



Ministerio  
de **Salud Pública**

**Coordinación Zonal 7 - Salud  
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO  
DÁVILA**

# PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Avanzamos  
Patria!*



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 2 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

### AUTORES

Lcda. Petita Salinas M.

### COLABORADORES

Lcda. Mercedes Vélez T.

Lcda. Paquita Ramírez

Lcda. Olga Cango

### REVISIÓN N<sup>o</sup>1 (enero 2014)

Subdirección de Enfermería  
Responsables de Enfermería de los servicios Hospitalarios

### REVISIÓN N<sup>o</sup>2 (mayo 2014)

Lcda. Petita Salinas M. Mg. / Responsable Calidad


Dr. Daniel Solano G. Mg. / Director Asistencial

### APROBACIÓN (mayo 2014)

Dr.. Richard Molina Noboa / Gerente Hospitalario

<b>VALIDADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>APROBADO</b>
<b>Gestión de Calidad</b>	<b>Dirección Asistencial</b>	<b>Gerencia</b>
<b>Lcda. Petita Salinas M.</b>	<b>Dr. Daniel Solano G.</b>	<b>Dr. Richard Molina N.</b>



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 3 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
1. MARCO LEGAL	6
2. OBJETIVOS	8
3. FINALIDAD	9
4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	9
5. CONCEPTOS BÁSICOS	9
6. AMBITO DE ACCIÓN DEL PLAN	11
7. ASPECTOS BASICOS A CONSIDERAR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	12
8. PROCEDIMIENTO	13
8.1. OBJETIVO 1	13
8.2. OBJETIVO 2	22
8.3. OBJETIVO 3.	23
8.3.1 SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	23
8.3.2 EVENTOS ADVERSOS A VIGILAR	25
8.3.3 FORMULARIO PARA LA NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	26
8.3.4 INFORMACION DEL EVENTO ADVERSO AL PACIENTE O SU FAMILIAR	27
8.3.5 EL MANEJO DEL ENTORNO LEGAL	28
8.3.6 METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.PROTOCOLO DE LONDRES	29
9 BENEFICIOS ESPERADOS	32
10 MONITOREO DE LA IMPLANTACION DE LAS POLITICAS	33
BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS 1	35



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 4 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## INTRODUCCION

En la actualidad el nuevo Modelo de atención en salud entre sus estrategias incluye a la Gestión de calidad como ente vigilante de cada uno de los procesos y procedimientos que se ejecuten en las Instituciones de servicio, para entregar no solo cantidad de atenciones sino cumplir con los estándares de excelencia, para que a futuro se nos reconozca por el tipo de atención ofertada.

Toda actividad sanitaria conlleva el riesgo de un evento adverso, algunos inevitables pero otros evitables, si los procedimientos asistenciales se basan en prácticas seguras como higiene de manos, doble identificación de pacientes, practicas quirúrgicas seguras, evaluación del riesgo de caídas, de úlceras por presión, tromboembolia, manejo de medicación de alto riesgo y electrolitos concentrados, mantenimiento preventivo de equipos. El alto gasto económico expresado en términos de prolongación de la estancia hospitalaria, reintervenciones quirúrgicas, ingreso a las unidades de cuidados intensivos o el requerimiento de medicación y procedimientos diagnósticos especiales, asumido por las Instituciones de salud y la carga social que involucra directamente a las familias de los pacientes por la discapacidad resultante en el peor de los escenarios, convierten a los eventos adversos en una causa más de mortalidad, de allí la importancia de establecer planes encaminados a promover, una cultura de seguridad del paciente y el desarrollo de sistemas de información de los eventos adversos.

Si los eventos adversos se producen por una “acción insegura”, en la que alguien comete un error, para entender cómo ocurrió, es necesario examinar las “condiciones latentes” y los factores contribuyentes del sistema que han permitido la aparición de la acción insegura, el Protocolo de Londres es una herramienta útil para este fin, orientando la inclusión de prácticas de prevención y nuestra capacidad de aprender de los errores cometidos.

En nuestro Hospital las medidas encaminadas a propiciar una atención segura al paciente no han tenido la connotación ni la relevancia que el tema amerita, haciéndose imprescindible que las Autoridades que lo regentan Institucionalicen como política la cultura de seguridad del paciente.



 Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 5 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## ANTECEDENTES

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Nuestro país no es la excepción firmando el 30 de Noviembre del 2007, junto con los Países del Mercosur, el respaldo de trabajar en esta propuesta. Para cumplir este compromiso y en respuesta al mandato de la Constitución de 2008, en la Reforma al Sistema de Salud Ecuatoriano se establece entre uno de los cinco pilares de acción el de Mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud y la gestión de los establecimientos asistenciales, para lo cual como estrategia el Ministerio de Salud Pública el 17 de Mayo del 2013 contrato 0000067, socializo la firma con una ONG Accreditation Canada International para iniciar el proceso de acreditación permitiendo con ello, que la red pública de salud alcance estándares internacionales de calidad en atención y prestación de servicios a la ciudadanía.

