COLCAN	GESTIÓN SUCESOS DE SEGURIDAD

OBJETIVO

Establecer los lineamientos de gestión de evento adverso en COLCAN, fundamentados en el Protocolo de Londres y el mejoramiento continuo de la calidad.

- Promover la cultura de reporte voluntario de eventos adversos en todos los colaboradores.
- Generar un esquema de trabajo que permita mantener un sistema de reportes de eventos adversos, para analizarlos y gestionarlos, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.

ALCANCE

Este protocolo aplica a todos los procesos y todas las sedes de COLCAN.

CONTENIDO

La gestión de los eventos e incidentes de seguridad incluye el reporte, análisis y seguimiento.

El tiempo establecido para la gestión de los eventos de seguridad son:

Incidente: 15 días
Evento Adverso Leve: 1 mes
Evento Adverso Moderado: 15 días
Evento Adverso Centinela: 72 horas

IDENTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO

Todos los colaboradores pueden identificar fallas, errores o acciones inseguras que pudieron presentarse durante la prestación del servicio, su reporte se realiza por mail, teléfono o personalmente al líder o responsable de la Sede.

REPORTE DE EVENTO DE SEGURIDAD

Para el reporte del evento adverso sea cual sea su origen contamos con un formato el cual es diligenciado por los colaboradores involucrados en el caso; en aras de no restringir el reporte también se permite el reporte vía correo electrónico o personalmente.

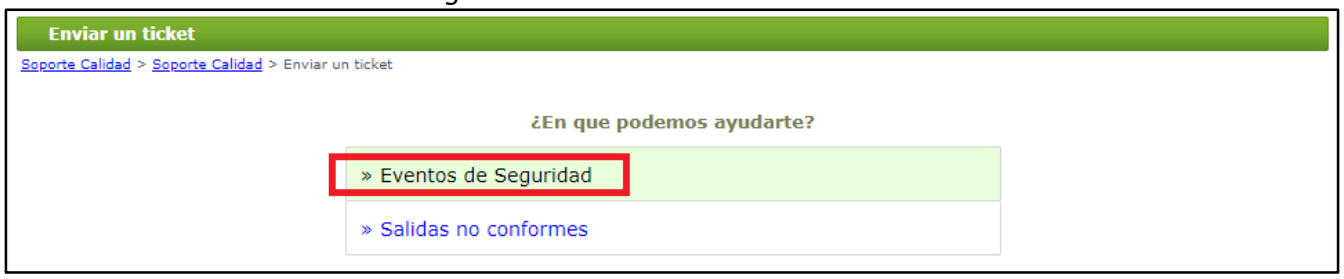
El reporte de los Eventos de Seguridad se realiza por medio del link: http://soportecolcan.com/.

A continuación se describe el paso a paso para su realización:

