prevención de IAAS.

En términos de impacto, esta situación puede limitar la identificación integral de las condiciones asociadas a la ocurrencia de los eventos y afectar el alcance de las acciones implementadas para prevenir su recurrencia, con efectos en la seguridad del paciente y en los indicadores institucionales de calidad.

Hallazgo 2: Debilidades en la aplicación de la metodología de análisis causal en eventos IAAS.

Condición:

En la revisión de los eventos adversos prevenibles asociados a infecciones relacionadas con la atención en salud (IAAS), se evidenció que la identificación de fallas activas o acciones inseguras se realiza principalmente a partir de indicadores institucionales de adherencia (higiene de manos, limpieza y desinfección), sin que se evidencie una reconstrucción del proceso de atención del paciente que permita identificar de manera específica el momento, la conducta o la condición en la que se materializó la falla.

Así mismo, no se observa la descripción de la secuencia de atención ni la identificación de acciones concretas asociadas al evento, lo que limita su trazabilidad. Adicionalmente, el análisis de factores contributivos se centra predominantemente en el factor individuo, sin desarrollar de manera estructurada otros componentes del modelo, tales como el ambiente, el equipo de trabajo, las barreras y defensas y los factores organizacionales.

Criterio:

De acuerdo con la metodología del Protocolo de Londres para el análisis de eventos adversos, se debe realizar una reconstrucción estructurada del evento que permita identificar las fallas activas (acciones inseguras) a partir de la secuencia de atención del paciente, así como el análisis integral de los factores contributivos (individuo, equipo de trabajo, ambiente, tarea/tecnología, barreras y defensas y contexto organizacional), con el fin de determinar causas raíz y formular acciones de mejora acordes con las condiciones identificadas.

Causa:

La situación descrita se asocia a una aplicación parcial de la metodología de análisis causal, evidenciada en el uso de indicadores institucionales como sustituto del análisis del caso individual, así como en debilidades en la apropiación y aplicación del enfoque sistémico requerido por el Protocolo de Londres.

Efecto:

Esta situación puede limitar la identificación integral de las condiciones asociadas a la ocurrencia de los eventos adversos y afectar la comprensión completa de los factores que intervienen en su desarrollo.

Así mismo, puede orientar los planes de mejora principalmente hacia estrategias de fortalecimiento de la adherencia y capacitación del personal, generando oportunidades para complementar el abordaje con acciones relacionadas con el entorno asistencial, las barreras de seguridad, los procesos operativos y el seguimiento de prácticas institucionales.

EVENTO ADVERSOS - SEVERIDAD MODERADO						
ID	FECHA DEL REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD	SERVICIO	PLAN DE MEJORA	TIPOLOGIA
23006	30/07/2025	30/07/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1990	Flebitis Mecánica
23319	6/08/2025	6/08/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	1990	Flebitis Mecánica
23478	15/08/2025	15/08/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1990	Flebitis Mecánica
23640	25/08/2025	12/07/2025	MEISSEN	URGENCIAS	1990	Flebitis Mecánica
24216	9/09/2025	9/09/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1990	Flebitis Mecánica
27612	5/12/2025	21/09/2025	MEISSEN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	1990	Flebitis Mecánica

Observación analítica – Eventos adversos prevenibles asociados a flebitis mecánica.

En la revisión de seis (6) casos de eventos adversos prevenibles asociados a flebitis mecánica, se evidenció un patrón consistente en la ocurrencia de los eventos, relacionados principalmente con fallas en el seguimiento, evaluación y mantenimiento de los accesos venosos periféricos durante la estancia hospitalaria.

Como acción insegura recurrente, se identifica el inadecuado monitoreo del acceso venoso, manifestado en la falta de valoración periódica, ausencia de criterios claros de retiro o cambio del dispositivo y detección tardía de signos de complicación, lo que favoreció la progresión de flebitis a eventos de mayor complejidad.

Trazabilidad de los casos analizados:

ID 23006 y 24216: Se evidencia progresión a trombosis venosa superficial confirmada por Doppler, con requerimiento de anticoagulación, antibioticoterapia y seguimiento especializado, lo que indica detección tardía del deterioro del acceso venoso.

ID 23319 y 23478: Se documenta inicio de antibioticoterapia y toma de hemocultivos en el contexto de flebitis, evidenciando manejo de complicaciones infecciosas asociadas al dispositivo.

ID 23319 - (hallazgo relevante): A pesar de contar con hemocultivos negativos, se instaura y mantiene antibioticoterapia durante seis (6) días, sin que este aspecto haya sido evaluado dentro del análisis del evento como posible falla en la toma de decisiones clínicas ni en el uso racional de antimicrobianos, lo que evidencia una omisión en la valoración integral del caso.

ID 23640: Paciente con antecedente de acceso venoso difícil y múltiples intentos de canalización, en quien posteriormente se desarrolla trombosis venosa en contexto de manejo crítico.

Durante la revisión efectuada en la auditoria, se identifican oportunidades para ampliar el análisis del caso hacia las condiciones clínicas y asistenciales asociadas al mantenimiento del acceso venoso y al riesgo acumulado derivado de la manipulación y permanencia del dispositivo.

Caso 6: Evento presentado en paciente con estancia hospitalaria prolongada y alta complejidad clínica, con requerimiento de estudios diagnósticos y ajustes terapéuticos durante la hospitalización.