Desde 1950 se emiten reportes referentes a los eventos adversos asociados a la atención hospitalaria. IBEAS es el primer estudio llevado a efecto en Latinoamérica sobre los incidentes que causan daño en la atención en salud, como resultado se demostró que:

*“10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios (Resultado del estudio de prevalencia). Este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital. (Resultado del estudio de incidencia)” De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad”.*

**De cada 10 incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado**



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 6 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

Conscientes de que la atención segura al paciente es prioritaria, los estudios e investigaciones en este ámbito en las entidades públicas del País son limitados y el no contar con terminología común para enmarcar los eventos adversos, son obstáculos que dificultan la implementación de mecanismos de notificación de eventos adversos. Los sistemas de Educación Superior abordan básicamente las competencias del proceso y no las vinculan a la calidad y seguridad del producto. Si nuestra aspiración es conseguir y mantener una oferta de servicio de salud altamente valorado, no podemos correr riesgo de debilitar esta confianza con acciones inseguras, por ello se hace muy valiosa la intervención en este campo, no solo de las entidades proveedoras de salud sino, también de las formadoras.

## 1. MARCO LEGAL DEL PLAN


- **Art. 32.** Constitución Política del Ecuador.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

- **Art. 52.** Constitución Política del Ecuador.-Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.

La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios,



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 7 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor.

- **Art. 4. Literal 1.** Ley Orgánica de defensa del Consumidor.-Derecho a la protección de la vida, salud y seguridad en el consumo de bienes y servicios, así como a la satisfacción de las necesidades fundamentales y el acceso a los servicios básicos.
- **CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL.** Art. 146.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.- La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.


El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley.

Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

Para la Determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente:

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado.
  2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lex artis aplicables a la profesión.
  3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
  4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.
- **Art. 4. Literal 2.** Ley Orgánica de defensa del Consumidor.-Derecho a que proveedores públicos y privados oferten bienes y servicios competitivos, de óptima calidad, y a elegirlos con libertad.



 <p>Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b></p>	<p><b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	<p>Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b></p>
		<p>Página <b>8</b> de <b>35</b></p>
<p><b>EDICION: 1</b></p>	<p><b>APROBACIÓN</b></p>	<p>FECHA: Mayo del 2014</p>

- **Art. 4. Literal 3.** Ley Orgánica de defensa del Consumidor.-Derecho a recibir servicios básicos de óptima calidad.
- **Art.14.**Ley Orgánica de la Salud.- Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.

## 2.- OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila mediante la institucionalización de prácticas seguras, el reporte, análisis de eventos adversos y la ejecución de planes de mejora.

### 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reducir el riesgo de eventos adversos mediante la institucionalización de prácticas seguras.
2. Conseguir que el mayor número de usuarios internos y pacientes, adquieran conocimientos y desarrollen una “cultura de la seguridad”.
3. Establecer mecanismo de notificación de eventos adversos.
4. Fortalecer competencias técnicas para el análisis de eventos adversos con la utilización del protocolo de Londres para establecer propuestas de mejoras correctivas en el Hospital Teófilo Dávila.
5. Capacitación en prevención y manejo de eventos adversos mediante los ciclos de mejora continúan
6. Monitoreo de la implantación de las propuestas de mejora de la seguridad de paciente.





 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 9 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

### 3. FINALIDAD

Lograr que el Hospital Teófilo Dávila sea considerado como una Institución que brinda servicios de salud seguros y con alto nivel de calidad, en donde se previenen y reportan los eventos adversos y se aprende de los errores cometidos.

### 4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El personal del Hospital Teófilo Dávila asume el compromiso de Institucionalizar prácticas seguras, para identificar, prevenir y reducir los riesgos que se generen durante la atención del usuario, brindando un entorno seguro, desarrollando cultura de seguridad.


### 5. CONCEPTOS BÁSICOS

Un **ERROR** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. Una infracciones un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.

El **RIESGO** es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Un **INCIDENTE** puede ser una circunstancia notificarle, un **CUASI INCIDENTE**, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso). Una circunstancia notificarle es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (por ejemplo, el caso de una unidad de cuidados intensivos muy atareada que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario .Un cuasi incidente es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión). Un incidente sin daños es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde la mencionada unidad de sangre, pero no era incompatible). Un incidente con daños (evento adverso) es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se



 <p>Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b></p>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>10</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).

Se considera **DAÑO** la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

**EVENTO ADVERSO:** Todo accidente imprevisto e inesperado (no intencional) que se le produce a un paciente mientras se le atiende y que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente, pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Aquella lesión o daño que se presenta pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**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.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

#### **BARRERA DE SEGURIDAD**

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

Un **FACTOR CONTRIBUYENTE** se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Los factores contribuyentes pueden ser externos (es decir, fuera del



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 11 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

control de un servicio u organización), de la organización (por ejemplo, la inexistencia de protocolos aceptados), relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente) o relacionados con un factor del paciente (por ejemplo, el incumplimiento). Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente

## **6. AMBITOS DE ACCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### **a) Gestión Directiva**

- Definir la seguridad del paciente como política Institucional
- Asignar recursos financieros para adquirir equipos e insumos para el desarrollo de los planes de seguridad del paciente.
- Incluir a la seguridad en los procesos de contratación hospitalaria: del talento humano, bienes, equipos e infraestructura.

### **b) Gestiones Educativas y de Investigación.**

- Capacitación al personal en protocolos de actuación para disminuir eventos adversos.
- Promover estudios, investigación en aspectos relacionados con la seguridad del paciente
- Sensibilizar al personal “Adquirir cultura de seguridad”.
- Información al usuario externo por medio de folletos y afiches alusivos, con el fin de direccionar y dar a conocer acciones de seguridad del paciente
- Realizar campañas recordatorios para prevenir los errores que sean detectados con mayor frecuencia.
- Implementar recordatorios sobre seguridad del paciente.