1. Seleccionar *"Soporte Calidad"*

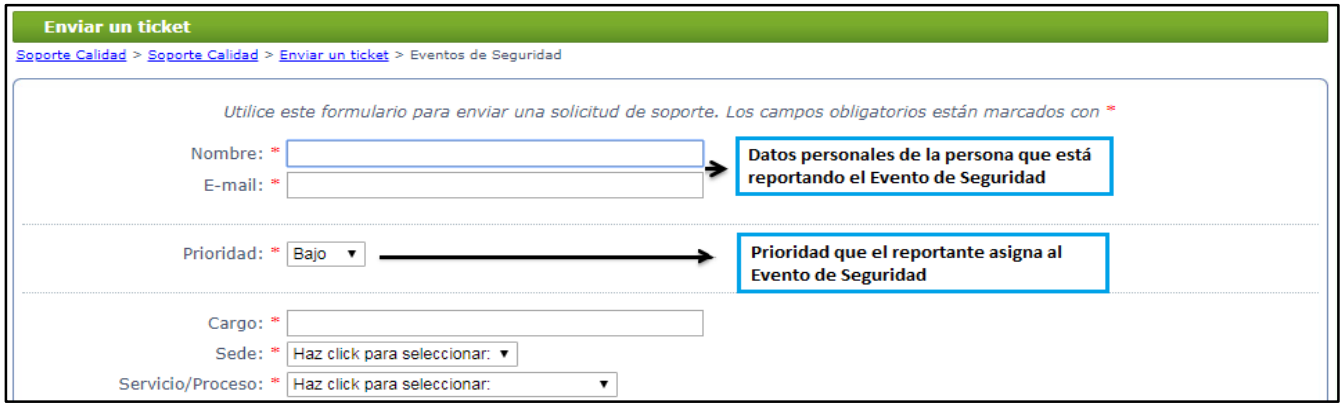


2. Seleccionar *"Eventos de Seguridad"*



3. Diligenciar el formulario.

Datos del reportante: Los campos que tienen el símbolo ***** son obligatorios. Los campos de *"Sede"* y *"Servicio/Proceso"* son de selección y debe elegir la opción que corresponda.



4. Diligenciar el formulario:

Datos del Evento de Seguridad:

El campo ***"Asociado a"*** tiene las siguientes opciones:

- *Atención o Proceso* esta opción se selecciona si el Evento de Seguridad sucede durante la atención directa con el cliente o en medio de las funciones asignadas al reportante.

- *Dispositivo Médico* (*Tecnovigilancia*), asociado a eventos donde se evidencie que hay un equipo biomédico involucrado.

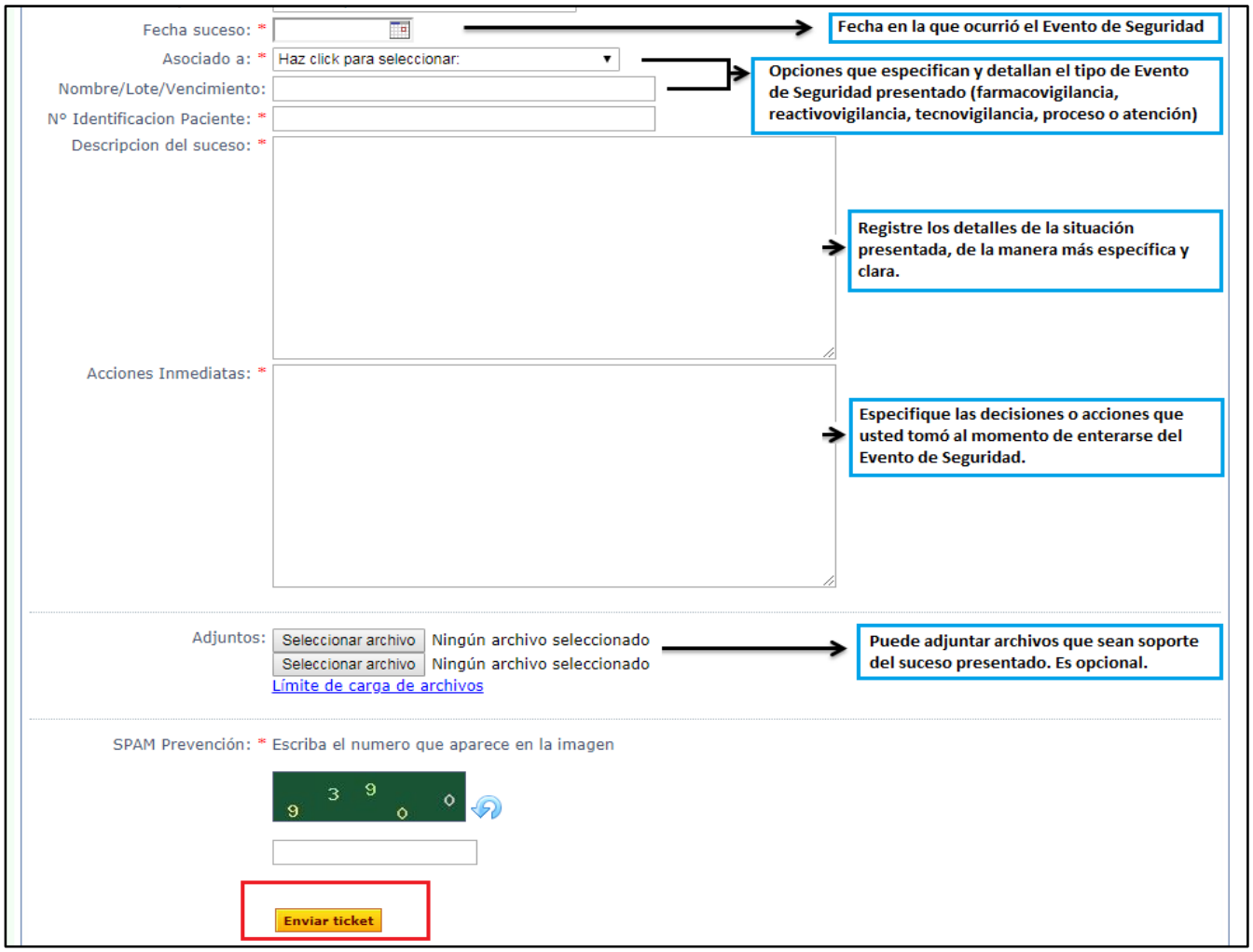
- *Hemocomponente (Hemovigilancia,* aplica sólo para servicio transfusional, cuando se identifica un hemocomponente como fuente de origen del evento.