En la revisión del caso se identifican oportunidades para fortalecer el análisis de las condiciones asistenciales y del seguimiento del acceso venoso durante la evolución intrahospitalaria.

En algunos de los casos descritos se identifican oportunidades para profundizar el análisis de situaciones clínicas relevantes relacionadas con la pertinencia del manejo terapéutico y su relación con la evolución del evento adverso.

De manera transversal, se identifican oportunidades para ampliar la trazabilidad documental del análisis de factores contributivos relacionados con el entorno asistencial, las dinámicas del equipo de trabajo, las barreras de seguridad y las condiciones operativas, complementando el abordaje actualmente orientado principalmente hacia aspectos asociados a la adherencia a lineamientos institucionales.

Lo anterior permitiría fortalecer la comprensión integral de los eventos bajo el enfoque multicausal establecido en la metodología del Protocolo de Londres.

Análisis del plan de mejora institucional (ID 1990): Se identifican fortalezas en su formulación conceptual, particularmente en el reconocimiento del problema, la definición del proceso y el establecimiento de metas de adherencia.

No obstante, se identifican oportunidades para complementar el plan con estrategias orientadas al seguimiento de la práctica asistencial, el fortalecimiento de barreras de seguridad y el monitoreo de la adherencia a las medidas relacionadas con el manejo y seguimiento de accesos venosos periféricos.

Así mismo, el componente de verificación se orienta principalmente a la revisión de reportes de eventos, identificándose oportunidades para fortalecer mecanismos de seguimiento concurrente frente a la aplicación de prácticas seguras.

Oportunidad en el reporte del evento (ID 23640).

En el caso analizado se evidenció diferencia entre la fecha de ocurrencia del evento y la fecha de reporte institucional.

Si bien el análisis de sucesos de seguridad se desarrolla bajo una metodología retrospectiva, se considera importante fortalecer la oportunidad del registro y notificación de los eventos, dado que ello favorece la trazabilidad de la información, la disponibilidad de soportes y el análisis oportuno de las condiciones asociadas al evento adverso.

EVENTOS ADVERSOS BAJO/MENOR

Con el propósito de contextualizar el comportamiento de los eventos adversos clasificados como de severidad bajo/menor, se presenta a continuación una muestra consolidada de los casos reportados en las diferentes unidades y servicios.

CONSOLIDADO DE LA MUESTRA SELECCIONADA						
Nº	ID	UNIDAD	SERVICIO	TIPOLOGÍA	SEVERIDAD	JUSTIFICACIÓN DE SELECCIÓN
1	19919	Centro de Salud Santa Librada I	Hospitalización Adultos	Flebitis Mecánica	Bajo / Menor	Alta frecuencia y riesgo en cuidado directo
2	22622	Vista Hermosa	Hospitalización Adultos	Infiltración	Bajo / Menor	Evento frecuente en paciente hospitalizado
3	18729	Hospital Usme	Hospitalización Adultos	Caída Cama	Bajo / Menor	Evento trazador en seguridad del paciente
4	20046	Hospital Tunjuelito	Hospitalización Adultos	Úlcera Por Presión	Bajo / Menor	Evento relevante en calidad del cuidado
5	19267	Hospital Meissen	UCI Neonatal	Desalojo de dispositivo	Bajo / Menor	Riesgo asociado a dispositivos médicos
6	18414	Hospital Meissen	Hospitalización Pediatría	Lesión de piel	Bajo / Menor	Evento asociado a la seguridad en la prestación de servicio asistencial
7	25092	Centro de Salud Candelaria La Nueva	Vacunación	Medicamentos	Bajo / Menor	Fallas en la administración de medicamentos
8	24691	Centro de Salud La Flora	Salud Oral	Inadecuado procedimiento (odontológico)	Bajo / Menor	Fallas procedimientos asistenciales
9	23884	Hospital El Tunal	Urgencias	Fallas En Administración De Medicamentos	Bajo / Menor	Fallas en la administración de medicamentos
10	21580	Centro de Salud San Benito	Consulta Externa	Fuga De Paciente	Bajo / Menor	Evento asociado a fallas en la vigilancia control y comunicación en la atención del paciente

Fuente: Base de eventos adversos prevenibles – Vigencia 2025 – Elaboración propia.

Los eventos adversos prevenibles clasificados como de severidad bajo/menor, relacionados en el cuadro anterior, corresponden a una muestra representativa de situaciones frecuentes en la atención, asociadas principalmente a la seguridad del paciente en el cuidado directo, el uso de dispositivos, la administración de medicamentos y la ejecución de

procedimientos asistenciales.

Si bien estos eventos no generaron desenlaces de alta severidad, su análisis se desarrolló bajo el mismo enfoque metodológico aplicado a los eventos de mayor impacto, permitiendo identificar patrones similares en términos de fallas en la adherencia a protocolos, debilidades en la supervisión y seguimiento de los procesos, así como limitaciones en la identificación integral de factores contributivos y en la formulación de acciones de mejora.

En este sentido, los hallazgos previamente descritos mantienen su aplicabilidad en esta tipología de eventos, evidenciando que, independientemente de la severidad, persisten oportunidades de fortalecimiento en la gestión del riesgo, particularmente en la implementación efectiva de barreras de seguridad y en el abordaje sistémico de los eventos adversos.