### **c) Procesos para la reducción del riesgo:**

- Revisión de los protocolos, procedimientos de enfermería, fisioterapia y guías médicas para determinar los riesgos inherentes en cada uno de los servicios y realizar planes de acción.



 <p>Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b></p>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 12 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

- desarrollo de las competencias para conocer, analizar y reportar los posibles incidentes, eventos adversos que se producen, aprender de ellos y aplicar soluciones que los minimicen.
- Llevar registro estadístico de los errores y eventos adversos reportados e informar a todo el personal periódicamente, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan.

## 7. ASPECTOS BASICOS A CONSIDERAR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las estrategias para la reducción del riesgo implican contacto con el paciente. La Joint Commission International y la Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations centro colaborador de la OMS en soluciones para la seguridad del paciente en Mayo del 2007 publica una investigación en la que se recopilan las intervenciones o medidas que a nivel mundial han evidenciado solución a problemas de seguridad y se establece una clasificación internacional para facilitar la descripción, comparación, medición, monitoreo, análisis e interpretación de la información de la seguridad del paciente.

Entre los riesgos más comunes se destacan:

- Infección nosocomial
- Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.
- Higiene de manos

Las cuales pueden ocasionar eventos adversos tales como:

1. Neumonía
2. Infección de una herida quirúrgica
3. Úlceras por presión (por inmovilización)
4. Sepsis y shock séptico
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivo
6. Flebitis



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 13 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el Diagnóstico o a un diagnóstico erróneo
8. Lesión de un órgano debida a una intervención o un procedimiento medico
9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o un procedimiento médico
10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter.

Enunciando así las posibles soluciones ante estos eventos adversos como son:

- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Identificación de pacientes
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud
- Medicamentos de alto riesgo
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Comunicación durante el traspaso de pacientes

Basados en este estudio y en la efectividad que han demostrado estas medidas, las adaptaremos, acogeremos e implementaremos, enmarcándolas a nuestra realidad hospitalaria, e incluiremos la evaluación del riesgo que comprende la prevención de caídas, úlceras por presión y tromboembolia..

## 8. PROCEDIMIENTO

### 8.1 Objetivo 1 .Reducir el riesgo de eventos adversos mediante la implementación de prácticas seguras

**Estrategia 1:** Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

#### **Línea de acción:**


Implementación de un sistema que evite las complicaciones derivadas del proceso quirúrgico (Paciente equivocado, error del sitio quirúrgico, error del tipo de cirugía, cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico, re intervenciones quirúrgicas no programadas), accidentes anestésicos, el uso adecuado de profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a cirugía para prevenir la infección



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 14 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

Postoperatoria. El antibiótico elegido debe ser activo contra las bacterias más probables causantes de infección de la herida y por lo general una sola droga es suficiente. El uso inapropiado de antibióticos de amplio espectro o ciclos prolongados de antibióticos profilácticos pone a todos los pacientes en riesgos debido al desarrollo de patógenos resistentes a antibióticos.

#### **POLITICA:**

-  *En todas las intervenciones quirúrgicas y en procedimientos que se realicen en el Hospital Teófilo Dávila y que requieran de anestesia se verificará la hoja de cirugía segura y se administraran antibióticos profilácticos (Anexo 1)*

Para medir la institucionalización de la política se utilizaran los siguientes indicadores.

#### **INDICADOR;**

Nº de cirugías y procedimientos en que se aplicó la hoja de cirugía segura  
Nº de cirugías realizadas

Meta: 90% de cumplimiento

Valoración del indicador: mensual

#### **INDICADOR:**

Nº de pacientes quirúrgicos, que recibieron antibióticos profilácticos  
Nº de cirugías realizadas

Meta: 90% de cumplimiento

Valoración del indicador: mensual


#### **Estrategia 2:** Doble identificación de pacientes

**Línea de acción:** La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la atención. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. Se ha comprobado en nuestro hospital que la identificación inmediata, por medio del brazalete en los recién nacidos ha impedido se cometan errores graves.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 15 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## POLITICA

-  *A todo paciente que ingresa a hospitalización, se le asignaran 2 identificaciones: La primera está relacionada con la asignación de un número de historia Clínica y la segunda su número de cedula, datos que se incluirán en una pulsera, que será colocada en su brazo izquierdo, exceptuando a los recién nacidos a quienes se los identificara con los nombres y apellidos de la madre la fecha y hora del nacimiento y el sexo. Previo a la realización de un procedimiento el personal sanitario corroborara la identificación del paciente como medida para prevenir errores.*

La ejecución de la política se la medirá con los siguientes indicadores:

## INDICADOR;

$$\frac{\text{Nº de pacientes con brazaletes de identificación}}{\text{Nº de pacientes ingresados}}$$


**Meta:** 100% de cumplimiento

Valoración del indicador: mensual


**Estrategia 3:** Institucionalizar la práctica de lavado de manos

**Línea de acción:** “En las infecciones Intrahospitalarias, el vehículo de transmisión de los microorganismos desde la fuente de infección al paciente son las manos de los profesionales que los asisten (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Fisiatras, Tecnólogos, Obstetras, Laboratoristas, etc.). Si no hay higiene de manos, cuanto más se prolongue la asistencia, mayores serán el grado de contaminación y los riesgos potenciales para la seguridad del paciente. El riesgo de transmisión y el perjuicio potencial están presentes en todos los momentos de la atención, sobre todo en el caso de pacientes inmunodeprimidos o vulnerables y/o si se utilizan dispositivos invasivos permanentes (catéteres urinarios, intravenosos, intubación endotraqueal, drenajes...)” Organización Mundial de la Salud 2007.

