

# Actualizando y reafirmando la seguridad del paciente, incluyendo el Nuevo Protocolo de Londres 2024

Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud  
Dirección de Calidad de Servicios de Salud  
Junio 2026





# LUIS ENRIQUE GOMEZ ARCINIEGAS



**Médico Cirujano**



**Magister en Salud Pública  
Consultor en la Organización  
Panamericana de la Salud**

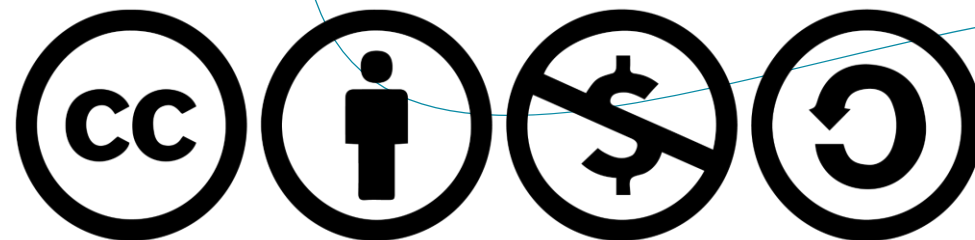


**Experto Técnico en  
Calidad, Seguridad del  
Paciente y Riesgos Clínico  
Asistenciales.**



# PROPIEDAD INTELECTUAL

ATRIBUCIÓN – RECONOCIMIENTO –  
NOCOMERCIAL – COMPARTIR IGUAL



Esta licencia de carácter gratuito diseñada por la organización sin ánimo de lucro Creative Commons permite que la obra sea reproducida, comunicada al público e incluso transformada, siempre que se respeten unos límites predeterminados. Tal es el caso, por ejemplo, de la necesidad de mencionar al autor y titular de derechos económicos sobre la obra, de no desarrollar actos de carácter comercial la misma, y si se llegan a producir obras derivadas de la misma, se deberá compartir bajo la misma licencia para que otras personas que quieran de hacer uso del mismo



## DOCUMENTO ORIENTADOR :

# ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

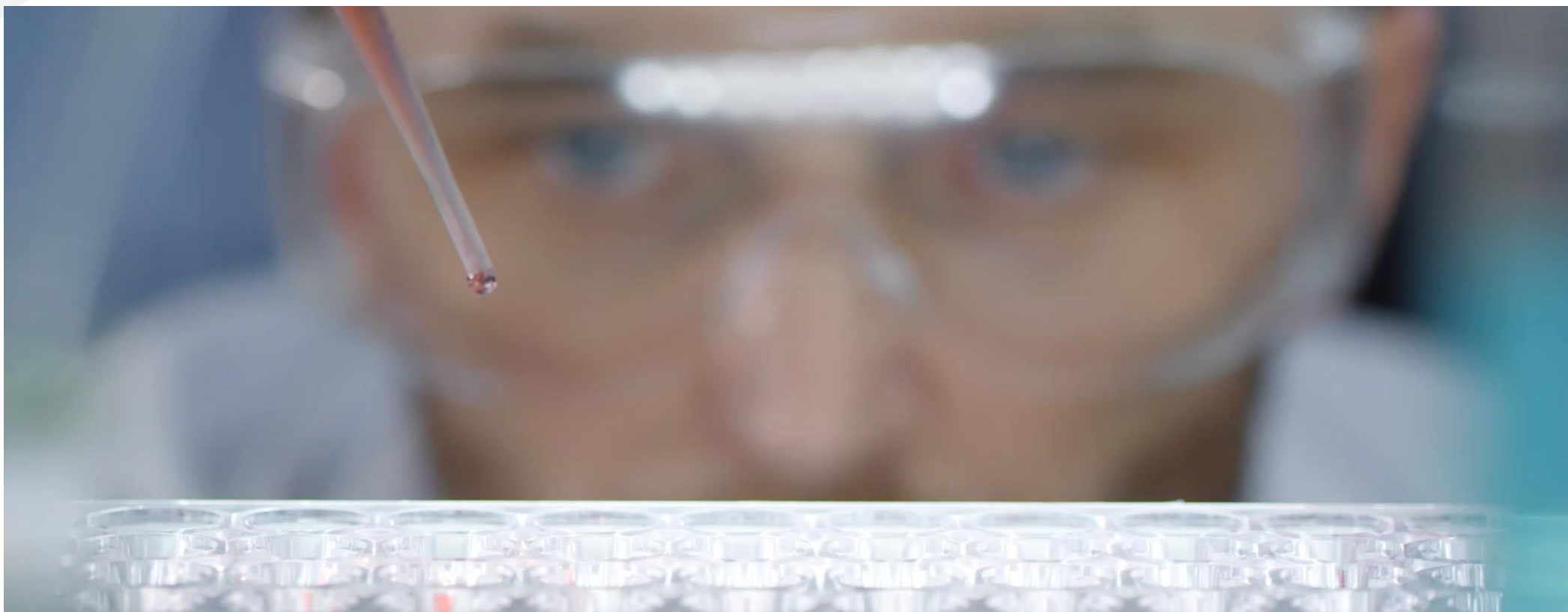
## SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD







Los eventos adversos pueden producirse por la acción u omisión de cualquier profesional de la salud, no sólo por el personal médico. Cuando se habla de problemas de gestión de la atención en salud, se trasciende el ámbito de los mal llamados **«errores médicos»**, pues de hecho, para que un error llegue a dañar a un paciente, es preciso además de que se produzca un fallo humano, que fallen también todos los mecanismos de control y seguridad establecidos por el sistema, que a modo de pantalla defensiva, generen alarmas de seguridad y eviten las consecuencias para el paciente.