HALLAZGO 3. TRANSVERSAL – OPORTUNIDADES DE FORTALECIMIENTO EN EL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CONDICIÓN

En la revisión de los eventos adversos de diferentes niveles de severidad (Bajo, moderado, severo mayor y centinela), así como en la verificación en campo, se evidenciaron oportunidades de fortalecimiento en la profundidad analítica, la trazabilidad metodológica y la articulación entre el análisis de eventos y los planes de mejora formulados, aspectos relevantes para la gestión del riesgo en la atención en salud.

A partir de la trazabilidad de los casos analizados (IAAS, medicamentos, flebitis, caídas, úlceras por presión, eventos severos y centinela), se identificó un enfoque recurrentemente orientado hacia aspectos relacionados con la adherencia a lineamientos institucionales y el componente individual.

Así mismo, se identifican oportunidades para ampliar y hacer más explícito el análisis documental de otros factores contributivos contemplados en el Protocolo de Londres, tales como:

- Ambiente asistencial.
- Equipo de trabajo.
- Barreras y defensas.
- Tecnología y soporte operativo.
- Condiciones organizacionales y de coordinación del cuidado.

Lo anterior, teniendo en cuenta que dichos factores son abordados en las mesas de análisis; no obstante, en algunos casos revisados su desarrollo y trazabilidad documental no se evidenció con igual nivel de profundidad dentro de los análisis y planes de mejora evaluados.

De igual manera, durante la revisión se identificaron oportunidades para fortalecer la correlación entre los indicadores institucionales de adherencia (higiene de manos, limpieza y desinfección, entre otros) y el análisis específico de las circunstancias clínicas y asistenciales asociadas a cada evento adverso, particularmente en relación con la identificación de barreras de seguridad, condiciones operativas y secuencia de ocurrencia de los eventos.

En algunos eventos de mayor severidad se observaron situaciones relacionadas con fallas en procesos críticos de atención y oportunidades de mejora en la aplicación y verificación de barreras de seguridad institucionales, como:

- Evento tiempo-dependiente asociado a falla en triage.
- Procedimiento realizado en sitio incorrecto asociado a debilidades en la verificación preprocedimiento.

Adicionalmente, en la auditoría de campo se identificaron condiciones relacionadas con la implementación de medidas de seguridad institucional, entre ellas:

- Pacientes sin manilla de identificación o con identificación inconsistente.

- Diferencias entre la identificación física del paciente y los registros clínicos.
- Ausencia de algunas medidas de seguridad locativa.
- Condiciones físicas que podrían incrementar el riesgo de eventos asociados a caídas.

Estas situaciones evidencian oportunidades para fortalecer la articulación entre los lineamientos institucionales definidos y su implementación en los diferentes escenarios asistenciales.

Criterio

El análisis de eventos adversos debe realizarse bajo un enfoque sistémico, multicausal y estructurado, conforme a:

- Metodología del Protocolo de Londres.
- Lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente.
- Guía de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.

Los anteriores lineamientos establecen la necesidad de:

- Identificar y analizar los factores contributivos aplicables según las características de cada caso.
- Evaluar las barreras y defensas relacionadas con el evento.
- Determinar las causas asociadas a la ocurrencia del evento adverso.
- Formular planes de mejora alineados con los hallazgos del análisis realizado.

Implementar acciones orientadas al fortalecimiento de las condiciones asistenciales, operativas y de seguridad del paciente, complementando las estrategias de adherencia y capacitación del personal.

Causa

A partir del análisis transversal de los casos, se identifican como causas principales:

Aplicación incompleta del Protocolo de Londres

- Análisis parcial de factores contributivos.
- Omisión de componentes clave del sistema.


Enfoque reduccionista centrado en el individuo

- Atribución recurrente a “poca adherencia”.
- No análisis de condiciones del entorno ni del proceso.

No evaluación de barreras de seguridad: En algunos de los casos revisados se identificaron oportunidades para profundizar y hacer más explícito el análisis relacionado con el funcionamiento de barreras de seguridad críticas asociadas a:

- Triage.
- Verificación preprocedimiento.
- Seguimiento clínico.
- Control y vigilancia de dispositivos.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, aunque estos aspectos fueron abordados durante las mesas de análisis y en la identificación de acciones inseguras y factores contributivos, su desarrollo y trazabilidad no siempre se evidenció con igual nivel de profundidad en la documentación revisada ni en la estructuración de los planes de mejora asociados al evento

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME DE AUDITORIA CONTROL	CIN-FT-02 V3

adverso.

Uso inadecuado de indicadores.

- Se presentan como causas del evento.
- No corresponden al análisis del contexto real de ocurrencia.

Desarticulación entre análisis y planes de mejora.

- Planes enfocados en capacitación.
- No intervención de causas sistémicas.
- No fortalecimiento de controles ni procesos.

Efecto

A nivel del paciente: Eventos adversos prevenibles como:

- Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Flebitis con progresión a trombosis.
- Errores en administración de medicamentos.
- Úlceras por presión.
- Procedimientos en sitio incorrecto.
- Pérdida de órgano (evento severo mayor).
- Desenlaces fatales (eventos centinela).

Incremento en:

- Estancia hospitalaria.
- Uso de antibióticos y terapias complejas.
- Riesgo de complicaciones y secuelas.