## POLITICA

-  *Todo el personal sanitario que este en contacto con el paciente, realizara el lavado de manos como practica rutinaria para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, en los 5 momentos recomendados por la OMS.*



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 16 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

La ejecución de la política se la medirá con los siguientes indicadores:

**INDICADOR:**

Evaluación de conocimientos sobre lavado de manos:

$$\frac{\text{Nº Test de conocimientos realizados}}{\text{Nº Test de conocimientos programados}}$$

**Meta:** 70% de personal evaluado                      Escala de conocimientos: satisfactoria

**Valoración del indicador:** anual aplicada a todo el personal que está en contacto con pacientes

Evaluación del procedimiento realizado:

$$\frac{\text{Nº de lavado de manos realizados en los 5 momentos y con la técnica establecida}}{\text{Nº de lavado de manos de acuerdo a la normativa}}$$

**Meta:** Progresiva 60% de cumplimiento el primer trimestre, hasta alcanzar el 80%

**Valoración del indicador:** el primer trimestre mensual, alcanzado la meta trimestral

Evaluación del recurso disponible:

$$\frac{\text{Nº de dispensadores habilitados para el lavado de manos}}{\text{Nº de dispensadores existentes en el Hospital}}$$

**Meta:** 80%


**Valoración del indicador:** mensual

**Estrategia 4:** Medicamentos de alto riesgo, electrolitos concentrados y medicamentos con nombres y etiquetas parecidas.

**Línea de acción:** Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los





 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 17 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales. Así tenemos también que los eventos adversos asociados al aspectos o nombres parecidos entre los medicamentos son frecuentes, la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la competencias del personal designado a: almacenar, dispensar y administrar la medicación son factores contribuyentes que influye mucho en la calidad del producto y el control en el manejo de medicamentos .

#### **POLITICA:**

*En el Hospital Teófilo Dávila se Implantará un sistema eficiente y seguro de distribución, almacenamiento de medicamentos, cumpliendo lo establecido en la “Norma de dosis unitaria, enero 2013”, identificando y etiquetando los medicamentos de alto riesgo y aplicando los 5 correctos para la administración de la medicación al paciente.*

La ejecución de la política se la medirá con los siguientes indicadores:

#### **INDICADOR 1:**

Evaluación de conocimientos sobre las normas de dispensación de dosis unitarias al personal responsable de la dispensación, administración de medicamentos.

Nº de personal capacitado en dosis unitarias

Nº personal programado para capacitar

**Meta:** 80% de personal evaluado escala de conocimientos: satisfactoria

**Valoración del indicador:** anual aplicada a todo el personal que dispensa y administra medicación

#### **INDICADOR 2:**

Evaluación de la cobertura del sistema de dosis unitarias



 <p>Ministerio de Salud Pública HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</p>	<p><b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	<p>Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b></p>
		<p>Página <b>18</b> de <b>35</b></p>
<p><b>EDICION: 1</b></p>	<p><b>APROBACIÓN</b></p>	<p>FECHA: Mayo del 2014</p>

Nº pacientes a los que se dispense dosis unitarias  
Nº total de pacientes ingresados en el hospital Teófilo Dávila

Evaluación del análisis y validación de las prescripciones y recetas realizadas

Nº errores detectados en análisis y validaciones realizadas  
Nº análisis y validaciones programadas

**Meta:** 70%

**Valoración del indicador:** mensual, aplicada por el Químico asignado.

### INDICADOR 3:

Conciliación de medicamentos: Evaluación de la verificación y recepción de las dosis unitarias entre químico y Enfermera.

Verificaciones y recepciones realizadas  
Nº verificaciones y recepciones programadas

### INDICADOR 4:

Identificación de los medicamento de alto riesgo clínico, los de etiquetas o nombres similares a los que se les colocara marcas llamativas que alerten del peligro.

Nº de medicamentos con marcas de alertas  
Nº de medicamentos de alto riesgo

**Meta:** 80%

**Valoración del indicador:** mensual, aplicada por el Químico asignado

### ESTRATEGIA 5: Evaluación del riesgo, prevención de Caídas

**Línea de acción:** Las caídas hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del paciente; todos los miembros del equipo de salud deben proporcionar al paciente un entorno seguro. La seguridad del paciente debe ser considerada desde las vías de acceso a los centros asistenciales, identificando aquellos aspectos estructurales que dificulten el recorrido del paciente.

### POLITICA.

- ✚ *A todo paciente hospitalizado, se le aplicará una escala de valoración (morse, Humpty dumpty y el índice de seguridad para la movilización de la*



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 19 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

*paciente obstétrica) para determinar el riesgo de caída, se colocará un identificación especial (brazalete rojo) que alerte del peligro y se implementaran medidas de prevención.*

La Institucionalización de la política se medirá con:

**INDICADOR 1:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes evaluados y que presentan riesgo de caída}}{\text{Nº de pacientes hospitalizados}}$$

**Meta:** 80%

**Valoración del indicador:** mensual, aplicado por el personal de enfermería que da atención directa al paciente.

**INDICADOR 2:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes que sufren caída}}{\text{Nº de pacientes valorados y que presentan riesgo de caída}}$$

**INDICADOR 3:**

Evalúa el grado de conocimientos adquiridos sobre el protocolo de prevención de caídas.