Es de extrema importancia **eliminar la cultura de la culpabilidad** y diferenciar los problemas de gestión de la atención de las acciones negligentes, esto no existe en la prestación de los servicios de salud.

Todos los esfuerzos deben centrarse en el análisis de los procesos sanitarios más que en la culpabilización de los individuos, que aunque pueden contribuir a ellos, rara vez son la causa fundamental de un error asistencial.

Resulta entonces imprescindible conocer la percepción de los profesionales sanitarios, y de los familiares y de los propios pacientes con respecto a la seguridad del proceso asistencial.





1. La Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud inició la traducción con enfoque técnico ajustado a las normas Colombianas, incorporando recomendaciones técnicas, se trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social
2. Este Protocolo, clave para la Seguridad del Paciente, se considera una herramienta útil para el análisis y gestión, generando mejoras, promoviendo un enfoque no punitivo, centrado en mejorar la seguridad y la calidad del sistema de salud en cada institución.
3. Plantea una versión corta para los eventos adversos leves e incidentes, la cual disminuye los tiempos para la revisión y conclusión.
4. Por último, introduce una columna final en el modelo organizacional donde se evalúan los correctivos inmediatos, el soporte a pacientes y al personal de salud y los riesgos que deben ser neutralizados.

P

Problemas Relacionados con la Gestión en Salud, amplía el concepto de los errores/ acciones inseguras

E

Estandariza la aplicación de factores contributivos y fallas latentes en un sentido más amplio al interior de la institución

R

Recuerda los aprendizajes previos, evaluar su funcionamiento , BANCO DE EXPERIENCIAS EXITOSAS

S

Salud Física y Mental para el personal de salud, incluida como factor contributivo cuando se desequilibra.

O

Orientación Abierta ,divulgación de la noticia, dar la información con previa preparación), nunca engañar.

N

No sobrecarga para el equipo del trabajo . Planes de mejora concretos específicos. Metodología s corta y larga

A

Atención Centrada en la Persona, incluir los pacientes en la investigación de los casos/escuchar la percepción del paciente en los resultados y experiencias





## NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024

**Recomendaciones Bogotá, Colombia, sobre el nuevo protocolo de Londres 2024 según normatividad vigente, contexto nacional y recomendaciones técnicas del trabajo en la Subdirección de Calidad y SSS.**

## NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024

El Protocolo de Londres 2024 proporciona, al igual que la versión anterior, un medio estructurado de análisis y reflexión sobre un incidente o la ruta del paciente

El uso de este enfoque requiere pensamiento, reflexión y exploración activa. No se trata de un proceso rutinario ni de un ejercicio de marcar casillas, ni de una búsqueda de "causas fundamentales".

**El Protocolo de Londres nos aleja de un enfoque estrecho sobre quién hizo qué y nos acerca a un examen exhaustivo de lo que el incidente y el evento adverso, revelan sobre el sistema en general y cuáles son las implicaciones para mejorar la seguridad.**





# PROBLEMAS DE GESTION DE LA ATENCION EN SALUD (PGAS)



- En el NP Londres se ha empleado el término más general "Problemas de gestión de la atención" (Care Management Problems: CMP, por sus siglas en inglés) para referirnos de manera más amplia a cualquier problema significativo que surja en la atención brindada al paciente.
- Esto se debe, en parte, a la utilidad al usar una terminología más neutra. Sin embargo, el término también abarca problemas que se extienden durante algún tiempo, como no monitorizar a un paciente durante varias horas, para los que el término error no parecía apropiado.

**NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024**

## NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-SA](#)

11 -La recomendación técnica impartida desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha sido: después del Evento Adverso Prevenible Grave (trazador, centinela) el tiempo para la Mesa de Análisis no debe superar las 72 horas hábiles, las acciones correctivas deben ser inmediatas donde se evidencie la reducción del peligro para el paciente (si está vivo) o para los demás pacientes.

En los casos donde se encuentren dudas o el paciente no haya fallecido , se recomienda realizar la Mesa de Análisis posterior a la evolución del paciente y recopilar la mayor evidencia posible.

Esto incluye la evaluación del riesgo, como se evidencia en la nueva columna que este Nuevo Protocolo de Londres 2024 nos muestra, justo después del Evento Adverso identificado.

