

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESE MUNICIPALES- HIDC

Marzo 2012



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Secretaria de Salud

ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL

CaliDA
una ciudad para todos



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

ORDEN DEL DIA

- Lectura y aprobación acta anterior
- Revisión compromisos
- Protocolo de Londres
- Componente Seguridad del paciente
- Repasar informe en excell del aplicativo.
- Varios



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI



Secretaría de Salud

CaliDA
una ciudad para todos

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Revisión de Compromisos

Institución	Compromiso	Estado
Ese Oriente	Listado de eventos adversos Diciembre- Enero	Ok
ESE Ladera- SSPM	Instalación aplicativo e implementación. Adopción registros	Ok 22 febrero
ESE HGSAS- SSPM		Ok 22 febrero
ESE Norte- SSPM		Ok 28 febrero
Todas las ESE	Completar la información cualitativa de EA 2011	Norte, HGSM Suroriente ok
SSPM	Cupos Simposio (limitados) Enviar acta por correo Nota pagina web	Ok Ok Proceso
Todas las ESE	Enviar correo de ESE para enviar en magnético el acta Enviar imagen institucional Escrito de su experiencia exitosa de seguridad del paciente Ingresar los eventos adversos a partir de Marzo al aplicativo y a partir de Abril enviar a la SSPM el archivo que se exporta del aplicativo.	Centro OK. Norte Ok Concertar Plazo

PROTOCOLO DE LONDRES

FREDDY AGREDO
LINA CALDERON

EL PROTOCOLO DE LONDRES

- Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “**Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos**”(incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial).
- Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

PROPÓSITO

- 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.

PROPOSITO

- Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en la tormenta de ideas casuales 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.

MODELO ORGANIZACIONAL DE ACCIDENTES

JAMES REASON

ORGANIZACIÓN
Y
CULTURA

FACTORES
CONTRIBUTIVOS

ACCIONES
INSEGURAS

BARRERAS Y
DEFENSAS

DECISIONES
GERENCIALES

Y

PROCESOS
ORGANIZA-
CIONALES

PACIENTE
TAREA Y TECNOLOGÍA
INDIVIDUO
EQUIPO
AMBIENTE

ACCIONES
OMISIONES
VIOLACIONES
CONCIENTES

ERRORES

FISICAS

ADMINISTRATIVAS

HUMANAS

NATURALES

EA

FALLAS
LATENTES

CONDICIONES QUE
PREDISPONEN
A EJECUTAR
ACCIONES INSEGURAS

FALLAS
ACTIVAS

CASI
EA

IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR

- Es obvio que 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, como se ha discutido en otros documentos, sólo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento.
- Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.
- Independientemente de los criterios que se utilicen, toda la organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación

SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

- Hay que reconocer que un proceso complejo como éste requiere, además del conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente, un equipo investigador debe estar integrado por 3 ó 5 personas lideradas por un investigador.

Un equipo debe contar con:

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

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 establecimiento o centro asistencial, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
 - Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación de personal y disponibilidad de personal bien entrenado

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 cuando ocurrió.
- El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:
 - o Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo que ocurrió que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
 - o Diagrama.
- Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático.
- Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

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.
- 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 la 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 esté completa

ACCIÓN INSEGURA

- Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

• **Ejemplos de acciones inseguras:**

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita



TAXONOMIA

Evento Adverso

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño

Incidente

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención

Complicación

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente

Evento centinela

Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

Evento adverso no evitable

Lesión en el paciente, no intencional, causado por la exposición al sistema de salud, sin error, no por la patología de base.

Indicio de Atención Insegura:
Acontecimiento o circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- Administrativa
- Física
- Humana
- Natural

FACTORES CONTRIBUTIVOS

- Es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.
- Éstas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; con conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante

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 MENTAL
EQUIPO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTALES	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)
ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

FACTOR CONTRIBUTIVO

Ejemplos :

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente

CONTEXTO CLÍNICO

- Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva, estado embriaguez o discapacidad previa, niño ,adulto mayor, retardo mental,sordomudo,etc).
- Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