- *Medicamento (Farmacovigilancia),* se selecciona si hay un fármaco relacionado en el Evento de Seguridad.

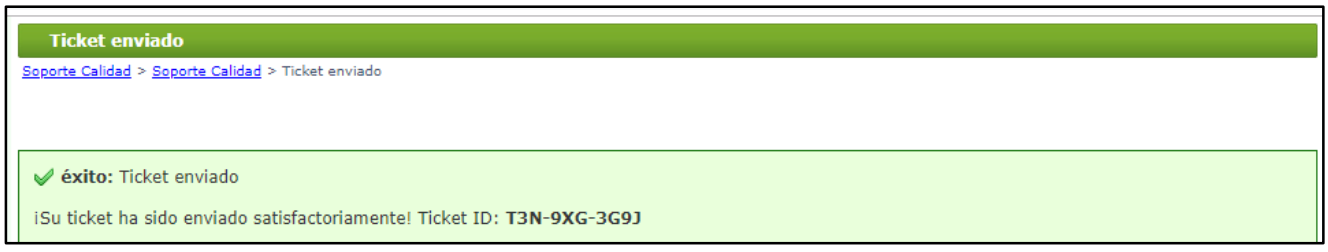
- *Reactivo (Reactivovigilancia)*, aplica para incidente o evento de seguridad donde se vea relacionado un reactivo utilizado para el procesamiento de las pruebas de los pacientes.

La opción ***"Nombre/Lote/Vencimiento"*** se debe diligenciar si se elige alguna de las siguientes opciones del campo ***"Asociado a":***

- Dispositivo Médico (Tecno vigilancia)
- Hemocomponente (Hemo vigilancia)
- Medicamento (Fármaco vigilancia)
- Reactivo (Reactivo vigilancia)