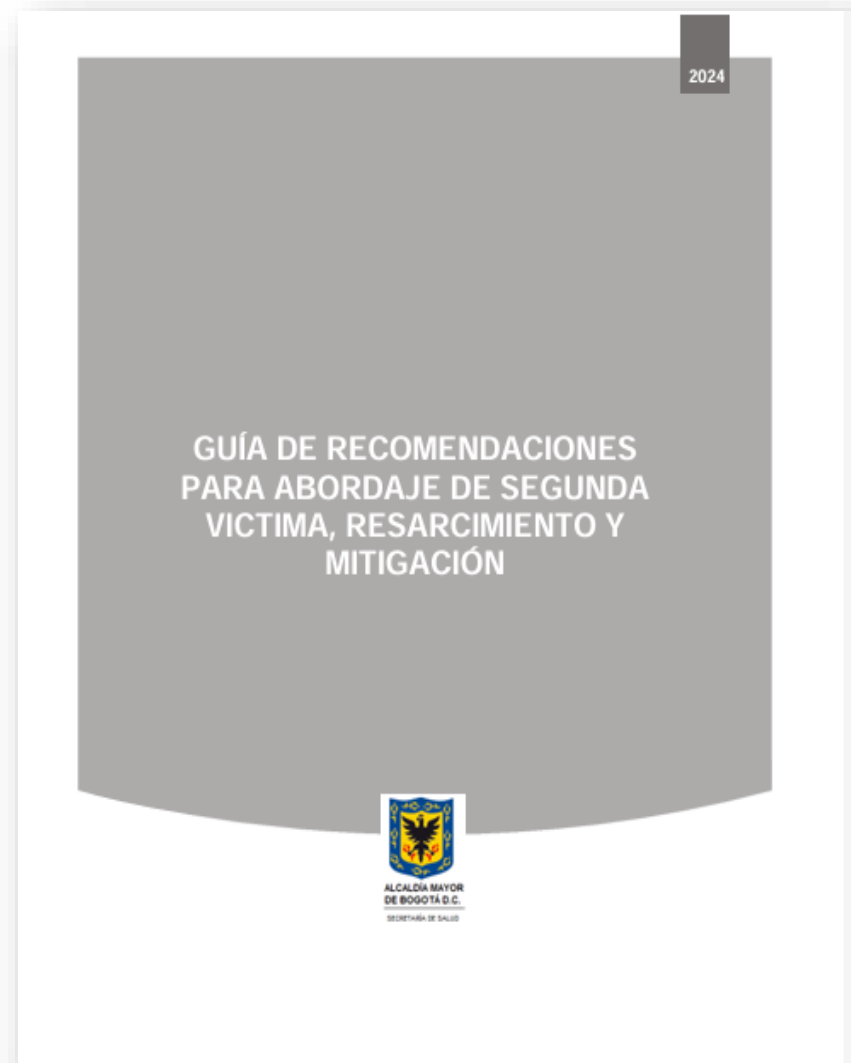




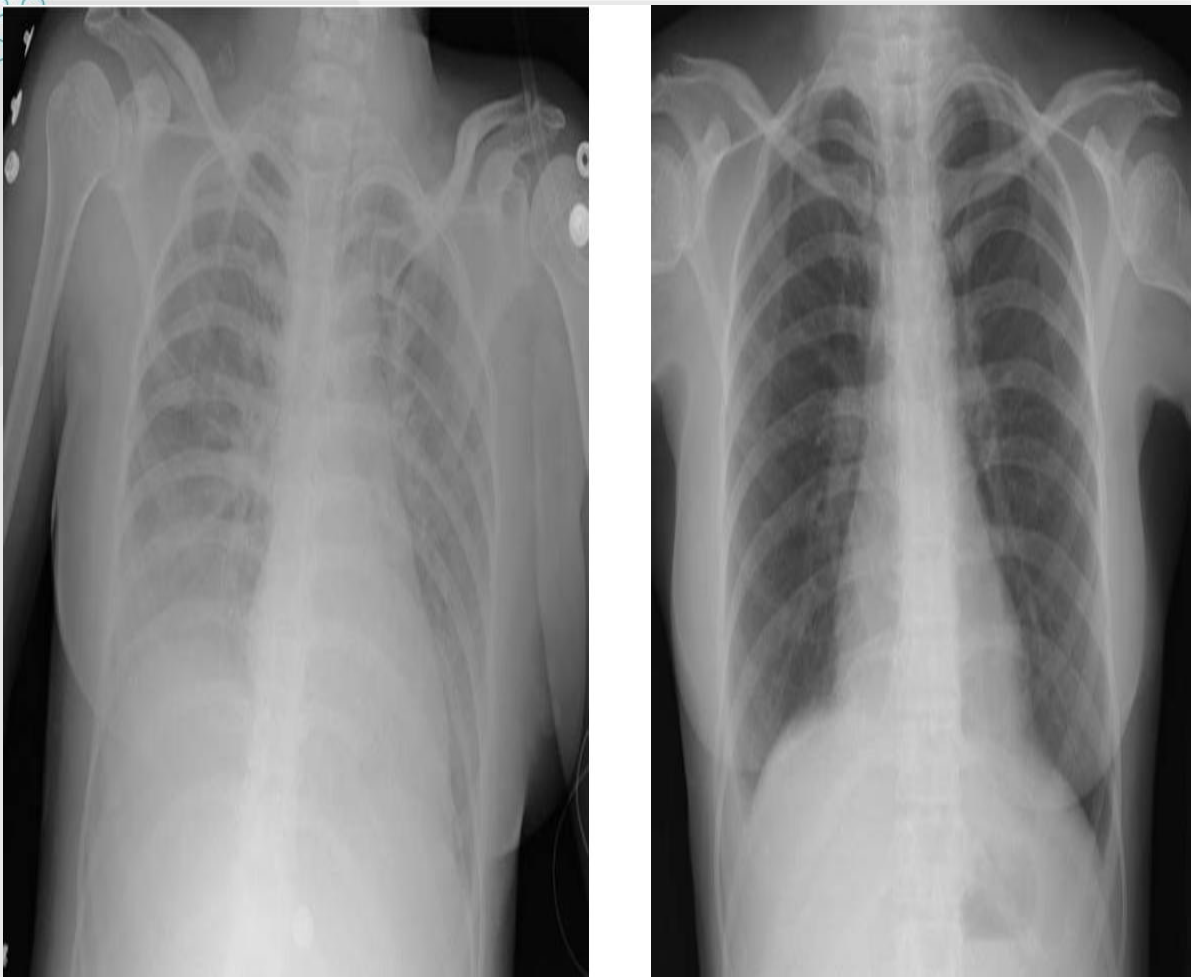
16.- Desde la Secretaría de Salud de Bogotá, en la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud se hizo la publicación de la Guía de recomendaciones para abordaje de segunda víctima, resarcimiento y mitigación disponible en [https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos\\_I/2024/Guia\\_abordaje\\_II\\_victima.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/2024/Guia_abordaje_II_victima.pdf), [61], en esta se contempla el manejo de las primeras, segundas y terceras víctimas.