$$\frac{\text{Nº de personal capacitado en prevención de caídas}}{\text{Nº personal de atención directa al paciente}}$$

**Meta:** 90%

**Valoración del indicador:** anual, aplicado a todo el personal que da atención directa al paciente.


**ESTRATEGIA 6:** Evaluación del riesgo, prevención de Ulceras por presión (UPP).

**Línea de acción.-** Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración la ocurrencia de úlceras por presión, alarga la estadía aumentando los costos de la atención hospitalaria.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>20</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

### **POLITICA:**

-  *A todo paciente hospitalizado, se le aplicará La escala de valoración de Norton para determinar el riesgo de presentar UPP, se colocará un identificación especial (brazalete rojo) que alerte del peligro y se implementaran medidas de prevención.*

Para evaluar la implementación de la política se medirá con los siguientes indicadores:

#### **INDICADOR 1:**

Evalúa el grado de conocimientos adquiridos sobre el protocolo de prevención de UPP.

$$\frac{\text{Nº de personal capacitado en el protocolo de prevención de UPP}}{\text{Nº personal de atención directa al paciente}}$$

**Meta: 80%**

**Valoración del indicador:** anual, aplicado a todo el personal que da atención directa al paciente.

#### **INDICADOR 2:**

Evalúa el grado de conocimientos adquiridos, la aplicación de las escalas implementadas, la identificación de factores contribuyentes para la presencia de UPP y la instauración de medidas de prevención según protocolo

$$\frac{\text{Nª de pacientes que desarrollan UPP en el Hospital Teófilo Dávila}}{\text{Nº de pacientes con riesgo de presentar UPP}}$$

**Meta: 80%** de los pacientes evaluados

**Valoración del indicador:** mensual, aplicado por el personal de enfermería que da atención directa al paciente.

**ESTRATEGIA 7:** Evaluación del riesgo, prevención de tromboembolia.


**Línea de acción:** Las trombosis (obstrucción por coagulación de la sangre con formación de trombos) de las venas profundas de los miembros inferiores, se presentan, espontáneamente, acompañando enfermedades crónicas, en postoperatorios, en reposos prolongados, luego de traumatismos, uso de



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 21 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

inmovilizaciones prolongadas, etc. Se observa aumento de tamaño del miembro, dolor y pesadez que generalmente no cede al comienzo con el reposo. También pueden presentarse con otros síntomas. Si el coágulo formado no es tratado, puede migrar hacia el corazón, tapando una arteria y produciendo la muerte (Embolia Pulmonar). El tratamiento puede reducir el riesgo de muerte y la profilaxis primaria suele ser efectiva. Los pacientes que han padecido un episodio tromboembólico agudo tienen 4 veces más de posibilidades de morir por tromboembolismo recurrente en el año siguiente al del tratamiento de la TVP

#### **POLITICA:**

 *En todo paciente hospitalizado, se valorara el riesgo de presentar tromboembolia, se instauraran medidas de prevención establecidas en el protocolo del Hospital y se verificara su cumplimiento.*

El acatamiento de la política se verificara con el siguiente indicador:

#### **INDICADOR 1:**

Evalúa el grado de conocimientos adquiridos sobre el protocolo de prevención de tromboembolia.

Nº de personal capacitado en el protocolo de prevención de tromboembolia  
Nº personal de atención directa

**Meta: 80%**

**Valoración del indicador:** anual, aplicado a todo el personal que da atención directa al paciente.

#### **INDICADOR 2:**

Nº de pacientes que se valoró el riesgo de tromboembolia y se instauró  
medidas de prevención  
Nº de pacientes hospitalizados.

**Meta: 60%**

**Valoración del indicador:** mensual, aplicado por médicos tratantes, residentes que dan atención directa al paciente.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>22</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

**ESTRATEGIA 8:** Comunicación durante el traspaso de pacientes, asegurando la transferencia de información en los puntos de transición.

**Línea de acción.-** transferencia de información de clientes en puntos de transición es crítica para la seguridad del cliente. De hecho, las interrupciones en la comunicación son la principal causa raíz de eventos centinela. El tipo de información transferida incluye: la situación actual del cliente; cambios recientes en su condición; tratamiento en curso; o posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. La transferencia de información puede ocurrir: del prestador de cuidados médicos primario y el ingreso a un hospital; cuando un médico da a un paciente de alta y lo refiere a otro médico; reportes de enfermeras durante cambios de turno; reportes de enfermeras cuando un cliente es transferido entre diferentes unidades o instalaciones; reportes de anestesiología al personal de recuperación de post- anestesiología; personal del departamento de emergencias a un servicio receptor; y alta del cliente a su hogar o a cualquier otro servicio.

**POLITICA:**

- ✚ *Para la comunicación efectiva entre los puntos de transición de paciente, las evoluciones médicas y notas de enfermería, se escribirán con el formato SOAP, con letra legible y se revisaran las listas de chequeo de los requisitos que se deben verificar previo al traslado o recepción de pacientes de un servicio a otro u a otra Institución de salud.*

**INDICADOR 1:**

Para garantizar el cumplimiento de la política cada cuatrimestre el comité de Historias Clínicas auditará 15 Historias Clínicas (por servicio) de los pacientes hospitalizados, para verificar que las evoluciones médicas y notas de enfermería se realicen con el formato establecido.