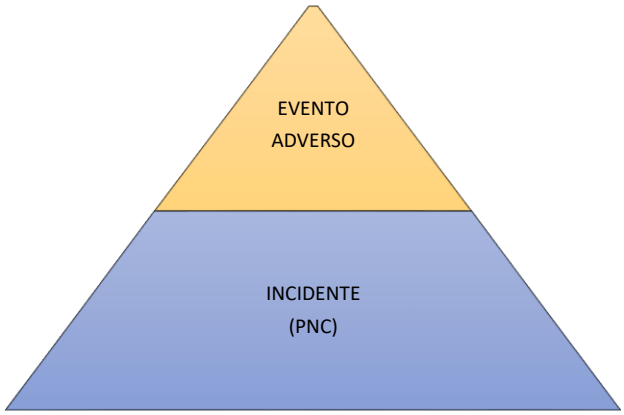


5. Finalmente seleccione la opción "*Enviar ticket".* El reporte será correcto si aparece un mensaje confirmándolo.



CLASIFICACION DEL EVENTO DE SEGURIDAD

Una vez se realiza la notificación se procede a clasificar el sucedo con base en si se presenta o no daño al paciente; cuando se trate de un producto no conforme debe proceder de acuerdo con la guía de tratamiento de PNC. Si se trata de un incidente o un evento adverso se continúa con la investigación



Pirámide categorización fallas

INVESTIGACIÓN

La investigación nos permite realizar el análisis de las causas y fallas detectadas para la ocurrencia de incidentes o eventos adversos (EA) para el cual se utiliza el formato de investigación a partir de un Protocolo de Londres; el análisis es realizado por el líder o responsable de Sede y colaboradores que conozcan el evento sucedido (Grupo de 3 a 5 persona) en compañía o supervisión del referente de seguridad del paciente Nacional.

PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como **“Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”**. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones

individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.

- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.

- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.

- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.



Modelo Protocolo de Londres

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

1. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso.
2. Considere el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

3. Identifique los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Origen	Factor Contributivo
Paciente	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de Protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; Ayudas para toma de decisiones
Individuo	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y menta
Equipo de trabajo	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc)
Ambiente	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón De turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte Administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, Ruido)
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; Políticas, estándares y metas; prioridades organización y gerencia y cultura organizacional
Contexto Institucional	Económico y regulatorio Contactos externos

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional senior con profesional junior, médico con enfermera, etc) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

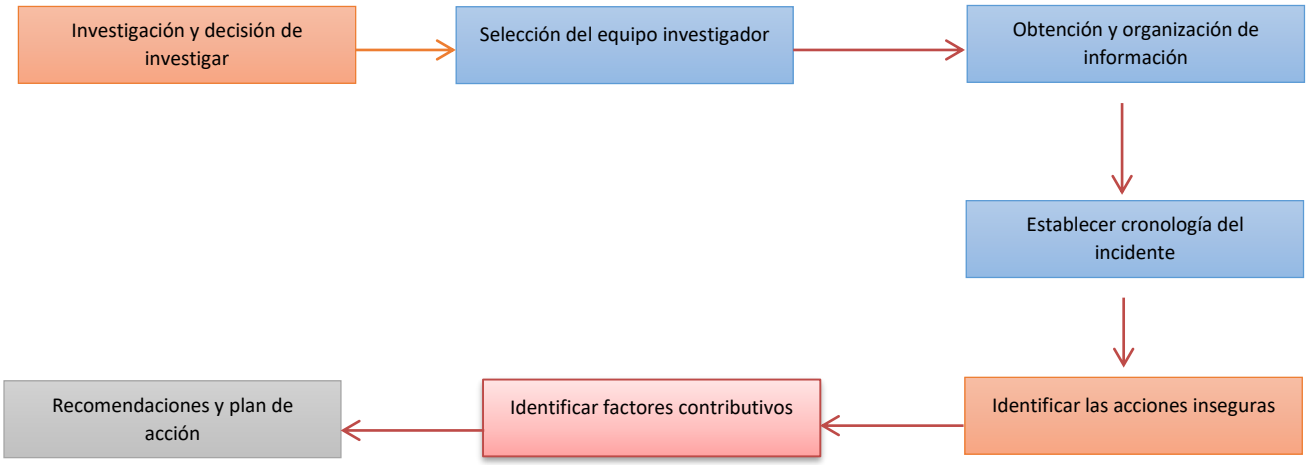
Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos. En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez,

desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende del nivel de severidad del suceso, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.



Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.

• **Identificación y decisión de investigar.** el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, se promueven con la cultura del reporte en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente o evento se verifica la gravedad del mismo para proceder a realizar el análisis en el momento pertinente

• **Selección del equipo investigador.** Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

• **Obtención y organización de información.** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible. La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

Indicaciones para realizar entrevista al personal involucrado en un suceso de seguridad:

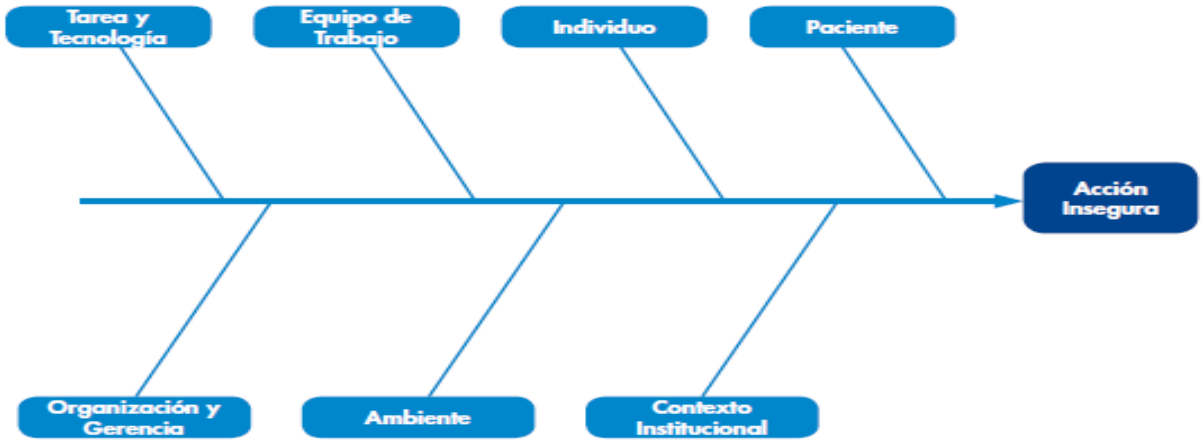
Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

• **Precise la cronología del incidente.** Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió.

• **Identifique las acciones inseguras.** Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador

debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

• **Identifique los factores contributivos.** El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos. Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.



Espina de pescado con factores contributivos del Protocolo de Londres

• **Recomendaciones y plan de acción.** La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.

- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.
En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

1. GENERAR LECCIÓN APRENDIDA

El colaborador (es) involucrado en el EA deberá registrar la lección aprendida en el formato de investigación en el apartado correspondiente, el cual contempla el compromiso de no incurrir en las acciones inseguras y garantizar las aplicación de las barreras de seguridad.

2. PRESENTAR AL COMITÉ DE SEGURIDAD DE PACIENTE

Mensualmente el analista de calidad informará los EA ocurridos y analizados en el mes inmediatamente anterior, con el fin de dar a conocer la gestión con respecto a ellos esto queda consignado en las actas del comité.

3. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

El evento adverso se llevará a cabo mediante el indicador Gestión de eventos adversos

4. REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

Para los subprogramas los referentes de Tecno, fármaco y Reactivo vigilancia generaran reporte ante el INVIMA de acuerdo a la periodicidad que se tenga contemplado para cada uno de los programas.