A nivel institucional:

- Repetición de eventos adversos.
- Baja efectividad de los planes de mejora.
- Subregistro de causas reales.
- Incremento de costos de no calidad (uso de UCI, reintervenciones, manejo especializado).
- Aumento del riesgo legal y reputacional.

Conclusión del hallazgo

A partir de la revisión realizada, se identificaron oportunidades de fortalecimiento en la aplicación y trazabilidad del análisis de eventos adversos y en la articulación de los planes de mejora formulados dentro del proceso de Seguridad del Paciente.

Si bien la institución cuenta con lineamientos, metodologías y herramientas definidas para la gestión y análisis de eventos adversos, durante la evaluación se evidenciaron situaciones en las que el desarrollo documental del análisis no permitió observar con igual nivel de profundidad la evaluación de algunos factores contributivos, barreras de seguridad y condiciones asociadas al entorno asistencial y operativo.

Así mismo, en algunos casos revisados se identificaron oportunidades para fortalecer la correlación entre las causas analizadas y las acciones de mejora formuladas, particularmente frente a medidas orientadas al seguimiento clínico, las barreras de seguridad, la supervisión operativa y la gestión del riesgo en escenarios de alta complejidad asistencial.

Esta situación puede limitar la capacidad institucional para profundizar en el aprendizaje derivado de los eventos adversos

y fortalecer la prevención de situaciones similares, con impacto en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención.

VERIFICACIÓN EN CAMPO Y REGISTRO DE EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Durante el desarrollo de la auditoría, se realizó verificación en campo en diferentes servicios y unidades asistenciales, con el propósito de contrastar la información documental y los análisis de eventos adversos con las condiciones reales de la prestación del servicio.

Como parte de este ejercicio, se efectuó registro de evidencias fotográficas orientadas a documentar situaciones relacionadas con la seguridad del paciente, el estado de la infraestructura, el uso de dispositivos, el cumplimiento de prácticas asistenciales y la implementación de barreras de seguridad.

Este componente permitió complementar el análisis realizado, aportando elementos objetivos sobre las condiciones del entorno y los procesos, que pueden influir en la ocurrencia de eventos adversos prevenibles.

Las evidencias aquí presentadas corresponden a observaciones realizadas durante las visitas de auditoría a las unidades Tunal y Meissen y se incluyen como soporte del análisis efectuado, manteniendo criterios de confidencialidad y uso institucional de la información.



Servicio: Observación UMHES Meissen – Baño de mujeres.



Servicio: Observación UMHES Meissen – Baño de hombres.



Servicio: Observación UMHES Meissen – Baño de hombres.



Baños de la habitaciones del piso 6 sur – UMHES Meissen



Habitación 621-Ducha sin agarradera

Baños de la habitaciones del piso 6 sur – UMHES Meissen



Baños de la habitaciones hospitalización adultos – UMHEs Meissen



Servicio de urgencias UMHEsTunal



Servicio de urgencias – UMHES Tunal.

Descripción del estado de los baños: (Soporte - Registro fotográfico – Auditoria de Campo) UMHES Meissen y Tunal:

Hallazgo 4 - Crítico:

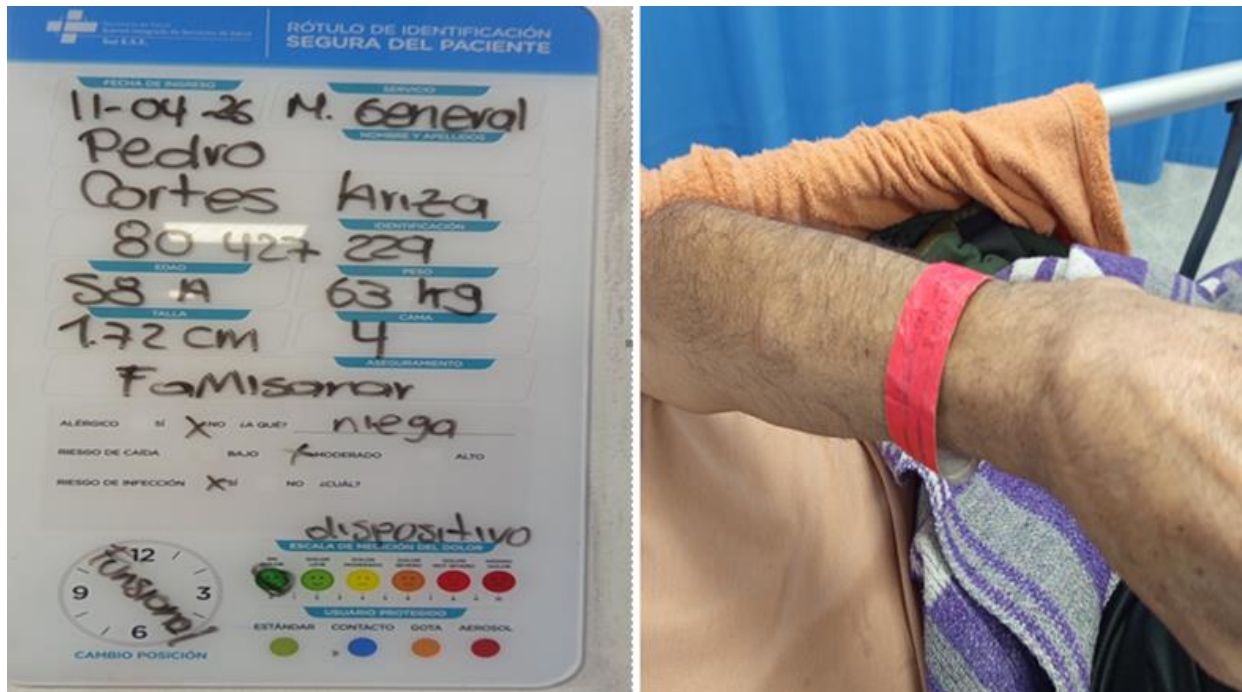
Se evidencian condiciones locativas inadecuadas en las áreas de baño, de las unidades de Meissen y Tunal, caracterizadas por superficies húmedas o con empozamiento, ausencia o deterioro de elementos antideslizantes, inexistencia de apoyos de seguridad, fallas en los sistemas de llamado, deficiencias en drenaje y mobiliario en condiciones no seguras. Estas condiciones configuran un entorno de alto riesgo para la ocurrencia de caídas, especialmente en pacientes con movilidad reducida o compromiso clínico.