Meta: 50% de las evoluciones médicas y notas de enfermería con estructura SOAP

**INDICADOR 2:**

$$\frac{\text{Nº de listas de chequeo verificadas en cada servicio}}{\text{Nº de ingresados}}$$

**8.2 Objetivo 2** Conseguir que el mayor número de usuarios internos y pacientes, adquieran conocimientos y desarrollen una “cultura de la seguridad”.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>23</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.

Diversos autores han señalado que: “La cultura de seguridad de una institución se define por Las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que suceden en la atención de las personas”. Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Los procesos que incluyen cambios actitudinales tienen diversas fases hasta llegar a la aceptación por lo que se prolongan el tiempo. La implementación de la política de seguridad del Hospital se evidenciara con el logro de las metas de las prácticas seguras de atención al usuario.

## **INDICADOR**

Nº de personal sanitario al que se ha socializado el plan de seguridad del paciente

Nº de personal de atención directa al usuario

**Meta: 60%**

**Valoración del indicador:** anual.

## **8.3 Objetivo 3 Eestablecer mecanismo de notificación de eventos adversos**

### **8.3.1. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

#### **a) Definición de los sistemas de notificación**

El objetivo de estos sistemas es analizar los incidentes relacionados con la seguridad que se producen en la práctica diaria para detectar los factores que



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>24</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

están contribuyendo a su aparición y poner en marcha medidas que eviten su repetición.

Un sistema de notificación implica definir el instrumento de información, el método de análisis del evento, el tiempo de respuesta desde informado el evento y las acciones preventivas a implementar asegurando la difusión a todo el personal de las medidas tomadas.

En definitiva el reportar un evento adverso implica el empoderarse de una “cultura de seguridad” y es un medio para mejorar la calidad de atención aprendiendo de los errores cometidos.

**b) que se reporta:**

Evento Adverso  
Evento Centinela  
Cuasi accidente

**c) como se reporta**

A través del formato para reporte de evento adverso, que se encuentra disponible en una carpeta rotulada en cada uno de los servicios.

**d) cuando se reporta**


Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso.

**e) como se asegura la confidencialidad del reporte**

El reporte no incluye el nombre del notificante, todos los documentos, informes y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son receptados por los Responsables de los servicios, entregados a gestión de calidad, proceso que conformara una comisión para el análisis respectivo, hasta que en cada servicio se designe y capacite el equipo que será encargado del análisis(Protocolo de Londres) La comisión elaborara los planes de mejora se socializara al personal del servicio en que ocurrió el evento, quienes ejecutaran el plan, el que estará sujeto a monitoreo .





 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>25</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

El comité de muerte materna y neonatal analizara los eventos adversos enmarcados en este ámbito

### **8.3.2. EVENTOS ADVERSOS A VIGILAR**

1. Muerte materna
2. Muerte neonatal
3. Infecciones Asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Se considerará evento adverso siempre evitable.
4. Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización, con o sin daño severo.
5. Error de medicación (indicación, administración o error en los 5 correctos, se considerará incidente o EA según la necesidad de la medicación para el manejo adecuado del paciente)
6. Daños por inmovilización en la cama, incluye úlceras por presión originada durante la hospitalización. (Siempre se considera evento adverso)
7. Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación post cateterización. (Se considera incidente obliga a una nueva punción).
8. Eventos adversos relacionados con sondajes (Se considera incidente, o evento adverso si tiene repercusiones en el paciente por ejemplo, hematuria).
9. Eventos adversos asociados a Hemotrasfusiones
10. Eventos adversos relacionados con diagnóstico, tratamientos, intervenciones, pruebas que no se realizaron según lo planificado, o fueron incompletas o en el paciente equivocado.
11. Eventos adversos relacionados con la nutrición, incluye dieta, frecuencia, cantidad, consistencia, condiciones de conservación inadecuadas y paciente erróneo.
12. Eventos adversos relacionados con Trombo-embolismo Pulmonar (TEP)/ Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía

### **8.3.3. FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

El objetivo del sistema de reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasi accidentes es el aprender del evento, prevenir recurrencias, y reforzar la cultura de seguridad.



	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>26</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

Sistema voluntario y anónimo. Tiene como finalidad mejorar la seguridad del paciente a partir del análisis de las notificaciones.

**Datos generales:**

Nº de Historia Clínica:

Edad:

Sexo.

**Momento del evento**

Fecha del suceso:

Servicio en el que sucedió el evento:

Hora con minutos:

Descripción breve del suceso:

**Profesional que notifica el suceso**

**Tuvo alguna consecuencia para el paciente**

Sin lesión

Con lesión

Lesión permanente

Muerte

Puso en grave riesgo la vida del paciente

Prolongo la hospitalización

Produjo incapacidad permanente

Describe brevemente

Considera que se podría haber evitado el suceso.