Anexo 1. Formato de investigación de Incidentes y Eventos Adversos

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

INVESTIGACION DE INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO

IDENTIFICACION DEL SUCESO						
FECHA DE ANALISIS	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	SEXO	EDAD	FECHA DEL SUCESO	HORA DEL SUCESO	No. CONSECUTIVO
SEDE/ AREA QUE IDENTIFICO EL SUCESO	MEDIO POR CUAL SE IDENTIFICA EL EVENTO	SERVICIO DONDE OCURRIO EL SUCESO			REPORTANTE (PERFIL DEL REPORTANTE)	

RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN INICIAL	EVIDENCIAS UTILIZADOS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	NIVEL DE SEVERIDAD

ACCION INMEDIATA

CRONOLOGIA DEL EVENTO (DESCRIPCIÓN DEL SUCESO)

ACCIONES INSEGURAS

CLASIFICACIÓN DEL SUCESO

SI EL SUCESO FUE CLASIFICADO COMO EVENTO ADVERSO POR FAVOR CONTINUE CON EL SIGUIENTE ANALISIS.

REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS POR PROTOCOLO DE LONDRES
COMPLEMENTO DE LA DESCRIPCIÓN

Barreras	Acción Insegura	Tipo de evento	Origen contributivo	Factor contributivo
	Falla por acción ☐ Falla por omisión ☐		Paciente ☐ Tarea y tecnología ☐ Individuo ☐ Equipos reactivos e insumos ☐ Ambiente ☐	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES INSEGURAS Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS

DESCRIPCIÓN DE LAS FALLAS LATENTES

CONCLUSIÓN

TIPO DE EVENTO ADVERSO:	PREVENIBLE		NO PREVENIBLE	

DEFINIR ACCIONES DE MEJORA					
Atividad de mejora	Responsable	Fecha Inicia	Fecha Termina	C	NC

LECCIONES APRENDIDAS

GC-MEF-For-02 V02 20/05/2014

Anexo 2. Categorización de Eventos Adversos, OMS: Por la Organización Mundial de la Salud

CATEGORIA	CATEGORIA ESPECIFICA
Tipo 1. Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	Proceso o servicio equivocado
	Trámites administrativos para la atención Incompletos o insuficientes.
	Trámites administrativos para la atención que no se realizan cuando está indicado.
	Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud no disponibles
	Paciente equivocado
Tipo 2. Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales	Procesos o procedimientos asistenciales: No se realiza cuando está indicado
	Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales: Incompleta o insuficiente
	Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales: No disponible
	Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales: Paciente equivocado
	Procedimiento/tratamiento equivocado en parte del cuerpo equivocada, cara o sitio.
Tipo 3. Relacionados con fallas en los registros clínicos	Fallas en registros clínicos, documentos que faltan o no disponibles
	Relacionados con fallas en los registros clínicos: retraso en el acceso a documentos
	Documentos para el paciente equivocado o documento equivocado
	Información en el documento confusa/ambigua/ ilegible/ incompleta
Tipo 4. Infección ocasionada por la atención en salud:	Infección ocasionada por la atención en salud: cánulas intravasculares (catéteres)
	Infección ocasionada por la atención en salud: Absceso
	Infección ocasionada por la atención en salud: Torrente sanguíneo
	Infección ocasionada por la atención en salud: Zona quirúrgica
	Infección ocasionada por la atención en salud: Neumonía
	Infección ocasionada por la atención en salud: Prótesis infectadas /sitio
	Infección ocasionada por la atención en salud: Urinaria dren / tubo (sondas vesicales)
	Infección ocasionada por la atención en salud: Tejidos blandos
Tipo 5, Relacionados con medicación o administración de líquidos parenterales	Paciente equivocado.
	Medicamento equivocado
	Dosis / frecuencia Incorrecta
	Formulación incorrecta o presentación
	Ruta equivocada
	Cantidad incorrecta
	Etiquetados / instrucción incorrecta
	Contraindicación
	Almacenamiento incorrecto
	Omisión de medicamentos o dosis
	Medicamento vencido
	Reacción adversa al medicamento
	Paciente equivocado