Con recomendaciones específicas para cada una, posterior al evento adverso.

Esta se ha socializado en talleres y se encuentra en implementación en las IPS distritales. Da pautas en cómo se maneja al paciente, familiares, el personal de salud y el resguardo de la institución; el apoyo que cada grupo requiere (los afectados por el evento) y este manejo, se hace parte de la mejora generada, permitiendo aprender cómo controlar las consecuencias del evento adverso y haciéndolo parte de la prevención en cada caso.



## NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024



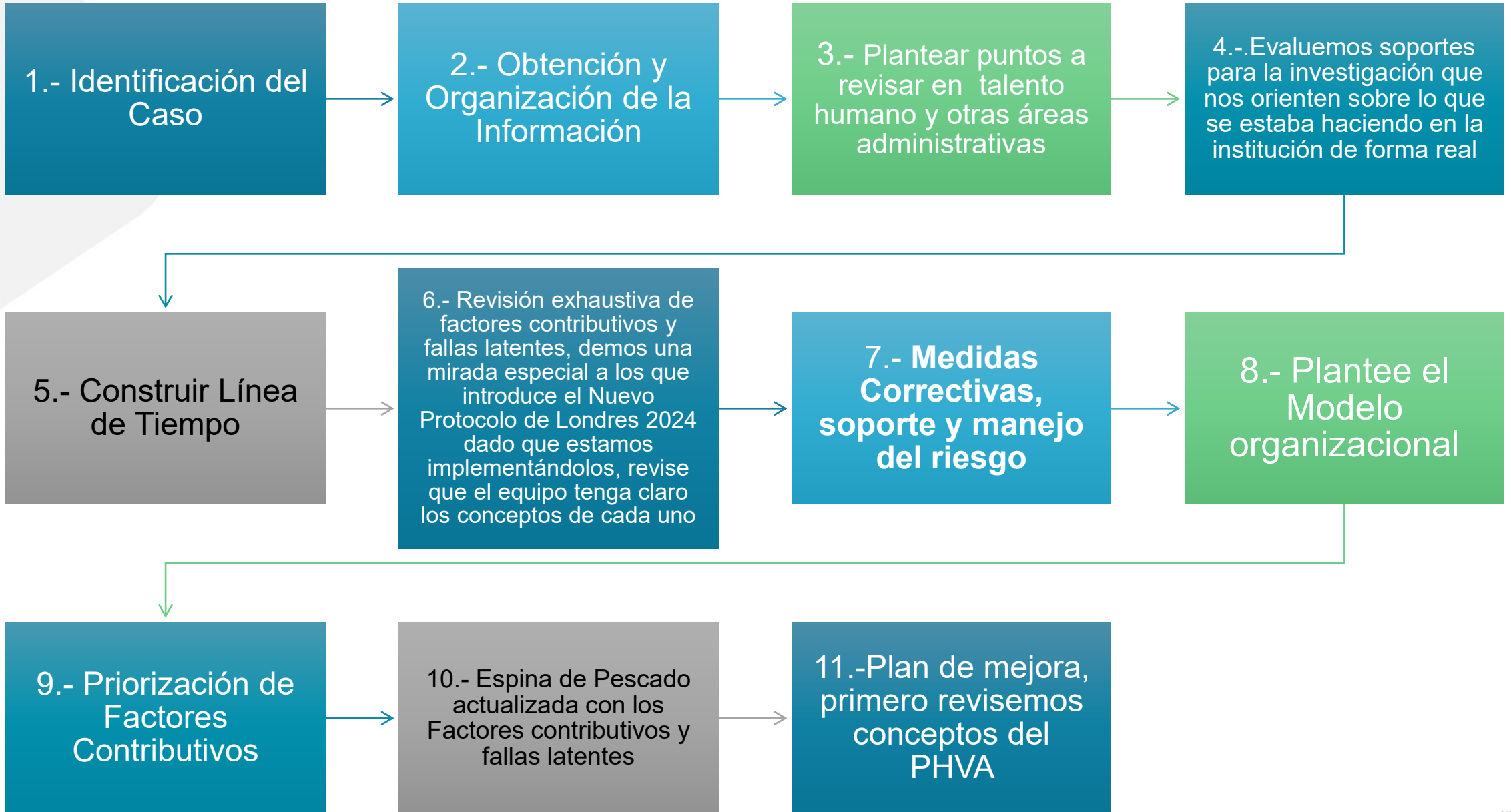
Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia CC BY-SA

17.- Es importante afirmar que la gestión de los sucesos de seguridad se hace sobre Eventos Adversos Prevenibles e Incidentes. La Resolución 3100 de 2019 nos establece de forma específica que está se hace sobre Eventos Adversos, pero no debe olvidarse que nos habla de la gestión del riesgo desde seguridad del paciente, lo que incluye los incidentes.