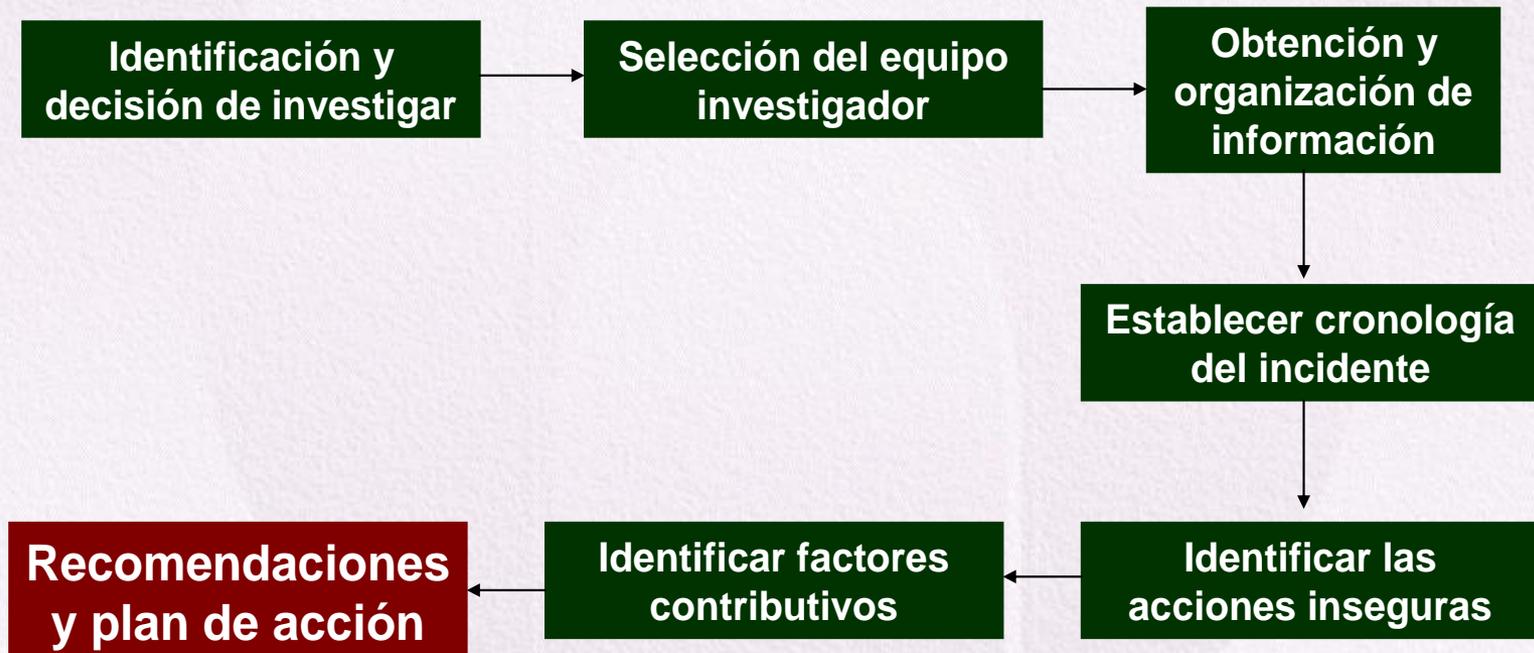
ORGANIZACIÓN Y CULTURA

- Decisiones gerenciales
- Procesos organizacionales
- No aplica

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

- Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.
- **Falla activa**: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
- **Falla latente**: Fallas en los sistemas de soporte

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)



RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

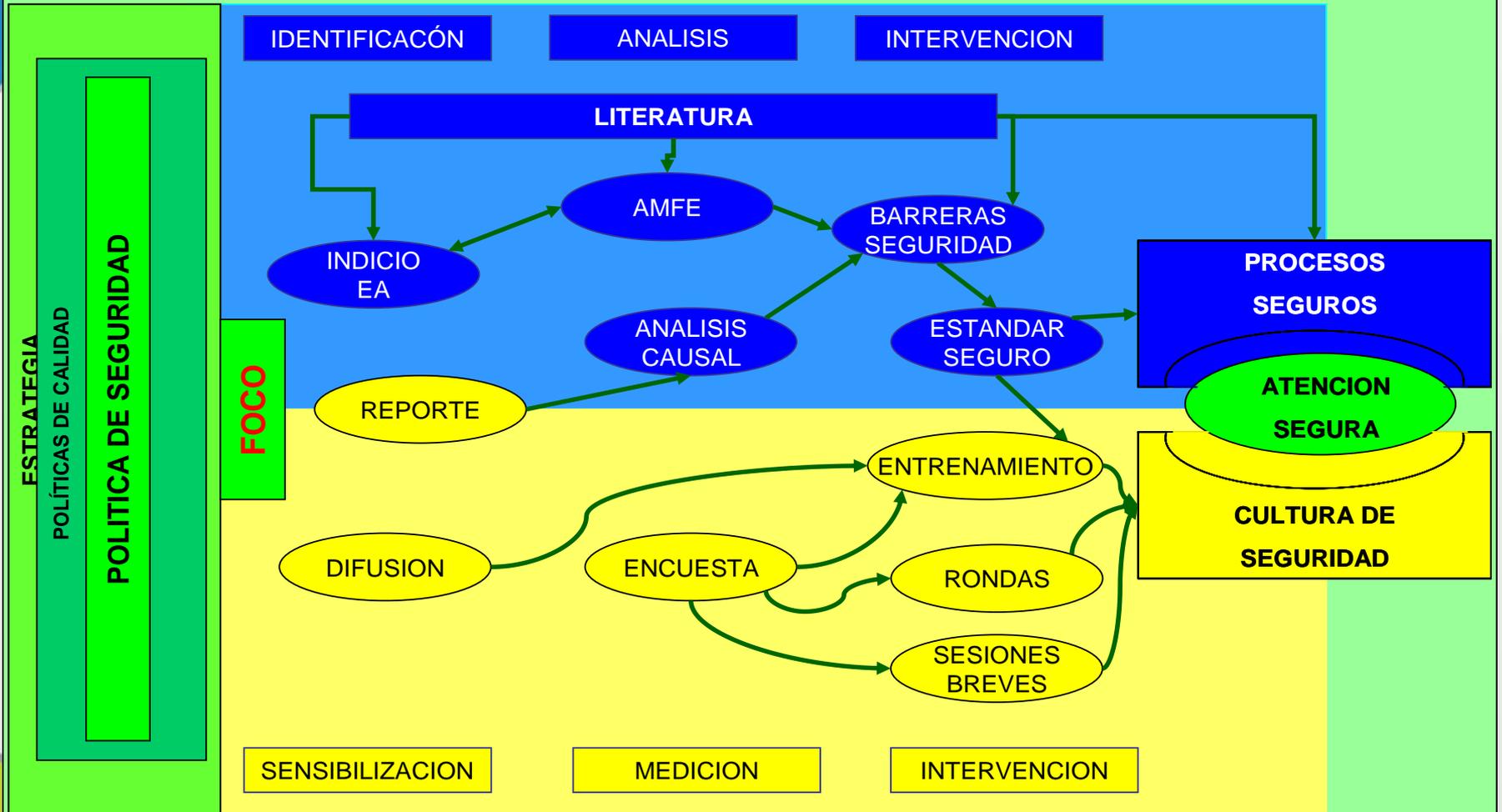
- La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas.
- El plan de acción debe incluir la siguiente información:
 - Priorización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

Componente Seguridad del Paciente

Secretaria de Salud Pública Municipal

Referente: Directrices Ministerio de Salud Y Protección Social

MODELO DE GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCION



ESTRUCTURA COMPONENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE

LINEAS A MONITOREAR	Categoría	Criterios a verificar	
Planeación estratégica	Política de Seguridad del paciente	Emitida por la gerencia y debe ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia	Auditoria Asistencia Técnica (Normatividad)
		Propósito (cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva, reducir incidentes y eventos adversos, crear un entorno seguro, Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente)	
		Sistema de reporte	
		Confidencialidad	
		Estructura: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.	
		Homologación de conceptos	
		Estrategias de difusión y entrenamiento	
		Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.	
		Como se integra con los procesos asistenciales.	
		Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política	
		Como se va a construir una alianza con al paciente y su familia	
		Adopción de buenas practicas según las definidas por el Ministerio de la Salud.	
		Participación de la ESE en el comité de líderes de seguridad del paciente de la SSPM	Interventoria