Marque:

Si

NO

Recomendaciones para evitar este evento en el futuro

**8.3.4. INFORMACION DEL EVENTO ADVERSO (EA) AL PACIENTE O SUS FAMILIARES**

A nivel internacional se han desarrollado políticas y procedimientos cuando ocurre un evento adverso cuyo objetivo es establecer recomendaciones sobre la información de EA a pacientes y familiares (9) (10). Todas enfatizan la comunicación a los pacientes y sus familiares de forma abierta y honesta de la atención sanitaria. La mayoría de guías comparten principios fundamentales tales como:



 <p>Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b></p>	<p><b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	<p>Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b></p>
		<p>Página <b>27</b> de <b>35</b></p>
<p><b>EDICION: 1</b></p>	<p><b>APROBACIÓN</b></p>	<p>FECHA: Mayo del 2014</p>

1. **Veracidad e información a tiempo.** Cuando las cosas van mal, el paciente y sus familiares deben contar con información sobre lo ocurrido, de manera abierta y honesta en todo momento.
2. **Expresión de pesar o disculpa.** Tan pronto como sea posible, el paciente y sus allegados deben recibir una expresión de pesar o disculpa sincera y auténtica por los daños que resultaron de un EA.
3. **Reconocimiento de las expectativas razonables de los pacientes y sus familiares.** El paciente y sus familiares pueden esperar de forma razonable ser informados de los hechos que rodean a un EA y sus consecuencias; deben ser tratados con empatía, respeto y consideración, y siempre contar con apoyo de una manera adecuada a sus necesidades.
4. **Apoyo a los profesionales.** Las organizaciones sanitarias deben crear un entorno en el que todos los profesionales puedan y se vean animados a reconocer y notificar los EA y sean apoyados a través del proceso de divulgación abierta.
5. **Atención médica continuada.** Cuando un paciente sufre un daño durante la atención sanitaria y requiere atenciones posteriores o rehabilitación, estos cuidados deben ser planificados en la discusión con el paciente y allegados con el fin de garantizar que sean plenamente informados y estén de acuerdo con cualquier propuesta de atención continuada.
6. Los responsables del servicio o responsable del proceso o los Directivos en el orden jerárquico serán los encargados de proporcionar la información al paciente o su familiar más cercano .

### **8.3.5. EL MANEJO DEL ENTORNO LEGAL**

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que las prácticas seguras en el manejo del paciente benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

1. El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales



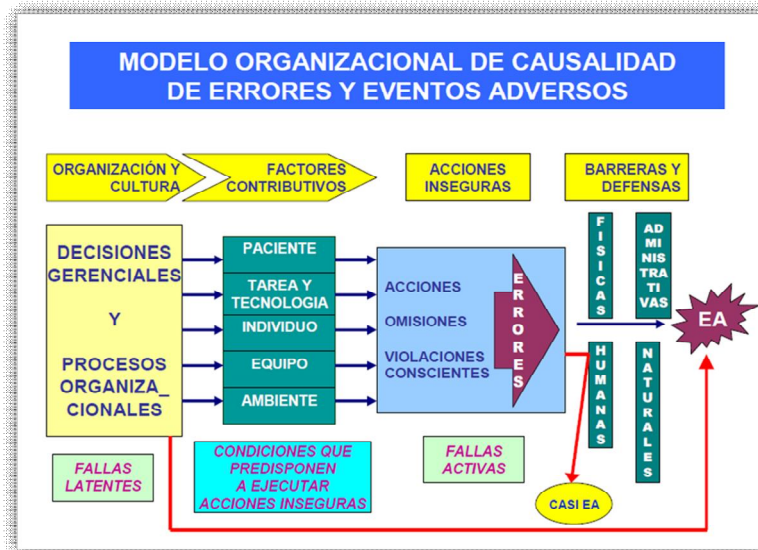
 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página 28 de 35
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

2. Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso se encuentra tipificada en el Código Integral Penal art. 146.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:


- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

### 8.3.6 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS: PROTOCOLO DE LONDRES



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.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>29</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

El protocolo de Londres cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones.

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.

- La identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea
- Lo siguiente es considerar las circunstancias en que se cometieron los errores. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga;
- Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

#### Factores del paciente

- En cualquier situación clínica, las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados.
- su personalidad
- lenguaje
- creencias religiosas
- problemas psicológicos

#### Factores del ambiente


- Los ambientes físico (ruido, luz, espacio)

#### Factores sociales

- clima laboral, relaciones interpersonales, comunicación, cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación, debe precisarse si éste es de naturaleza vertical (profesional sénior con profesional junior, médico con enfermera, etc.) horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc. si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas),

#### Obtención de la información



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>30</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

- 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.

#### Identificar 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
- 

#### Identificar 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:

- desmotivación
- falta de supervisión
- política de entrenamiento inadecuada

#### Recomendaciones y plan de acción

- El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas
- 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.
- 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.



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>31</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## 7 FORMATO PARA EL INFORME

Ciudad D.M..... 2015.

### INFORME TÉCNICO CASO.....

1. DECISIÓN DE INVESTIGACIÓN
2. CONFORMACIÓN DE EQUIPO
3. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN
4. CRONOLOGÍA DEL EVENTO

Fec ha	Lugar	Tipo de establecimie nto	Profesión del Tratante	Hora de llegad a	Hora de salida	Signos y síntomas	Diagnosti co Presuntiv o	Diagnosti co Definitivo	Acció n

## 5. HALLAZGOS

Entrevista a la Familia, Comunitarios, Centro de Salud Hospital

- En la Historia clínica
- No se evidencia

## 6 ACCIONES INSEGURAS, FACTORES CONTRIBUTIVOS Y RECOMENDACIONES PARA LAS UNIDADES INVOLUCRADAS

ACCIÓN INSEGURA	FACTOR CONTRIBUTIVO	RECOMENDACIÓN
La historia clínica no es llenada de forma completa por el personal de salud.	Falta de capacitación de la importancia del llenado completo de la historia clínica.	Definir un plan de capacitación sobre correcto llenado de la historia clínica y su importancia.