Acción inmediata recomendada:

Se requiere la intervención prioritaria e inmediata de las áreas identificadas, mediante la implementación de medidas correctivas urgentes que incluyan: aseguramiento de superficies secas y funcionalidad del drenaje, reposición de elementos antideslizantes, instalación de apoyos de seguridad, verificación y puesta en funcionamiento de timbres de llamado, así como el retiro o reemplazo de mobiliario en condiciones inadecuadas. Estas acciones deben ejecutarse bajo un enfoque de mitigación inmediata del riesgo, mientras se estructuran soluciones definitivas desde el mantenimiento institucional.

Identificación del riesgo del paciente mediante manillas institucionales.

A continuación, se presentan evidencias obtenidas en auditoría de campo que permiten evaluar la coherencia entre la clasificación del riesgo y su identificación física en el paciente.



Observación adultos UMHEs Meissen

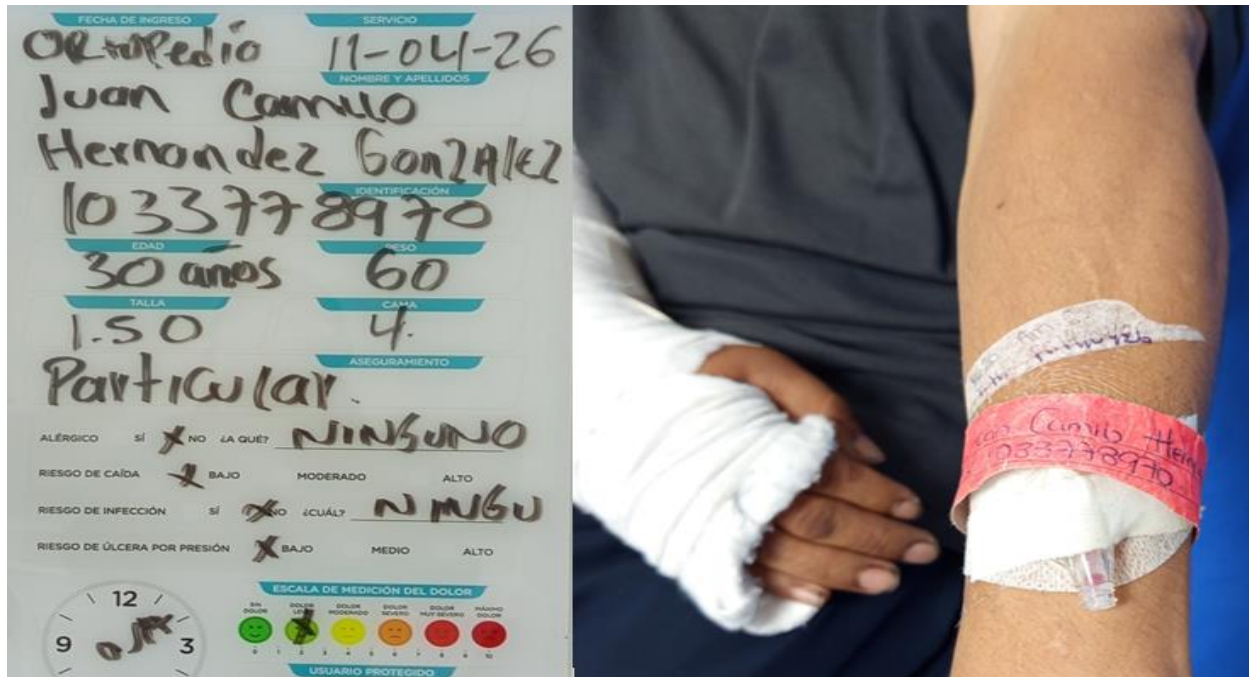
Paciente con inadecuada identificación del riesgo de caída, dado que el protocolo institucional no contempla la categoría de riesgo moderado, limitándose únicamente a la clasificación de riesgo alto y bajo. En este sentido, se observa que el uso de tableros con una clasificación en tres categorías genera inconsistencias frente a lo establecido en el protocolo, lo que puede dar lugar a confusiones en el personal de enfermería al momento de realizar el registro.

Por lo anterior, se recomienda la revisión y eventual retiro de estos tableros de los servicios, con el fin de garantizar la coherencia en la identificación y registro del riesgo de caída.



