



# SEGURIDAD DEL PACIENTE

## ÍNDICE



Antecedentes



Conceptos y Definiciones  
de Seguridad del Paciente



Metas de Seguridad del Paciente  
Hospital Vozandes Quito

# ANTECEDENTES



La atención en salud es un proceso complejo que, por tratarse de la vida de las personas a las que se atienden, lleva implícito una gran cantidad de riesgos. Uno de los principales, es el riesgo de causar daño al paciente, de forma no intencional y que no está relacionado

directamente con la patología que ocasionó su consulta. Este daño involuntario causado al paciente, se denomina EVENTO ADVERSO (EA) y es una de las principales preocupaciones de todos los sistemas de salud del mundo, tanto por el impacto en las vidas de las personas, como por los elevados costos de atención que se generan en el sistema sanitario. En 2016, un estudio publicado en el *British Medical Journal*, sorprendió al mundo con la escalofriante estadística en la que se evidenciaba que el error en el proceso asistencial ocupa el tercer lugar de causa de muerte en los EEUU, después del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Mundialmente se han impulsado estudios que buscan identificar las causas de los Eventos Adversos (EA) y su impacto en los sistemas. Uno de ellos es el estudio IBEAS, resultado de la participación de los ministerios de salud e instituciones de España, Argentina, Colombia, Costa Rica, México, Perú, con la participación de la OMS y la OPS, en el año 2009. Algunos datos de este estudio mostraron que:

La incidencia de EA fue del 28.9% en el sistema hospitalario.

Es mayor el riesgo de presentar un EA en los servicios quirúrgicos y en las unidades de terapia intensiva.

El 10.3% de los EA se presentaron antes de la hospitalización del paciente.

Los EA relacionados directamente con el cuidado, se presentaron en un 16.24% y los relacionados con la medicación en un 9.87%.

## LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO

El Hospital Vozandes de Quito, en la búsqueda permanente por mantener y mejorar los servicios que brinda, con un enfoque de atención centrada en la persona, a partir del año 2015 inició la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, dentro del cual se priorizó la actualización y revisión de sus procesos asistenciales con enfoque de seguridad.

Para ello, se ha implementado un sistema de reporte eficiente de eventos adversos con base en los protocolos de seguridad en todos los procesos de atención y de apoyo relacionados, con el fin de que los integrantes de los equipos de salud estén en capacidad de identificar y controlar el mayor número de riesgos prevenibles que puedan desencadenar un evento adverso y disponer de un esquema de respuesta rápida, ante los eventos adversos o cuasi eventos.

Los eventos adversos pueden estar relacionados con problemas en la práctica clínica de los productos, de los procedimientos o del sistema. La Seguridad del Paciente requiere un esfuerzo complejo por parte de todo el sistema que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora continua.

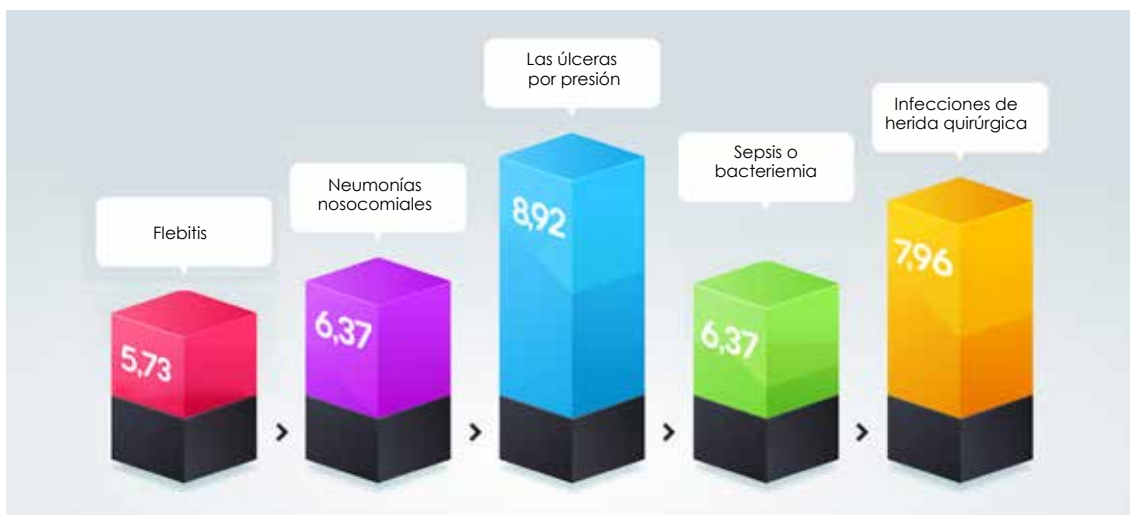
El Hospital Vozandes Quito procura el cumplimiento de su **Política de Seguridad del Paciente:**