ESTRUCTURA COMPONENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE

LINEAS	Categoría	Criterios a verificar	Técnica	
Cultura de Seguridad	Medición de clima de seguridad (encuesta)	Aplicación de encuestas en las ESE para medición de clima de seguridad al 10 % del número total de funcionarios de la ESE. urgencias, rehabilitación, odontología, hospitalización, partos, laboratorio, vacunación y consulta externa	Aplicación de encuesta.	
	Entrenamiento al personal	Asistencias de las capacitaciones ejecutadas y cobertura de funcionarios.	Auditoria	
	Difusión con el personal de la ESE	Conocimiento del personal en taxonomía de conceptos (evento adverso, incidente, evento adverso no prevenible), en mecanismos para el reporte y de análisis	Auditoria	
	Difusión con el paciente y la familia	Mecanismos definidos por la ESE para involucrar al paciente y la familia en la cultura de seguridad (folletos, carteleras, charlas, videos, etc). Guía Ilustrar el paciente en el autocuidado. Paquete Instruccional. Versión 1,0.	Monitoreo-Asistencia Técnica Guía autocuidado	
	Sensibilización del personal para reportar	Reporte de funcionarios frente a incidente y eventos adversos		Auditoria
		Implementación de Aplicativo de registro y gestión de eventos adversos.		Auditoria-Asistencia Técnica (Aplicativo)
	Reporte a la SSPM	Reporte del indicador de eventos adversos dentro de los diez primeros días del mes		Interventoria
		Reporte del listado de eventos adversos reportados y gestionados por la ESE		Interventoria
		Seguimiento a gestión de eventos adversos y planes de mejoramiento		Auditoria Asistencia Técnica Protocolo
	Fortalecimiento de la cultura de seguridad	Implementación de Rondas de seguridad		Monitoreo-Asistencia Técnica
		Implementación de Sesiones breves		
		Otras estrategias para promover la cultura de seguridad		Monitoreo
		Documento de la ESE que evidencie sus prácticas seguras para una publicación.		Monitoreo
	Comité de seguridad	Participación en el Simposio de Seguridad		Monitoreo
		Conformación del comité		Monitoreo
Confidencialidad del paciente y del análisis			Monitoreo	
Análisis de las causas de los eventos adversos			Monitoreo	
	Seguimiento a planes de mejoramiento		Monitoreo	

ESTRUCTURA COMPONENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE

LINEAS	Categoría	Criterios a verificar	
Procesos Seguros	Procesos Priorizados	Definición de los procesos asistenciales priorizadas (meta 3, mínimo 1)	Monitoreo
	Articulación con MECI	Articulación del subsistema de control estratégico- componente administración del riesgo al proceso de seguridad del paciente	Monitoreo
	Articulación AMFE	Implementación de ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)	Monitoreo-Asistencia Técnica
		Planes de acción para abordar el riesgo identificado	Monitoreo
Buenas Practicas	Implementación de buenas practicas (sugerir mínimo 1 por ESE) y asistencia técnica	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	Monitoreo y Asistencia Técnica
		Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	Monitoreo y Asistencia Técnica
		Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Monitoreo y Asistencia Técnica
		Detectar y prevenir riesgos de infecciones asociados a la atención en salud	Monitoreo y Asistencia Técnica
		Garantizar la atención segura del binomio madre- hijo	Monitoreo y Asistencia Técnica
	Otras buenas practicas priorizadas por MInsalud que se pueden implementar	Monitoreo de la Institución con aspectos claves de la seguridad del paciente	Monitoreo
		Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	Monitoreo
		Garantizar la funcionalidad en los procedimientos de consentimiento informado	Monitoreo
		Prevenir las úlceras por presión	Monitoreo
		Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental	Monitoreo
		Prevenir las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, sus componentes o las transfusiones sanguíneas	Monitoreo
		Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Monitoreo
		Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares	Monitoreo
Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio clínico.	Monitoreo		

INFORME DE EXCELL EN APLICATIVO



Libertad y Orden
Dirección de Calidad
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA



Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud

Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos

:: REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

En esta página el usuario puede generar el reporte extrainstitucional a archivo de excel o archivo plano

Desde

Hasta

- Reporte Intrainstitucional
- Clasificar Reporte Intrainstitucional
- Análisis de Eventos Adversos
- Análisis de Incidentes
- Reporte Extrainstitucional**
- Acciones de Mejora
- Estadísticas y Gráficas
- Configuración de la Aplicación
- Consultar Parametrización
- Información General
- Eliminación de Datos
- Pista de Auditoria





POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA



Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos

REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

En esta página el usuario puede generar el reporte extrainstitucional a archivo de excel o archivo plano