Otro punto, y debe ser muy claro, la taxonomía establece el concepto en español de Evento Adverso Prevenible, Incidente, y no deben generarse dudas con palabras como “Near miss” puesto que su traducción genera confusión, tampoco “Cuasi incidente” porque igualmente genera duda, en este caso podría hablarse del **indicio de atención insegura**, contamos con el termino exacto.

Evitemos términos que puedan generar brechas en la comunicación en seguridad del paciente. Los invitamos a revisar la definición de términos [https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Seg\\_paciente\\_definiciones.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Seg_paciente_definiciones.pdf)

# ANÁLISIS NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024, PASO A PASO





**Nuevo Protocolo de Londres 2024 Fases de preparación y realización de la Entrevista para Sucesos de Seguridad del paciente, 2025.**

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREPARANDO LA ESCENA</b>                                          | ▶ Las entrevistas deberían ser en un escenario privado y relajado. El abordaje debe ser de apoyo y entendimiento, comprensión                                                                                                                                                                                                      |
| <b>FASE 1 ESTABLECER LA CRONOLOGÍA</b>                               | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer el papel de los involucrados y los límites de compromiso (participación).</li><li>• Luego, establecer la cronología de los eventos como ellos los vieron</li></ul>                                                                                                            |
| <b>FASE 2 IDENTIFICANDO PROBLEMAS EN EL MANEJO DEL CUIDADO (CMP)</b> | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Preguntar acerca de los aspectos del cuidado que estuvieron bien y entonces solicitar a ellos identificar los Problemas de gestión del cuidado como ellos los ven sin preocuparse acerca de culpabilización</li></ul>                                                                    |
| <b>FASE 3 IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS</b>           | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Ir hacia atrás (recordar, evaluar) y preguntar acerca de cada problema de gestión en salud de turno con la referencia del marco de trabajo</li></ul>                                                                                                                                     |
| <b>SISTEMAS DE INFORMACION ELECTRONICA Y TECNOLOGIA</b>              | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Hardware (incluyendo diseño y mantenimiento)</li><li>• Software (incluyendo diseño y mantenimiento)</li><li>• Contenido clínico y soporte para las decisiones</li><li>• Interfaz hombre-dispositivo</li><li>• Integración en el flujo de trabajo</li><li>• Protección de datos</li></ul> |
| <b>FASE 4 EVALUACIÓN EL PROCESO DE MITIGACIÓN</b>                    | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Preguntar como el cuidado fue ajustado para mitigar las consecuencias el evento adverso, como fue manejada la divulgación, como el paciente/familia/personal institucional involucrados, fueron apoyados</li></ul>                                                                       |
| <b>REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES</b>                                 | ▶ <ul style="list-style-type: none"><li>• Pregúnteles a ellos si tienen otros comentarios o preguntas. Abra esta puerta puesto que ellos pueden tener sugerencias valiosas y recomendaciones para mejoras en la seguridad.</li></ul>                                                                                               |

**ANÁLISIS NUEVO PROTOCOLO DE LONDRES 2024**

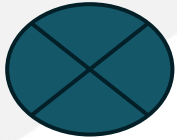
*2.-Obtención y Organización de la Información, entrevistas*



## 5.-CONSTRUIR LINEA DEL TIEMPO



Esta debe ser práctica, con la hora y los datos clave. No un texto extenso de toda la historia clínica, pierde su objetivo de darnos información importante y riesgos no detectados. Además debe ser fácil de interpretar. Veamos tres puntos de un caso como ejemplo.



02.10.2024 1  
+ 22 am.  
Nota de  
medicina  
general  
genérica (sin  
detalle, sólo  
todo normal)

2 + 39  
horas:  
Deterioro  
franco, nota  
de medicina  
general, no  
hay toma de  
conducta

3 + 20 horas:  
Tensión  
Arterial en  
75/22  
  
Se inicia 1  
Unidad de  
GRE sin otro  
apoyo, nota  
de cirugía

Hora y  
hechos  
concretos,  
relevantes

Hora y  
hechos  
concretos ,  
relevantes

Hora y  
hechos  
concretos ,  
relevantes

Hora y  
hechos  
concretos ,  
relevantes



Marque con una X blanca si hay  
detección de Problema de Gestión en la  
Atención , en ese punto de la línea de  
tiempo

## 6.-FACTORES CONTRIBUTIVOS

### FACTORES DEL PACIENTE

- Pobre comunicación
- Alta carga de morbilidad
- No soporte familiar, pacientes abandonados
- Desconocimiento de antecedentes
- Familiares de difícil abordaje
- Factores Intrínsecos
- Factores Extrínsecos
- Otros

### FACTORES DEL INDIVIDUO

- Larga jornada
- Stress
- Poca experiencia
- Instrucción insuficiente
- Poca apropiación de lineamientos institucionales (guías, protocolos, etc.)
- Actitud y motivación insuficiente
- Conocimiento y herramientas-Competencias
- Salud física y mental
- Valores profesionales y conducta
- Otros