### CONCLUSIONES:

La muerte fue Evitable o No Evitable

**Firman: Miembros de la comisión**



 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>32</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## 9. BENEFICIOS ESPERADOS

Reducción de problemas relacionados con la seguridad del paciente, mediante la elaboración de alertas en función de los eventos notificados y el desarrollo de estrategias para su prevención.

- Reducción del tiempo de estadía del paciente por la disminución de eventos adversos
- Protocolos y planes estandarizados fáciles de aplicar por el personal de nuevo ingreso
- Disminución de los costos de atención sanitaria al disminuir los eventos adversos
- Satisfacción del usuario al proporcionársele atención segura y de calidad
- Aumento de las competencias del usuario interno en la seguridad del paciente.

## POLITICA

- ✚ *Todo el personal sanitario que está en contacto con el paciente, identifica los eventos adversos, conoce del mecanismo de notificación y análisis de los mismos.*

La implementación de la política se medirá con el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Nº de notificaciones de eventos adversos analizados}}{\text{Nº de eventos adversos reportados}}$$

Meta: analizar el 60% de los eventos adversos reportados


Valoración del indicador: mensual

## 10. MONITOREO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE.

El monitoreo y seguimiento de las prácticas para mejorar la seguridad de los pacientes, será realizada por Gestión de la Calidad, proceso que emitirá informes mensuales sobre las tasas de eventos centinela, eventos adversos, y cuasi






 <b>Ministerio de Salud Pública</b> <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>33</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

accidentes, coordinara con los Responsables de los servicios el análisis, de los eventos reportados, realizando conjuntamente planes de reducción del riesgo que serán socializados, ejecutados y evaluados.



 Ministerio de Salud Pública <b>HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA</b>	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: <b>HTD-PL-HA-GC-001</b>
		Página <b>34</b> de <b>35</b>
<b>EDICION: 1</b>	<b>APROBACIÓN</b>	FECHA: Mayo del 2014

## BIBLIOGRAFIA

1. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo Enero de 2009  
[www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es).
2. Manual de Prácticas Organizacionales Requeridas 2010. Programa de Acreditación. Qmentun Internacional.
3. Organización Mundial de la Salud, The Joint Commission . Soluciones para la seguridad del paciente. 2007.  
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
4. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.  
[www.mssi.gob.es/organizacion/sns/.../pdf/ProyectoSENECA.f](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/.../pdf/ProyectoSENECA.f)
5. Estrategia para la seguridad del paciente. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2006.  
[www.juntadeandalucia.es/.../ANDALUCIA...ESTRATEGIAS/estrategia\\_s...](http://www.juntadeandalucia.es/.../ANDALUCIA...ESTRATEGIAS/estrategia_s...)
6. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia  
[www.minsalud.gov.co/.../HERRAMIENTAS%20PARA%20LA%20SEG...](http://www.minsalud.gov.co/.../HERRAMIENTAS%20PARA%20LA%20SEG...)
7. Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. OMS.  
[www.who.int/patientsafety/research/curso\\_virtual/es/](http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/)
8. Lineamientos de Seguridad del Paciente. Ministerio de protección Social. Colombia. Noviembre del 2008  
[www.acreditacionensalud.org.co/.](http://www.acreditacionensalud.org.co/)
9. 42. Kalra J, Massey KL, Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice. J R Soc Med 2005; 98:307-9
10. Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RM, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. Health Aff (Millwood) 2003; 22:73-83.
11. Información de eventos adversos a pacientes y familiares  
[www.mapfre.com/fundacion/](http://www.mapfre.com/fundacion/)





ANEXO 1

GESTION DE LA CALIDAD			
VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA - HOSPITAL TEÓFILO			
NOMBRE DEL PACIENTE	H.C	FECHA	TIPO DE ANESTESIA
Dx Pre Operatoria	Procedimiento Quirúrgico	Dx Part. Operatoria	
<b>ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA</b> (Con enfermería y el anestesista/la/a como mínima)		<b>ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</b> (Con enfermería, el anestesista/la/a y cirujano/a)	
¿Ha confirmado en el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Procede		Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Se ha instalado el monitor al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en las últimas 60 minutos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Procede	
¿Se ha completado la comprobación de las aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>PREVISIÓN DE EVENTOS FÍSICOS:</b> CIRUJANO/A: ¿Cuánto durará la intervención?.....horas ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?.....ml ANESTESIOLOGO/A: ¿Presenta el paciente algún problema específico?.....	
Tiene el paciente: Alergia conocida <input type="checkbox"/> SI Cuál..... <input type="checkbox"/> NO		El recuento de instrumental, es correcto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Vía aérea difícil/friera de aspiración <input type="checkbox"/> SI Cuál..... <input type="checkbox"/> NO		¿Hay problemas que resalten relacionados con el instrumental y los equipos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Riesgo de hemorragia >500ml. Y 7ml/Kg en niño <input type="checkbox"/> SI , y se ha previsto la disponibilidad de líquidos, sangre, dar vía IV a vía central <input type="checkbox"/> NO		El etiquetado de los materiales/utensilios es correcto, instalado el nombre del paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Procede	
Se comprueban los exámenes Preoperatorios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>EQUIPO DE ENFERMERÍA :</b> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con los resultados de las indicadoras) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental, equipar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál.....	
		Pueden visualizar las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Procede	
Nota: La presente lista se realizará a cada una de las pacientes que se sometan a cualquier procedimiento quirúrgico.			
Firma y sello ANESTESIOLOGO/A		Firma y sello CIRUJANO/A	
		Firma y sello ENFERMERO/A	