Servicio de hospitalización UMHES Meissen

Paciente que porta manilla roja; sin embargo, en el rótulo de cabecera se registra como de bajo riesgo de caída, de úlceras por presión y infección (piso sexto sur), evidenciándose inconsistencia en la identificación del riesgo del paciente.



Usuario con manilla roja, sin embargo en el rótulo de cabecera se relaciona con riesgo de caída, riesgo de úlceras por presión y riesgo de infección bajo.



Servicio de hospitalización UMHES Meissen

Usuario con rótulo de cabecera que lo clasifica como de alto riesgo de caída; sin embargo, porta manilla blanca, evidenciándose inconsistencia en la identificación del riesgo del paciente.



Servicio de pediatría - UMHES Meissen

Menor con clasificación en el rótulo de cabecera como de alto riesgo de caída; sin embargo, porta manilla blanca, evidenciándose inconsistencia en la identificación del riesgo del paciente.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORIA CONTROL

CIN-FT-02 V3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

ESPECIALIDAD: M GENERAL
FECHA DE INGRESO: 15/04/2026

NOMBRE: YOLANDA
APELLIDO: DELGAO BUITRAGO
DOCUMENTO: 51845945
EDAD: 57 AÑOS
EPS: C/ SALUD
ALERGIAS: NIEGA
RIESGO DE CAIDA: ALTO
RIESGO DE ÚLCERA POR PRESION: BAJO
RIESGO DE INFECCION: CATETER VENOSO

BOGOTÁ



Servicio de urgencias UMHESTunal



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

ESPECIALIDAD: M. INTERNA
FECHA DE INGRESO: 16/04/2026

NOMBRE: AICELY
APELLIDO: RAMIREZ BUNILLA
DOCUMENTO: 29813222
EDAD: 79 AÑOS
EPS: CAPITAL SALUD
ALERGIAS: NIEGA
RIESGO DE CAIDA: ALTO
RIESGO DE ÚLCERA POR PRESION: ALTO
RIESGO DE INFECCION: DISPOSITIVOS

BOGOTÁ

Servicio de observación UMHES Tunal

Paciente en el servicio de observación de urgencias de la UMHES Tunal, sin manilla de identificación. En el rótulo de cabecera se registra información correspondiente a alto riesgo de caída, alto riesgo de úlcera por presión y riesgo de infección, evidenciándose ausencia de un elemento clave para la identificación segura del paciente.



UMHES Meissen – Servicio Triage III - Adultos



Se evidencian dos pacientes clasificados con alto riesgo de caída en quienes no se encuentran implementadas medidas básicas de seguridad, específicamente con barandas de cama en posición baja. Esta situación refleja una falta de correspondencia entre la identificación del riesgo y la aplicación efectiva de medidas preventivas, incrementando la probabilidad de eventos adversos prevenibles..

Nota aclaratoria: Es importante precisar que, si bien en el presente informe se incluyen algunos registros fotográficos representativos de los hallazgos evidenciados durante la auditoría de campo, se cuenta con un volumen adicional de evidencia que no se incorpora con el fin de evitar la sobrecarga del documento. Dicho material reposa como soporte dentro de los papeles de trabajo de la auditoría y se encuentra disponible para consulta por las partes interesadas.

Observación de Control Interno frente a la consistencia entre la identificación del riesgo de caída y la implementación de medidas de seguridad:

De acuerdo con los hallazgos evidenciados durante la auditoría de campo, se identifican fallas recurrentes en la gestión integral del riesgo de caída, que no se limitan a eventos aislados, sino que reflejan debilidades sistémicas en la implementación de las medidas de seguridad del paciente.

Se evidencian inconsistencias en la identificación del riesgo (discordancia entre manillas y rótulos de cabecera), ausencia de elementos básicos de seguridad (pacientes sin manilla de identificación), así como incumplimiento de medidas preventivas fundamentales en pacientes clasificados como de alto riesgo (barandas de cama abajo, condiciones locativas inseguras en baños, ausencia de apoyos físicos y sistemas de llamado no funcionales).

Adicionalmente, se observa falta de estandarización en los criterios de clasificación del riesgo de caída, lo que genera confusión operativa en el personal asistencial y afecta la correcta aplicación de las medidas preventivas.

En conjunto, estos hallazgos evidencian una brecha significativa entre lo establecido en los protocolos institucionales y su aplicación en la práctica clínica, comprometiendo la efectividad de las barreras de seguridad y aumentando el riesgo de ocurrencia de eventos adversos prevenibles.

FORTALEZAS

- Se evidencia la existencia de un sistema institucional de reporte de eventos adversos, con trazabilidad de casos y disponibilidad de información para su análisis, lo que refleja una cultura inicial de notificación. La aplicación del enfoque metodológico del Protocolo de Londres, particularmente en la reconstrucción del evento y la identificación de causas raíz, contribuye a la comprensión más integral de los eventos adversos analizados.
- La institución cuenta con lineamientos, guías y protocolos definidos para la prevención de eventos adversos (medicamentos, úlceras por presión, accesos venosos), lo que constituye una base técnica para la gestión del riesgo.
- Se identifican planes de mejora estructurados bajo ciclos tipo PHVA, con definición de actividades, responsables y tiempos, evidenciando intención de abordaje sistemático de los eventos.
- Se observa articulación entre áreas como Seguridad del Paciente y Enfermería en la formulación de acciones, lo que favorece el trabajo interdisciplinario en la gestión del riesgo.
- Durante la auditoría de campo se evidenció disponibilidad de algunos elementos de seguridad (barras de apoyo, dispositivos instalados), lo que indica avances en la adecuación de condiciones locativas para la atención.