*“Para el Hospital Vozandes Quito la SEGURIDAD DEL PACIENTE es un principio fundamental de su quehacer médico-asistencial, razón por la cual, con base en su espíritu de servicio, sus valores cristianos, pendiente de las necesidades de sus usuarios, ha priorizado la implementación de la política de Seguridad del Paciente.*

*Para ello, con el liderazgo de la Alta Dirección, trabajamos para brindar una atención segura a nuestros pacientes, minimizando el riesgo de ocurrencia de un evento adverso durante el proceso de atención en salud, a través de la implementación de un programa de seguridad basado en la gestión de riesgo, la ejecución eficiente de prácticas seguras y el fortalecimiento de una cultura institucional proactiva de prevención y gestión de incidentes, contribuyendo al aprendizaje organizacional y el mejoramiento continuo de los procesos con orientación clara hacia la seguridad; involucrando al paciente y su familia en el autocuidado de su seguridad. ”*

# DATOS IMPORTANTES

1. Según cifras de la OMS, 1 de cada 10 pacientes atendidos en servicios de salud de países desarrollados, puede sufrir algún tipo de daño secundario a errores o eventos adversos.
2. Entre el 7% y el 10% de pacientes atendidos en los servicios de salud, pueden contraer infecciones asociadas a la atención en salud.
3. En varios países no existen normativas que garanticen la calidad de dispositivos médicos y la adecuada planificación del uso de tecnología, que conlleve a una atención segura.
4. Más del 50% de las complicaciones que se presentan en cirugía, son evitables.
5. La probabilidad de que un paciente sufra una lesión durante la prestación del servicio, es de 1 en 300.
6. Del estudio IBEAS se obtiene que los 5 EA de mayor frecuencia fueron:



7. El mismo estudio encontró que el 61.2% de los EA aumentaron la hospitalización en una media de 10 días.

## OBJETIVO GENERAL

Proporcionar criterios uniformes y elementos sobre Seguridad del Paciente, que se deben conocer y aplicar en todas las áreas y por todos los colaboradores del Hospital Vozandes Quito, de acuerdo con su nivel de gestión y de responsabilidad frente a la atención del paciente.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la importancia de las metas de Seguridad del Paciente.
2. Conocer conceptos básicos de Seguridad del Paciente.
3. Fomentar la cultura de seguridad y reporte en el Hospital Vozandes Quito.

# CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Acción insegura:** Situaciones que ocurren dentro del proceso de atención, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo de atención y puede (por qué en negrilla) incrementar el riesgo de que ocurra un evento adverso (EA). Ejemplos: "...No monitorizar-observar o actuar, tomar una decisión incorrecta y no buscar ayuda cuando se necesita..."

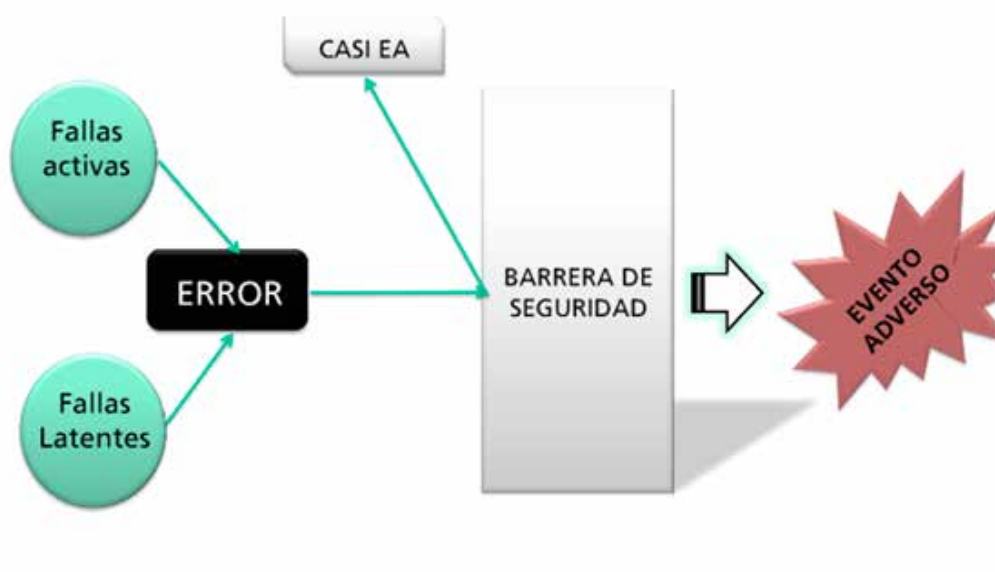
**Barreras de seguridad:** Corresponde a acciones, procesos, o elementos de la estructura que, basado en los análisis de EA ocurridos, se implantan con el fin de reducir la posibilidad de ocurrencia de un nuevo EA; hay barreras físicas, administrativas, humanas y/o naturales.