### FACTORES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

- Calor excesivo
- Ruido que provoque desconcentración, o ruido intenso
- Infraestructura no adecuada, fallas en ambiente físico
- Relaciones negativas entre jefe y colaborador
- No apego a las normas laborales
- Ambiente tenso ( no pagos oportunos, relaciones laborales con poca comunicación, etc.)
- Niveles (grado de completitud) de dotación de personal y mezcla de habilidades
- Sobrecarga de trabajo, exceso de pacientes y patrones de turnos
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
- Soporte administrativo y gerencial
- Retrasos en el tiempo
- Otros

## FACTORES DEL EQUIPO DE TRABAJO

- Comunicación ausente o deficiente
- 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
- Fallas en Comunicación verbal
- Fallas en Comunicación escrita
- Fallas en la Supervisión y desmotivación en la búsqueda de ayuda
- Estructura del equipo no definida (ausencia de congruencia, consistencia y liderazgo)
- Falta de Conciencia de la situación y representación compartida
- Fallas en Soporte mutuo
- Otros

# 6.-FACTORES CONTRIBUTIVOS

## SISTEMAS DE INFORMACION ELECTRONICA Y TECNOLOGIA

- Problemas con hardware (incluyendo diseño y mantenimiento)
- Problemas con software (incluyendo diseño y mantenimiento)
- No disponibilidad de Contenido Clínico y Soporte para las decisiones
- Fallas en Interfaz hombre-dispositivo (tiempos de respuesta lentos, fallos de pantalla, congelamientos, etc.)
- Fallas en la Integración del flujo de trabajo (ineficiencias, frustración, duplicidad de datos, falta de colaboración y dificultades para escalar la información en los procesos, etc.)
- Fallas en la Protección de datos (vulneraciones de datos, accesos no autorizados, etc.)
- Otros

## FACTORES DE LA TAREA (INCLUYE EQUIPOS, REACTIVOS E INSUMOS)

- Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnosticas
- Ayudas para toma de decisiones
- Diseño de la tarea
- Claridad de la estructura
- No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir
- Falta de mantenimiento preventivo/correctivo oportuno
- Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo
- Carencia de equipos - carencia de insumos- carencia de medicamentos
- Otros , desarrollo propio de cada institución

## 6.-FALLAS LATENTES

### Administración (manejo) organizacional y factores culturales

- Decisiones inadecuadas de coordinadores
- Estructura organizacional no adecuada
- Prioridades organizacionales no alineadas con seguridad del paciente
- Deficiente estructura de procesos de apoyo-Recursos financieros y Restricciones
- Estructura Organizacional
- Entrenamiento y educación
- Política, estándares y metas
- Cultura organizacional, cultura de seguridad y prioridades
- Otros

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Restricciones de las EAPB
- Referencia inadecuada entre IPS
- Normatividad intra y extrainstitucional
- **Recursos financieros y Restricciones**
- **Políticas del Cuidado de la Salud**
- **Ambiente Político Nacional y Regional**
- **Nexos (links) con organizaciones externas**
- Otros



## 7.-Medidas Correctivas, soporte y manejo del riesgo

### **Medidas Correctivas:**

Aplicación del Protocolo de Reacción Inmediata y Otras tomadas como respuesta al evento

[https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos\\_I/2024/Guia\\_abordaje\\_II\\_victima.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/2024/Guia_abordaje_II_victima.pdf)

### **Soporte al paciente, familia y personal de Salud**

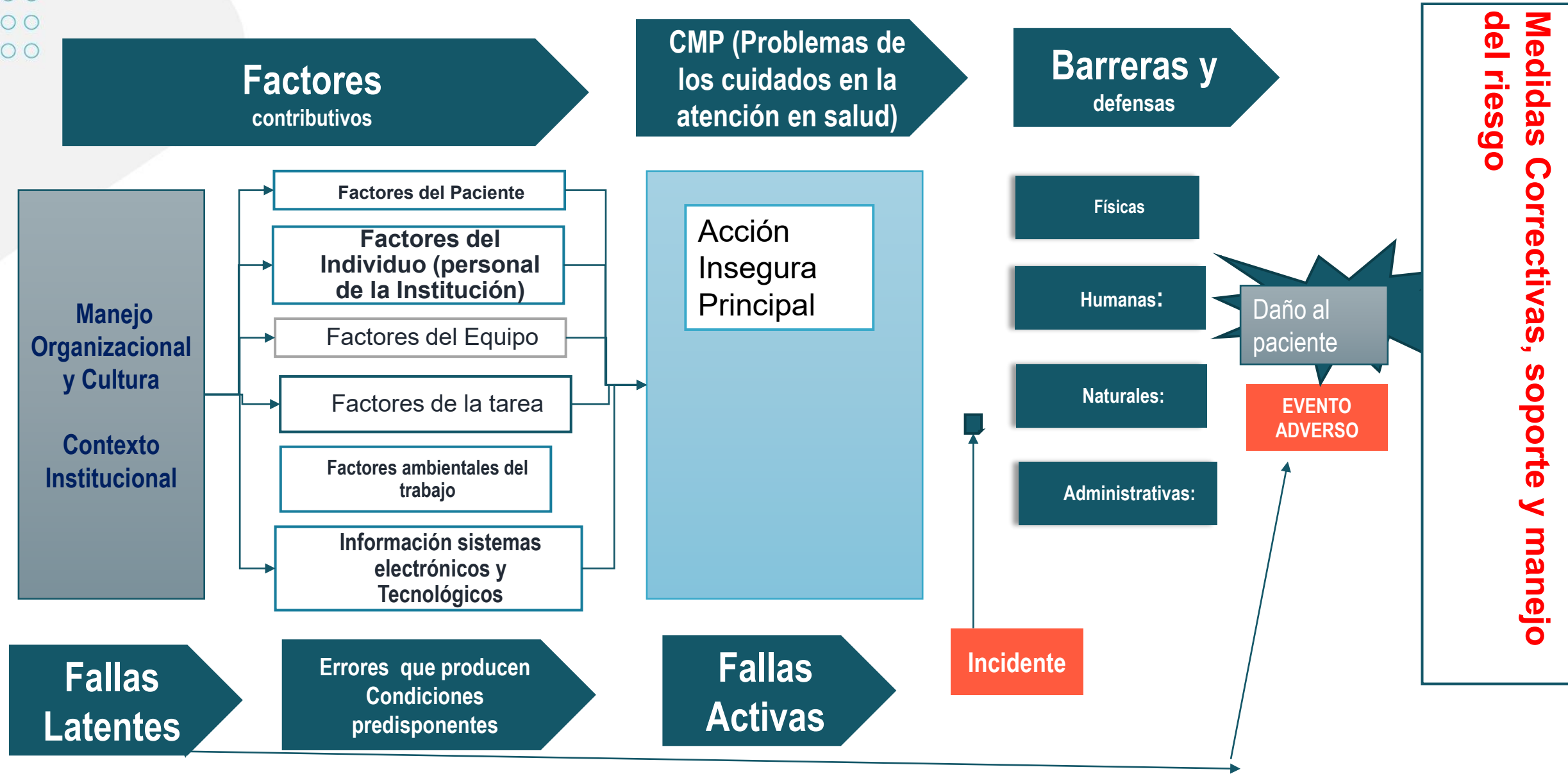
[https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos\\_I/2024/Guia\\_abordaje\\_II\\_victima.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/2024/Guia_abordaje_II_victima.pdf)