HALLAZGOS

HALLAZGO 1 TRANSVERSAL – DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍA CRÍTICA (CPRE / ARCO EN C) -ANALISIS CASO 4 Y CASO 7.

Condición.

En la revisión de los casos 4 y 7 correspondientes a eventos adversos prevenibles con desenlace fatal, se evidenció la ocurrencia reiterada de eventos asociados a demora en la realización oportuna de CPRE, relacionada con limitaciones en la disponibilidad del recurso tecnológico (Arco en C / fluoroscopia) y dificultades en la gestión de remisión.

Los dos casos presentaron características clínicas comparables y ocurrieron en un intervalo aproximado de 37 días, evidenciándose la persistencia del mismo riesgo institucional sin que las medidas implementadas posterior al primer evento evitaran la materialización de un segundo evento de alta severidad.

Adicionalmente, se identificaron oportunidades de fortalecimiento en el análisis causal y en la articulación de los planes de mejora formulados bajo la metodología del Protocolo de Londres.

Criterio:

Lineamientos institucionales y normativos relacionados con:

- Seguridad del paciente y gestión del riesgo.
- Metodología del Protocolo de Londres.
- Oportunidad y continuidad en la atención.
- Gestión de tecnología biomédica crítica.
- Disponibilidad y contingencia de equipos biomédicos esenciales.

Causa:

Debilidades en la gestión de tecnología biomédica crítica y en la implementación de medidas de contingencia institucional, evidenciadas en:

- Limitaciones en la disponibilidad operativa del Arco en C.
- Debilidades en los planes de contingencia ante fallas tecnológicas.
- Falta de incorporación del riesgo tecnológico dentro de los planes de mejora derivados de eventos adversos.
- Limitaciones en la articulación entre capacidad instalada y red de servicios.
- Persistencia de riesgos previamente identificados sin intervención suficiente para evitar su recurrencia.

Consecuencia:

- Reiteración de eventos adversos prevenibles de alta severidad.
- Retraso en la resolución de patologías tiempo-dependientes.
- Incremento de estancia hospitalaria y uso de recursos de alta complejidad.
- Impacto asistencial, operativo y reputacional para la institución.
- Afectación de la capacidad institucional de respuesta frente a eventos críticos.

HALLAZGO 2: DEBILIDADES EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CAUSAL EN EVENTOS IAAS.

Condición.

En la revisión de eventos adversos prevenibles asociados a IAAS, se evidenció que el análisis de las acciones inseguras se soporta principalmente en *Indicadores Institucionales* de adherencia (higiene de manos, limpieza y desinfección), sin documentar de manera suficiente la secuencia de atención del caso individual ni las condiciones específicas en las que ocurrió el evento. Así mismo, se identificaron oportunidades de fortalecimiento en el análisis integral de factores contributivos diferentes al componente individual.

Criterio.

El Protocolo de Londres establece que el análisis de eventos adversos debe incluir la reconstrucción del evento, la identificación de acciones inseguras y la evaluación integral de factores contributivos, con el fin de formular acciones de mejora acordes con las condiciones identificadas.

Causa.

Aplicación parcial de la metodología de análisis causal, evidenciada en el uso predominante de indicadores institucionales y en oportunidades de fortalecimiento en la trazabilidad del análisis individual de los casos.

Consecuencia.

La situación identificada puede limitar la comprensión integral de las condiciones asociadas a la ocurrencia de los eventos y orientar los planes de mejora principalmente hacia estrategias de capacitación y adherencia, generando oportunidades para ampliar el abordaje hacia otros factores relacionados con el entorno asistencial, las barreras de seguridad y los procesos operativos.

HALLAZGO 3. TRANSVERSAL – OPORTUNIDADES DE FORTALECIMIENTO EN EL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Condición.

En la revisión de eventos adversos de diferentes niveles de severidad y en la verificación en campo, se evidenciaron oportunidades de fortalecimiento en la profundidad del análisis, trazabilidad y articulación entre los hallazgos identificados y los planes de mejora formulados.

Se identificó un enfoque predominantemente orientado al componente individual y a la adherencia a lineamientos institucionales, así como oportunidades para ampliar la documentación y análisis de otros factores contributivos contemplados en el Protocolo de Londres, tales como ambiente asistencial, equipo de trabajo, barreras de seguridad, tecnología y condiciones operativas.

Adicionalmente, se observaron oportunidades de mejora en la implementación y verificación de barreras de seguridad institucionales durante la auditoría de campo.

Criterio.

El Protocolo de Londres y los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente establecen que el análisis de eventos adversos debe desarrollarse bajo un enfoque multicausal, incluyendo la evaluación de factores contributivos, barreras de seguridad y formulación de acciones de mejora acordes con los hallazgos identificados.

Causa.

Aplicación parcial de la metodología de análisis causal, evidenciada en:

- Diferencias en el nivel de profundidad y documentación de los factores contributivos en los casos revisados.
- Uso predominante de indicadores de adherencia (IASS).
- Oportunidades de fortalecimiento en la correlación entre análisis de eventos y planes de mejora formulados.

Consecuencia.