**Calidad Asistencial:** "La CALIDAD de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El GRADO DE CALIDAD es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios"

**Complicación:** Consiste en una "enfermedad secundaria", una "reacción" o un problema adicional que se presenta durante el proceso de atención y es atribuible a la enfermedad o procedimiento realizado. La principal diferencia entre complicación y evento adverso es que la complicación puede originarse en la enfermedad de base y el evento adverso no.

**Evento Adverso (EA):** Resultado de la atención en salud que produce daño o lesión NO INTENCIONAL en el paciente, que no está relacionado con su propia enfermedad o condición. Puede ser prevenible o no prevenible.

**Error en el proceso asistencial:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Un error se puede cometer por acción y omisión, de manera consciente o inconsciente.



**Factores de riesgo:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

**Fallas latentes:** Decisiones gerenciales, cultura y procesos organizacionales que predisponen a ejecutar acciones inseguras. La intervención en las fallas latentes está destinada a revisar y mejorar procesos.

**Fallas activas:** Son acciones inseguras por la ejecución u omisión involuntaria o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a su cargo la responsabilidad de ejecutar las tareas. Ej. médicos, enfermeras, tecnólogos que no cumplen lista de verificación de cirugía segura.

**Incidente o Casi evento:** Suceso que ocurre durante la atención, que no produce daño en el paciente, pero que indica fallas potenciales en la prestación del servicio.

**Seguridad del Paciente:** Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos, resultantes de la exposición al sistema de atención médica, a lo largo de enfermedades y procedimientos.

# METAS

## DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para el Hospital Vozandes Quito, es importante trabajar en la cultura de Seguridad del Paciente, con la finalidad de evitar eventos que puedan afectar a nuestros pacientes, tomando como referencia las seis (6) metas de Seguridad del Paciente, creadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria; adicionalmente, en el año 2008 la Joint Commission International integra los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente dentro de los estándares para la acreditación hospitalaria.

El Hospital Vozandes, considera estas 6 metas, más cuatro 4 metas adicionales que ya se implementó, de acuerdo a las prácticas seguras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y a las necesidades específicas del Hospital, siendo un total de diez (10) metas, las cuales se describen a continuación:

<sup>1</sup> Manual de Seguridad del Paciente. Hospital Vozandes Quito. 2017

LAS METAS DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE  
SON TRANSVERSALES A TODA  
LA INSTITUCIÓN

# 1

## IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE



El objetivo de la META 1, es identificar correctamente a los pacientes de acuerdo a la norma prevista en los servicios de emergencia, hospitalización de corta, mediana y/o larga instancia o que sean sometidos a procedimientos invasivos de manera ambulatoria, con la finalidad de prevenir errores asociados a la atención en salud y disminuir los eventos adversos.

Acciones a tener en cuenta:

a. El Brazaletes de identificación, es de uso obligatorio para los pacientes en emergencia, hospitalización de corta, mediana y/o larga estancia o que sean sometidos a procedimientos invasivos de manera ambulatoria, en cualquier área del hospital. Este se colocará en la muñeca derecha con los siguientes datos: nombres y apellidos completos (2 nombres – 2 apellidos), número de cédula de identidad, edad, número de historia clínica. El hospital utiliza los siguientes brazaletes:

- Brazaletes de Identificación Emergencia A: Verde



- Brazaletes de Identificación Emergencia B: Naranja



- Brazaletes de identificación para pacientes hospitalizados de corta, mediana y/o larga estancia y/o que sean sometidos a procedimientos invasivos de manera ambulatoria: Blanco.
- Existe además el brazaletes de identificación para pacientes con alergias, el mismo se coloca en la muñeca izquierda del paciente en caso de que durante la entrevista clínica informe al personal sanitario acerca de las mismas.



b. El personal de enfermería será el responsable de colocar el brazaletes al usuario en el momento de su ingreso en los diferentes servicios del hospital.

c. El personal de cuidado directo deberá vigilar la presencia del brazaletes de identificación y realizará verificación cruzada, procedimiento mediante el cual se identifica al paciente a través de dos mecanismos, como mínimo: verbal y a través de brazaletes y/o verbal e historia clínica, cada vez que se realice algún procedimiento como administración de medicamentos, administrar componentes sanguíneos, extraer sangre u otras muestras para análisis clínico entre otros.



d. Hacer énfasis en la responsabilidad del personal técnico-asistencial sobre verificar la identidad de los pacientes y hacer que coincidan los pacientes correctos, con la atención correcta (Ej. Resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos, entre otros) antes de prestar la atención.

e. Informar al paciente y su familia, sobre el beneficio, uso e importancia del brazalete de identificación.