### **Manejo del riesgo:**

Identificación de los riesgos que se materializaron para llegar al evento adverso y otros relacionados con la situación que llevó a causar daño el paciente ,si los hay.



## 8.-Extensión del Modelo Organizacional de Causalidad de Accidentes de James Reason, adaptado de Reason (2024)



# 9.-PRIORIZACIÓN DE FACTORES



**Priorización**  
(Cada  
Institución  
define)

**PROBABILIDAD**  
( EN TERMINOS DE  
FRECUENCIA, DE  
TIEMPO)

1

3

5

**NIVEL**

**Baja:** poco factible que  
el hecho se presente

**Media:** es factible que  
el hecho se presente

**Alta:** es muy factible  
que el hecho se  
presente

**IMPACTO**  
(EN TERMINOS DE  
SEVERIDAD, DAÑO AL  
PACIENTE)

1

3

5

**NIVEL**

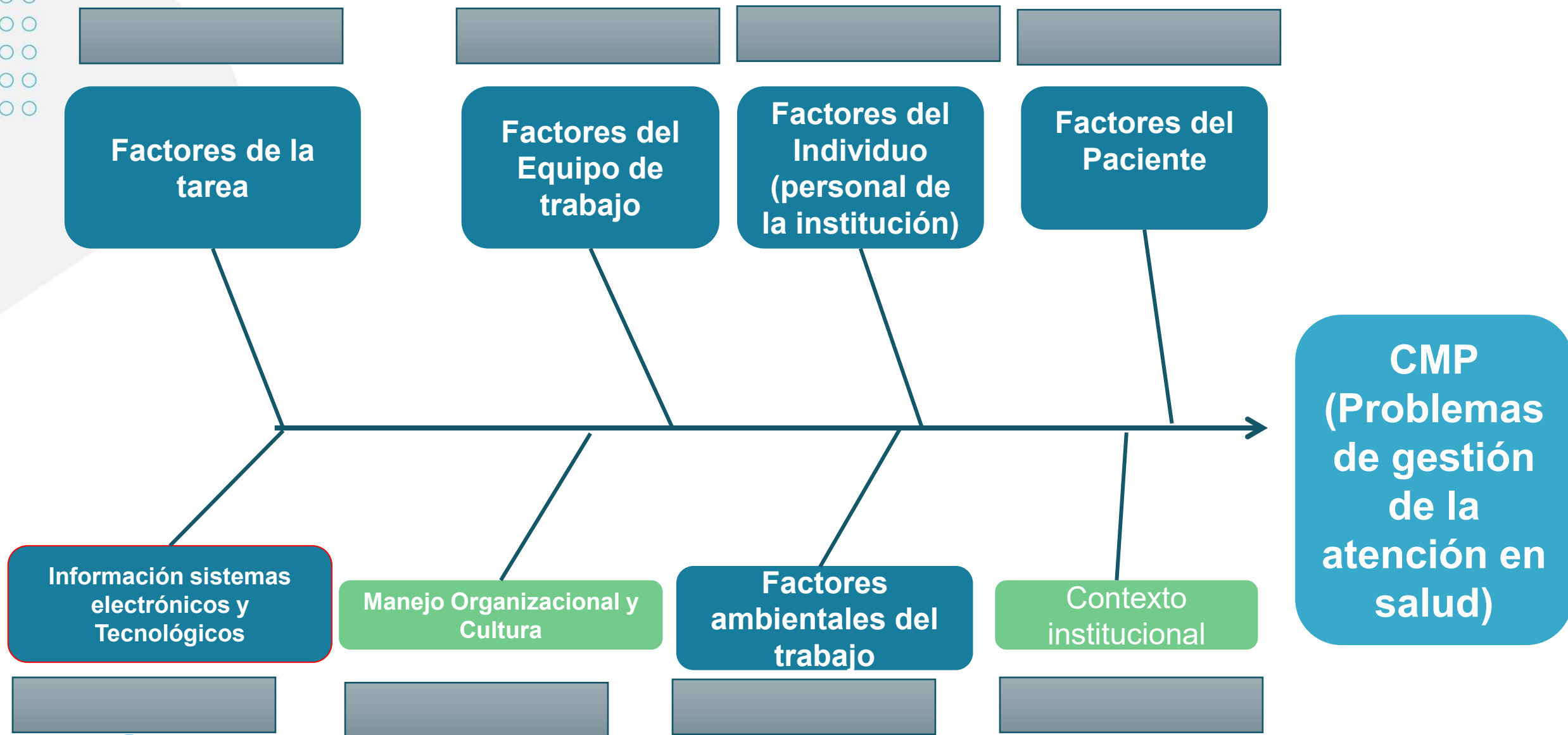
**Bajo:** si el hecho  
llegara a presentarse  
tendría bajo impacto  
para el usuario