La situación identificada puede limitar la comprensión total de las condiciones asociadas a los eventos adversos y orientar los planes de mejora principalmente hacia estrategias de capacitación y adherencia, generando oportunidades para fortalecer acciones relacionadas con barreras de seguridad, procesos operativos (fortalecimiento de la supervisión asistencial).

HALLAZGO 4 - CRÍTICO:

Se evidencian condiciones locativas inadecuadas en las áreas de baño, de las unidades de Meissen y Tunal, caracterizadas por superficies húmedas o con empozamiento, ausencia o deterioro de elementos antideslizantes, inexistencia de apoyos de seguridad, fallas en los sistemas de llamado, deficiencias en drenaje y mobiliario en condiciones no seguras. Estas condiciones configuran un entorno de alto riesgo para la ocurrencia de caídas, especialmente en pacientes con movilidad reducida o compromiso clínico.

Acción inmediata recomendada:

Se requiere la intervención prioritaria e inmediata de las áreas identificadas, mediante la implementación de medidas correctivas urgentes que incluyan: aseguramiento de superficies secas y funcionalidad del drenaje, reposición de elementos antideslizantes, instalación de apoyos de seguridad, verificación y puesta en funcionamiento de timbres de llamado, así como el retiro o reemplazo de mobiliario en condiciones inadecuadas. Estas acciones deben ejecutarse bajo un enfoque de mitigación inmediata del riesgo, mientras se estructuran soluciones definitivas desde el mantenimiento institucional.

RECOMENDACIONES

- Evaluar la suficiencia del talento humano asignado a la gestión de eventos adversos, en relación con el volumen de reportes generados, con el fin de identificar necesidades de fortalecimiento del equipo que permitan garantizar la oportunidad, calidad y profundidad en el análisis de los eventos, así como la adecuada gestión de las acciones de mejora.
- Mejorar las capacidades del talento humano responsable de la gestión y análisis de eventos adversos, considerando el alto volumen de reportes generados durante la vigencia 2025, mediante estrategias de formación continua, acompañamiento técnico y optimización de cargas operativas, que permitan garantizar la oportunidad en la gestión y la adecuada formulación de acciones de mejora.
- Incorporar el enfoque de “*Segunda víctima*” dentro de la gestión de eventos adversos, mediante el diseño e implementación de estrategias de apoyo al talento humano involucrado en eventos, considerando que estos pueden generar impacto emocional, estrés, disminución del desempeño y afectación en la toma de decisiones. La atención oportuna de este componente contribuye al bienestar del personal, fortalece la cultura de seguridad y favorece la prevención de eventos futuros.
- Incrementar el número de rondas de seguridad en los servicios asistenciales, orientadas a la verificación en tiempo real del cumplimiento de protocolos y prácticas seguras, incorporando estrategias de retroalimentación inmediata, acompañamiento en turno y seguimiento a la adherencia, con el fin de promover la apropiación efectiva de los lineamientos por parte del talento humano.
- Reforzar los mecanismos de exigencia, seguimiento y control sobre el mantenimiento de la infraestructura y dispositivos asistenciales, especialmente en áreas de alto riesgo como baños, garantizando condiciones seguras de uso, el adecuado funcionamiento de timbres de llamado y la implementación de medidas preventivas frente a riesgos de caídas, mediante verificaciones periódicas, reporte oportuno de fallas y acciones correctivas inmediatas.

CONCLUSIONES

1. La **Cultura de Seguridad** muestra avances en el reporte, pero el análisis de causas mediante el Protocolo de Londres debe ser más oportuno para generar cambios en el proceso.
2. El cumplimiento de la **GT-001** es parcial; los procesos quirúrgicos y la prevención de IAAS requieren supervisión concurrente para evitar eventos trazadores.
3. La gestión del riesgo debe estar integrada a la tecnología, minimizando la dependencia exclusiva del factor humano en la identificación del paciente.

NOTA : Debido a las observaciones relacionadas anteriormente se establece que:

Solicitud Plan De Mejoramiento

El informe de seguimiento	Si	X	No	requiere un plan de mejoramiento.
---------------------------	-----------	----------	-----------	-----------------------------------

Atendiendo a lo establecido en el Estatuto OCI (CIN-OD-02), producto del presente informe. incluido en el Plan Anual de Auditoria 2026, el responsable de la dependencia auditada o líder del proceso, deberá coordinar, elaborar y completar, para cada una de las observaciones o hallazgos reportados,



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORIA CONTROL

CIN-FT-02 V3

el formato CA-MCCS-FT-02, versión 4.0, denominado: "Proyección Plan de Mejoramiento Institucional", diligenciando los campos correspondientes a la identificación de la causa principal del hallazgo, las oportunidades de mejora, el responsable de cada acción y las fechas de inicio y finalización, entre otros; dentro de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción del informe final de auditoría. El reporte del respectivo cargue en el aplicativo ALMERA, a la Oficina de Control Interno, se hará en el mismo plazo establecido.

Se hace necesario reiterar que, las acciones consignadas en dicho formato deberán estar orientadas a eliminar y/o mitigar las causa(s) raíz, que dieron origen a las observaciones identificadas.

Aprobado por,

JUAN CARLOS HURTADO SIERRA

Jefe Oficina control Interno

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

control.interno.jefe@subreditsur.gov.co

Firma

AUDITOR LÍDER

Nombre: Luz Mery Sánchez