CATEGORIA	CATEGORIA ESPECIFICA
Tipo 6. Relacionados con la sangre o sus derivados	Sangre Equivocada / Producto sanguíneo equivocado
	Dosis o frecuencia incorrecta
	Cantidad incorrecta
	Etiquetado / instrucción incorrecta
	Contraindicado
	Almacenamiento incorrecto
	Omisión de medicación o la dosis
	Sangre / derivado sanguíneo caduco efectos adversos
Tipo 7. Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	Paciente equivocado
	Dieta incorrecta
	Cantidad incorrecta
	Frecuencia incorrecta
	Consistencia incorrecta
	Almacenamiento incorrecto
Tipo 8. Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales	Paciente equivocado
	Gas / vapor incorrecto
	Flujo y concentración equivocados
	Modo de entrega equivocado
	Contraindicación
	Almacenamiento incorrecto
	Fallas de administración
	Contaminación
Tipo 9. Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	Presentación y embalaje deficientes
	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Falta de disponibilidad
	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Sucio / no estéril
	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Fallas / mal funcionamiento
	Desalojado / desconectado / eliminado
	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Inapropiado para la tarea
	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Error de uso
Tipo 10. Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	Incumplimiento de normas o falta de cooperación / obstrucción
	Desconsiderado / rudo / hostil / inapropiado
	Arriesgado / temerario / peligroso
	Peligro con el uso de sustancias / Abuso
	Acoso
	Discriminación y prejuicios
	Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente: Errático / fuga
	Relacionados con el comportamiento o creencias del paciente: Autolesionante / suicida
Tipo 11. Caídas de pacientes	Caídas de pacientes: Catre
	Caídas de pacientes: Cama
	Caídas de pacientes: Silla
	Caídas de pacientes: Camilla
	Caídas de pacientes: Baño

CATEGORIA	CATEGORIA ESPECIFICA
	Caídas de pacientes: Equipo Terapéutico
	Caídas de pacientes: Escaleras / escalones
	Caídas de pacientes: Siendo llevado / apoyados por otra persona
Tipo 12. Accidentes de pacientes	Accidentes de pacientes: Mecanismo (fuerza) contundente
	Accidentes de pacientes: Mecanismo (fuerza) cortante Penetrante
	Accidentes de pacientes: Otras fuerzas mecánicas
	Accidentes de pacientes: Temperaturas
	Accidentes de pacientes: Amenazas para la respiración
	Accidentes de pacientes: Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
	Accidentes de pacientes: Otros mecanismos específicos de lesión
	Accidentes de pacientes: Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza
Tipo 13. Relacionados con infraestructura o ambiente físico	Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico: Inexistente / inadecuado
	Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico: Dañado / defectuoso/ desgastado
Tipo 14. Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional:	Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional: Relacionadas con la gestión de la carga de trabajo
	Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional: Camas / disponibilidad de servicios / adecuación
	Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
	Organización de equipos / personal
	Protocolos / políticas / procedimientos / disponibilidad de guías / adecuación
Tipo 15. Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	Recolección
	Transporte
	Clasificación
	Registro de datos
	Procesamiento
	Verificación / validación
	Resultados

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Protocolo de Londres[1]. Centro de Gestión Hospitalaria. Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

2. comisión europea. dg salud y protección del consumidor. “patient security: making it happen”. luxemburg , 5 de abril de 2005.

3. comité de ética en investigación en el área de la salud de la universidad del norte. guia de eventos adversos.. 10 septiembre 2010.

4. Agency for healthcare quality and research. rockville. md 2. brennan ta, leape ll, laird n, herbert l, locadio ar, et al. incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the harvard medical practice. study i. n engl j med 1991; 324:370-7.

5. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Herbert L, Locadio AR, et al. Manual de Prestación de Servicios del Laboratorio Clínico. . Study II. N Engl J Med 1991; 324:377-84.

6. Aguirre-Gas H. El error médico. Eventos adversos. Rev CONAMED 2005.

7. Ministerio de protección social. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. (www.minproteccionsocial.gov.co); 04/03/10

8. World health organization. world health alliance for patient safety, forward programme. geneve: world health organization, 2004.