El no cumplir esta buena práctica puede ser un factor contributivo para el apareamiento de un EA, como por ejemplo la administración de medicación en paciente equivocado o extracción de sangre en paciente erróneo, de ahí la importancia de su cumplimiento.

# 2

## MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

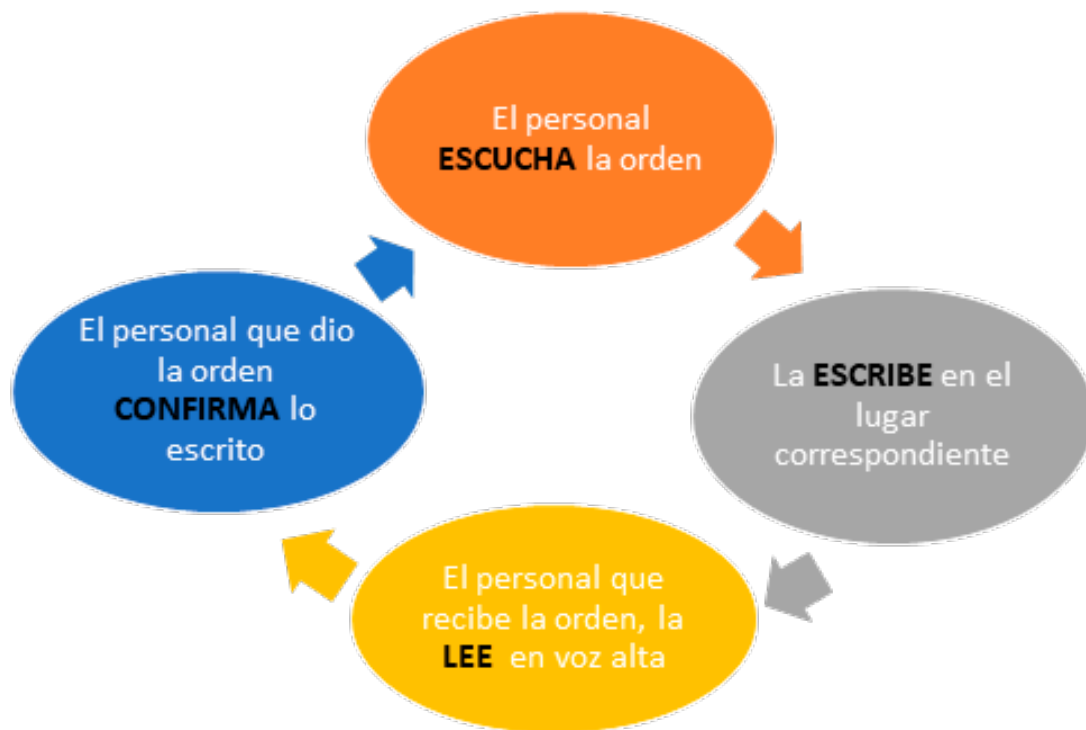


La comunicación efectiva entre el equipo de salud es fundamental en la prevención de eventos adversos. Se estima que cerca del 25% de los eventos adversos prevenibles, están relacionados con problemas en la comunicación, principalmente, en la comunicación dentro del equipo de salud. Ejemplo: Se dio un medicamento o una dosis que no se debía, por la colocación incorrecta de una coma en la dosificación del medicamento. La comunicación efectiva, se logra cuando el emisor y el receptor entienden el mensaje de la misma manera.

El objetivo de esta meta, es prevenir errores por órdenes y resultados que se dan de manera verbal y/o telefónica a través del cumplimiento del proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

## PROPÓSITO

1. Incrementar la cultura de “comunicación efectiva” en el personal de salud del Hospital Vozandes Quito.
2. Mejorar la comunicación entre los equipos de salud y la búsqueda activa de prácticas inseguras o riesgos que pueden favorecer la aparición de un evento adverso.
3. Difundir el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar a nivel institucional.



4. Lograr una comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
5. Fortalecer la comunicación efectiva en la entrega de turno, en los traslados de pacientes de un servicio y en las remisiones de los pacientes a otras instituciones.

# 3

## MEJORAR LA SEGURIDAD

### DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO



Los medicamentos de alto riesgo, son aquellos que tienen una alta probabilidad de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el proceso de su utilización.

La administración de medicamentos, es un proceso complejo que conlleva a una serie de decisiones y acciones de los profesionales y va desde la prescripción del médico, despacho de farmacia, preparación por la enfermera, administración, registro y vigilancia de posibles acciones, es decir involucra a todo el equipo (médico, farmacéutico, enfermera, paciente y familia). Ejemplo: “...Prescripción confusa del médico de tramadol, lo cual ocasiona error de dispensación de farmacia y posterior administración del medicamento en mayor concentración que la que debió recibir el paciente, con el resultado de hipersomnia e hipotensión en el paciente...”