- Reporte Intrainstitucional
- Clasificar Reporte Intrainstitucional
- Análisis de Eventos Adversos
- Análisis de Incidentes
- Reporte Extraintitucional
- Acciones de Mejora
- Estadísticas y Gráficas
- Configuración de la Aplicación
- Consultar Parametrización
- Información General
- Eliminación de Datos
- Pista de Auditoria

Desde

22-03-2012

Generar

Marzo, 2012							
Hoy							
Sem	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
9				1	2	3	4
10	5	6	7	8	9	10	11
11	12	13	14	15	16	17	18
12	19	20	21	22	23	24	25
13	26	27	28	29	30	31	

Mes anterior (mantener para menú)

Hasta

22-03-2012



Browser tabs: Gmail - Recibidos (1) - ivindic... Política de Seguridad del Pacie...

Address bar: 172.18.50.3/wrgea/

Navigation bar: Consulta de Afiliados, Consulta de Puntaje, 172.18.1.17/intranet/, Correo Corporativo M..., Canal RCNMSN:: QUÉ..., Presidencia de la Rep..., POS del régimen subsi..., cie10, Laboratorios Farmace...



Libertad y Orden
Dirección de Calidad
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud

Aplicativo para el Registro y Gestión de Eventos Adversos

- Reporte Intrainstitucional
- Clasificar Reporte Intrainstitucional
- Análisis de Eventos Adversos
- Análisis de Incidentes
- Reporte Extraintstitucional
- Acciones de Mejora
- Estadísticas y Graficas
- Configuración de la Aplicación
- Consultar Parametrización
- Información General
- Eliminación de Datos
- Pista de Auditoria

REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL

En esta página el usuario puede generar el reporte extraintstitucional a archivo de excel o archivo plano

Desde: Hasta:

- [Formato Excel](#)
- Formato TXT

Microsoft Excel - reporte_extraintitucional.xls

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Tahoma 11 A A Ajustar texto General

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

Portapapeles Fuente Alineación Número Celdas Modificar

A1 Fecha del evento

	A	B	C	D	E
	Fecha del evento	Hora del evento	Servicio	Descripción del suceso	Complemento de la descripción
1					
2	10/10/2011	10:30:00	Consulta externa: medicina general	Paciente que se desplaza hacia el primer piso, se le enredo el bolso entre las piernas y cae por las gradas, mas o menos cinco escaleras	La señora tenia un bebe cargado y un bolso lo cual hizo que no se pudiera sujetar de las barandas
3	14/05/2011	07:30:00	Urgencias: servicio de urgencias	Gestante con 37 semanas de gestación consulta el 14 Mayo por salida de tapón mucoso cuyo embarazo es clasificado de alto riesgo, antecedente epilepsia, diagnostico falso trabajo de parto y conducta salida a casa y el 15 de Mayo a las 9am regresa la paciente a urgencias en expulsivo en taxi	Primigestante, al tacto vaginal está en uno de dilatación sin borramiento y con membranas integras.
4	14/01/2012	10:30:00	Otros servicios: centros y servicios de protección	Adulto mayor que se cae de su propia altura por el área del comedor de la sala, paciente que deambula sin que requiera ayuda de auxiliar y refiere que se tropezó con el caminador.	El paciente sufre de Parkinson lo que ocasiona una inestabilidad motora y además requiere usar caminador
5	14/01/2012	10:30:00	Otros servicios: centros y servicios de protección	Adulto mayor que se cae de su propia altura por el área del comedor de la sala, paciente que deambula sin que requiera ayuda de auxiliar y refiere que se tropezó con el caminador.	El paciente sufre de Parkinson lo que ocasiona una inestabilidad motora y además requiere usar caminador
6	21/02/2011	07:00:00	Urgencias: servicio de urgencias	paciente que estaba en camilla sin barandas en el servicio de urgencias y en estado de embriaguez y en agitación dio la vuelta y se cayó fracturandose la muñeca derecha	Ese día era el día de san valentón y habían llegado varios heridos y solo había una auxiliar de enfermería en el servicio
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

reporte_extraintitucional



INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

TIPOS

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos Parenterales

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de Alimentos

TIPOS

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales



Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos



Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente



Tipo 11: Caídas de pacientes

Tipo 12: Accidentes de pacientes

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

• GRACIAS