**Medio:** si el hecho  
llegara a presentarse  
tendría impacto medio  
en el usuario

**Alto:** si el hecho  
llegara a presentarse  
tendría alto impacto en  
el usuario

ASIGNEMOS LOS PUNTAJES A LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS Y FALLAS LATENTES

## 10.- ESPINA DE PESCADO



# 11.- CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

- Identificación de las oportunidades de mejora relacionadas con los factores contributivos y fallas latentes (la acción insegura principal debe tener planteamiento en los factores contributivos)
- Desarrollo de las oportunidades de mejora: Deben ser concretas, alcanzables, lógicas, nunca estructurales.
- Muy importante que sean innovadoras, no seguir haciendo lo mismo
- Establecer tiempos específicos para realizarlas, evaluarlas y definir si siguen como permanentes en la institución
- Seguimiento, monitoreo, con hechos y datos
- Cumplimiento de acciones para prevención (barreras protectoras).

**Aclaración:** Cada punto del ciclo hace parte de una actividad, es decir son momentos diferentes de la misma tarea: Por ejemplo la acción es Semaforizar los medicamentos de riesgo de sedación en las tarjetas de administración. El planear es diseñar la estrategia como se semaforizan los medicamentos, el hacer es contar con stickers para colocar uno color rojo a los medicamentos que producen sedación e informar al turno, el verificar es seguir el porcentaje de tarjetas de administración con semaforización del riesgo al final de cada semana y el porcentaje de caídas relacionadas con sedación y el actuar es continuar con el uso de la semaforización riesgo de sedación punto rojo en la institución o reforzar la estrategia y empezar otro PHVA si es necesario.

No son 4 diferentes, hacen parte de ciclo para una misma acción de mejora.

# 11.- CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

## PLAN DE MEJORA (UNA POR CADA OPORTUNIDAD O ACCIÓN DEFINIDA)

| ACCION DE MEJORA:   |           |                 |                                            |                   |
|---------------------|-----------|-----------------|--------------------------------------------|-------------------|
| CICLO DE MEJORA     | ACTIVIDAD | Fecha de inicio | Fecha de Finalización (último seguimiento) | % de Cumplimiento |
| PLANEAR             |           |                 |                                            |                   |
| HACER               |           |                 |                                            |                   |
| VERIFICAR (EVALUAR) |           |                 |                                            |                   |
| ACTUAR              |           |                 |                                            |                   |



# Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos

5ª edición

PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE LOS COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



## GUÍA DEL USUARIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS CON MIRAS A LA APLICACIÓN GRADUAL DE SISTEMAS DE HEMOVIGILANCIA



Recomendaciones desde seguridad del Paciente:

- Fomentar el trabajo en equipo
- Hay un exceso de temor en reportar los eventos adversos.
- Hemos evidenciado en las bases de datos que casi el 100% quedan reportados como complicaciones/ o como Eventos Adversos No Prevenibles

# Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos

5ª edición

PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE LOS COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



GUÍA DEL USUARIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS CON MIRAS A LA APLICACIÓN GRADUAL DE SISTEMAS DE HEMOVIGILANCIA



- Reflexión
- Dos eventos adversos fueron trazados en una IPS, habían sido clasificados como Eventos Adversos No Prevenibles post transfusionales.
- Se había descartado TACO
- Al revisar historias clínicas, en ninguna se encontraba el registro de Líquidos Administrados y Eliminados
- Al hacer la reconstrucción de la información claramente había una sobrecarga (overload).

# Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos

5ª edición

PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE LOS COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"



GUÍA DEL USUARIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS CON MIRAS A LA APLICACIÓN GRADUAL DE SISTEMAS DE HEMOVIGILANCIA



## Reflexión

- La recomendación es Fortalecer el trabajo con Seguridad del Paciente, permitir el acompañamiento y hacer masiva la no punitividad en los casos.





**Dra.**

**Marcela  
DÍAZ**



**SUBDIRECTORA  
DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DE  
SERVICIOS DE  
SALUD**

# Gracias