La administración segura de los medicamentos contribuye de manera considerable a mejorar la calidad de vida de los usuarios, por lo que su uso no está exento de riesgo.

Acciones a tener en cuenta:

- Establecer procedimientos para el almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, dispensación, distribución, verificación, administración, y control para todos los medicamentos, con especial énfasis en los de alto riesgo.
- Asegurar un correcto control de almacenamiento, conservación y caducidad para todos los medicamentos, con especial énfasis a los de alto riesgo.
- Realizar la identificación correcta del paciente y la prescripción antes de proceder a la administración de la medicación, aplicando la regla de "los 5 correctos":

**1. Paciente correcto.**

**2. Fármaco correcto.**

**3. Dosis correcta.**

**4. Hora correcta.**

**5. Vía de administración correcta.**

- Realizar doble verificación en el proceso de administración de los



# 4

## PROCEDIMIENTOS CORRECTOS



**“LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”**, corresponde al segundo reto mundial, definido por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

La Cirugía segura, es un conjunto básico de normas que se aplican en el proceso quirúrgico para otorgar calidad y seguridad del paciente, en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. (Protocolo de cirugía segura HVQ).

Según la OMS: “... Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que depende la seguridad y el éxito de la una operación...”.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y las defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Ejemplo: “...El médico llegó a la cirugía después de anestesiado el paciente y no verifico el órgano par correcto...”, sin

la intención de hacer daño.

El Hospital Vozandes, cumpliendo con lo establecido por la Organización Mundial de la salud y el Ministerio de Salud Pública (Manual de Seguridad del Paciente), utiliza el “Formulario, para registro para cirugía segura” el cual permite registrar y documentar las acciones de seguridad realizadas para el paciente quirúrgico dentro de la sala de operaciones.

El Formulario de registro para cirugía segura, consta de 2 momentos y el responsable de realizar los controles de seguridad del formulario, durante la operación, es el “circulante” pero también podría ser cualquier profesional de salud que participe en la cirugía.

- a. Antes de la inducción de la anestesia.
- b. Antes de salir del quirófano.

The image shows a complex medical form titled "FORMULARIO DE REGISTRO PARA CIRUGÍA SEGURA". It is divided into two main vertical sections: "ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA" (Before induction of anesthesia) and "ANTES DE SALIR DE QUIRÓFANO" (Before leaving the operating room). The form contains numerous fields for patient identification, medical history, allergies, and specific safety checks. It includes checkboxes and text boxes for recording information. The top of the form features the logo of Hospital Vozandes.

El equipo quirúrgico aplicará y firmará el formulario de registro para cirugía segura, además de incluirlo en el expediente clínico. La persona responsable del procedimiento, en este caso el médico cirujano, proporcionará información al paciente y a su familia en el ámbito de su competencia sobre la justificación, plan terapéutico, las alternativas, los riesgos de las intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos a realizar.

**“EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA FUNCIONA SÓLO SI SE USA”**

# 5

## REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS

CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Las Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), son infecciones que tienen lugar en un paciente durante su atención en un hospital u otro establecimiento de atención sanitaria, que no estaba presente o no se estaba incubando al momento de la admisión. Incluye las infecciones adquiridas en el lugar de atención sanitaria que se presentan luego del alta, y las infecciones ocupacionales entre los trabajadores de la salud del establecimiento.

Las Infecciones asociadas a la atención en salud (IAS), son uno de los principales indicadores de calidad de Atención en Salud y se estima que afectan a un 5% de los pacientes hospitalizados e implican:

- Aumento de la morbilidad.
- Costos adicionales.
- Aumento de la mortalidad.
- Riesgos para el personal de salud.
- Eventuales problemas médico-legales.
- Posible deterioro de la imagen de una institución.

El tiempo establecido para determinar que se trata de una Infección asociada a la atención en salud (IAAS), en el paciente clínico se considera a partir de las 48 horas luego de su ingreso o admisión y en pacientes post quirúrgicos, hasta 1 mes y si se han colocado prótesis hasta un año posterior a la intervención.

El objetivo de esta meta, es disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Existen cuatro tipos principales de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) todas relacionadas a procedimientos invasivos y quirúrgicos:

1. Infección del tracto Urinario Asociada al uso de Catéter Urinario (ITU-CA).
2. Neumonía asociada al uso del Ventilador (NAV).
3. Infección del Torrente Sanguíneo Asociada al uso del Catéter (ITS-CVC)
4. Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ)

El Hospital Vozandes, a través de su Comité de Infecciones, realiza una vigilancia activa, mediante paquetes de prevención para evitar posibles infecciones asociadas a la atención en salud.

**DEBEMOS RECORDAR QUE LAS  
INFECCIONES ASOCIADAS A  
LA ATENCIÓN EN SALUD SON  
EVITABLES Y TODOS SOMOS  
PARTE DEL TRABAJO  
PARA EVITARLAS**

# 6 HIGIENE DE MANOS



La higiene de las manos, es la medida de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud menos costosa y más efectiva para prevenir la transmisión de infecciones; el cumplimiento de la higiene de manos tiene relación directa con la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

El objetivo de esta meta, es proteger al paciente, personal de salud y familiares, de los microorganismos que se transmiten a través de las manos, mediante la correcta higienización de los manos ya sea con agua y jabón o alcohol gel, para eliminar la mayor cantidad de microorganismos.

Para lo cual se requiere educar al personal de salud, familiares, pacientes y a todos aquellos relacionados con su cuidado, sobre los 5 momentos y las técnicas apropiadas de la higiene de manos.

¡El HVQ une sus esfuerzos con la campaña ManoSalud, descubre los 5 momentos clave que marcan la prevención!



Cumplir con la técnica adecuada:

## 1. FRICCIÓN CON PREPARADO DE BASE ALCOHÓLICA (ALCOHOL GEL).

El uso de soluciones y geles a base de alcohol son el método más efectivo para la higiene de manos. Los alcoholes tienen el espectro más amplio de actividad contra bacterias, hongos y virus, requieren entre 20 y 30 segundos para actuar, están fácilmente disponibles y no requieren ninguna infraestructura especial para su implementación. La OMS recomienda soluciones a base de alcohol que contengan etanol al 80% o alcohol isopropílico al 75%.

  
HOSPITAL VOZANDES QUITO  
\* A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador \*

### ¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

**⌚ Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos**

<b>1a</b>  Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;	<b>1b</b>  Frótese las palmas de las manos entre sí;	<b>2</b>  Frótese las palmas de las manos entre sí;
<b>3</b>  Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;	<b>4</b>  Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;	<b>5</b>  Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
<b>6</b>  Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;	<b>7</b>  Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;	<b>8</b>  Una vez secas, sus manos son seguras.

FUENTE : OMS

## 2. LAVADO CON AGUA Y JABÓN

Cuando las manos estén visiblemente sucias, frótese con jabón durante 30 a 60 segundos y enjuague. Si las manos no están visiblemente sucias, use el gel de alcohol para la higiene de manos.

  
**HOSPITAL VOZANDES QUITO**  
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"

### ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

**⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**

<b>0</b>  Mójese las manos con agua;	<b>1</b>  Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;	<b>2</b>  Frótese las palmas de las manos entre sí;
<b>3</b>  Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;	<b>4</b>  Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;	<b>5</b>  Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
<b>6</b>  Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;	<b>7</b>  Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;	<b>8</b>  Enjuáguese las manos con agua;
<b>9</b>  Séquese con una toalla desechable;	<b>10</b>  Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;	<b>11</b>  Sus manos son seguras.

FUENTE : OMS

Generalidades para realizar higiene de manos:

- El jabón y el preparado de base alcohólica no debe utilizarse conjuntamente.
- No utilizar uñas artificiales, ni extensiones cuando tenga contacto directo con pacientes.
- Mantener uñas naturales cortas (puntas menores a 5mm de largo).
- Mantenga sus uñas sin esmalte.
- NO reloj de pulsera, No pulseras, No anillos.
- Cuando las manos estén visiblemente sucias láveselas con jabón y agua.
- Realizar higiene de manos después de utilizar guantes.
- Debe lavarse sus manos cuando se realice el cambio de un sitio contaminado a un sitio limpio del cuerpo.
- Antes y después de la preparación de medicamentos y de administrarlos al paciente.
- Antes de preparar o manipular alimentos.
- Antes de manipular muestras.
- Después de manipular desechos

**RECUERDE SIEMPRE CUMPLIR  
ESTRICTAMENTE LOS 5 MOMENTOS  
DE LA HIGIENE DE MANOS Y  
APLICAR LA TÉCNICA CORRECTA**

# 7

## REDUCIR EL RIESGO

CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD



El objetivo de esta meta, es reducir los riesgos de caídas y aquellos efectos negativos en la Seguridad del Paciente en el Hospital Vozandes Quito.

Cerca del 30% de los EA o incidentes intrahospitalarios, están relacionados con caídas y, aproximadamente, el 10% de estas caídas producen lesiones severas. Más de la mitad de estas caídas se presentan en adultos mayores de 60 años.

El mayor porcentaje de caídas no causan lesión en el paciente o la lesión es considerada leve y sin secuelas. Las caídas con lesiones severas pueden generar incapacidad temporal o permanente, aumento de los días de hospitalización, retraso en los diagnósticos y/o tratamientos e incluso secuelas psicológicas y pueden estar asociadas a factores intrínsecos como la patología de base (+/- 25%) o la edad (20%); o estar relacionado con factores extrínsecos como las condiciones de estructura de la institución, la falta de acompañamiento, el piso húmedo entre otras. Ejemplo, "...la no utilización de las barandas en las camillas produce la caída del paciente mientras dormía y secundariamente una fractura de tibia..."; es un evento adverso evitable ya que, si se hubiera seguido el protocolo de caídas que indica que las barandas de todas las camillas deben estar arriba, el evento no se hubiera presentado.

En el Hospital Vozandes Quito, todo paciente, al ingreso al servicio de hospitalización es valorado en relación al riesgo de sufrir una caída, utilizando las escalas establecidas para tal fin, Escala de riesgo de caídas J.H Downton para pacientes adultos y escala de Macdems en pacientes pediátricos, las cuales son de aplicación rápida y simple y permiten además involucrar al paciente, cuidador y familiares.

En el Hospital Vozandes Quito, todo paciente, al ingreso al servicio de hospitalización es valorado en relación al riesgo de sufrir una caída, utilizando las escalas establecidas para tal fin, Escala de riesgo de caídas J.H Downton para pacientes adultos y escala de Macdems en pacientes pediátricos, las cuales son de aplicación rápida y simple y permiten además involucrar al paciente, cuidador y familiares.

## Evaluación de riesgos de caídas. Escala de riesgos de caídas (J.H. Downton). Pacientes adultos. Protocolo de prevención, reducción y respuesta ante caídas del HVQ.

 <b>EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON)</b>	
<b>CONDUCTAS A SEGUIR DE ACUERDO AL RIESGO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación de riesgo, junto al nombre del paciente (cabecera).</li> <li>Establecer vigilancia continúa.</li> <li>La valoración se realizará de acuerdo a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Edad</li> <li>Discapacidad</li> <li>Estado de conciencia</li> </ol> </li> </ol>	<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>El paciente debe permanecer en todo momento acompañado por un familiar.</li> <li>Por favor timbre ante las necesidades que requieran movilizar al paciente.</li> <li>Mantenga siempre levantadas las barandas.</li> <li>Si el familiar / acompañante requiere salir de la habitación, recuerde reemplazarlo inmediatamente con otro acompañante, así como también comunicar a la enfermera el momento que salga.</li> <li>Mantenga encendida la luz baja durante la noche.</li> </ol>
<b>NIVEL ALTO (ROJO)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente y familia.</li> <li>2. Mantener estándar (zapaticos de caucho, pantuflas antideslizantes, barandas elevadas).</li> <li>3. Mesa auxiliar al alcance del paciente.</li> <li>4. Timbre lo más cerca posible.</li> <li>5. Luz auxiliar en la noche encendida.</li> </ol>	<p>Yo, _____ familiar del paciente _____ he sido informado de las conductas a seguir para minimizar el riesgo de caída, y me comprometo a comunicar a mis familiares y acompañantes.</p> <p>_____ Firma Familiar</p> <p>_____ Firma Enfermera</p>
<b>NIVEL MEDIO (AMARILLO)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente y familia.</li> <li>2. Mantener estándar (zapaticos de caucho, pantuflas antideslizantes, barandas elevadas).</li> <li>3. Mesa auxiliar al alcance del paciente.</li> <li>4. Timbre lo más cerca posible.</li> <li>5. Luz auxiliar en la noche encendida.</li> <li>6. Subisión al paciente con chaleco, mallas, sujetadores de mano.</li> <li>7. Presencia obligatoria de un familiar o acompañante.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>"LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES NUESTRO COMPROMISO"</b></p>
<b>NIVEL BAJO (VERDE)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente y familia.</li> <li>2. Mantener estándar (zapaticos de caucho, pantuflas antideslizantes).</li> <li>3. Mesa auxiliar al alcance del paciente.</li> <li>4. Timbre lo más cerca posible.</li> <li>5. Luz auxiliar en la noche encendida.</li> <li>6. Subisión al paciente con chaleco, mallas, sujetadores de mano.</li> <li>7. Presencia obligatoria de un familiar.</li> <li>8. Mantener elevadas todas las barandas de la cama.</li> </ol>	



**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS  
ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON)**

**STICKER**

RIESGO	NIVEL	VALOR	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
FECHA:										
TURNO:			D	N	D	N	D	N	D	N
CAÍDAS PREVIAS	NO	0								
	SI	1								
MEDICAMENTOS	Ninguno	0								
	Termostáticos, sedantes	1								
	Duréticos	1								
	Antipsicóticos no-duréticos	1								
	Antiparkinsonianos	1								
	Antidepresivos	1								
	Otros medicamentos	1								
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0								
	Alteraciones visuales	1								
	Alteraciones auditivas	1								
	Extremidades	1								
ESTADO MENTAL	Orientado	0								
	Confuso	1								
DEAMBULACIÓN	Segura sin ayuda (normal)	0								
	Segura con ayuda	1								
	Insegura con ayuda / sin a. imprevista	2								
TOTAL RIESGO ASOCIADO										
RESPONSABLE DE EVALUACIÓN										
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO			<b>RE-EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS</b> La re-evaluación de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realizará cuando se produzca un cambio en la condición del paciente.							

19 Octubre, 2017

Valoración de riesgo. Escala de riesgo de caídas Macdmes. Pacientes Pediátricos. Protocolo de prevención, reducción y respuesta ante caídas del HVQ.

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

ESCALA		HORAS
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE MACDME	TAQUIPNEA	
	CIANOSIS	
	QUEJIDO RESPIRATORIO	
	ALETEO NASAL	
	RETRACCIÓN SUBCOSTAL	
	TIRAJE INTERCOSTAL	
	PUNTUACIÓN	
	ACTIVO	
	HIPOTÓNICO	
	HIPERTÓNICO	
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE PUNJANDS	IRRITABLE	
	TEMBLORES	
	PUNTUACIÓN	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	
	<b>EDAD</b> Recién Nacido    2 Lactante Menor    2 Lactante Mayor    3 Pre - Escolar    3 Escolar    1 No    0 Sí    1	
	<b>ANTECEDENTES</b> Hipertensión    1 Presión arterial normal    1 Hipertensión controlada    1 Hipertensión control    1 Otras    1 No antecedentes    0 Sí    1	
	<b>COMPROMISO DE CONCIENCIA</b> No    0 Sí    1	
	<b>5. PUNTUACIÓN NIVEL DE RIESGO</b>	

Luego de realizada la evaluación del riesgo se identificará al paciente y en la puerta de la habitación se colocará una tarjeta de color amarillo, verde o rojo según el nivel de riesgo identificado. La evaluación del riesgo y la implementación de medidas de prevención se realizará cada vez que se modifique la condición del paciente, por ejemplo: cambios en los estados de conciencia, irritabilidad, inicio de medicamentos que alteran el estado de alerta del paciente, entre otros.



El personal de enfermería es responsable de la aplicación de la escala de valoración del riesgo y de establecer medidas de prevención de acuerdo con el riesgo identificado.

De la misma manera, el cuerpo médico es responsable de colaborar con la comunicación hacia el paciente, familiares y cuidadores, con el fin de conseguir su participación en la prevención de caídas.

## RESPUESTA FRENTE A UNA CAÍDA

En los casos que, pese a la aplicación de las medidas de prevención y reducción del riesgo de caídas, el paciente sufra una caída el personal deberá:

- Acudir inmediatamente a la habitación y verificar lo sucedido.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Solicitar al Médico residente que realice una evaluación de la condición del paciente, si el caso lo amerita solicitar estudios de imagen, registrar en la historia clínica del paciente y comunicar inmediatamente al médico tratante.
- Realizar valoraciones frecuentes en busca de cambios de la condición de salud del paciente.
- Notificar en el sistema SOULMV, registro de Ocurrencias (EA, evento adverso).

# 8

## PREVENIR LA APARICIÓN DE ZONAS POR PRESIÓN



El objetivo de esta meta es prevenir y reducir la incidencia de úlceras por presión en los pacientes ingresados en el Hospital Vozandes Quito.

La ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP) representa un importante problema asistencial por su prevalencia, el impacto sobre la salud y calidad de vida del paciente y es una complicación frecuente e importante, que ocasiona un impacto negativo, al igual que produce prolongación de su tratamiento, siendo en su mayoría prevenibles y en un 95% evitables; esto nos obliga a estandarizar las acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las Úlceras por presión (UPP) como un indicador de calidad asistencial.

El Hospital Vozandes Quito, tiene un protocolo de la prevención de úlceras por presión, en el cual tiene definidas entre otras las siguientes acciones:

1. El examen de ingreso a cualquier servicio de hospitalización, DEBE incluir una evaluación de piel, con el fin de identificar si el paciente ingresa con algún grado de Ulcera por presión (UPP).

2. Todo paciente con limitación para la movilidad por sí mismo, con estado mental alterado o inmovilizado, debe ser valorado con la escala de Braden-Bergstrom, para valorar el riesgo de presentar una ulcera por presión e iniciar medidas preventivas de acuerdo con el grado.

**HOSPITAL VOZANDES** SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS ESCALA DE BRADEN

CONDICIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 Restricción de movimiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_ IMC = \_\_\_\_\_

STICKER

ESCALA DE BRADEN												
FECHA:												
PUNTOS	1	2	3	4	D	M	D	M	D	N	D	N
Percepción sensorial	Completamente intacta	Muy limitada	Ligeramente limitada	No alterada								
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda								
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia								
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones								
Nutrición	Muy pobre	Problematizada	Adecuada	Excesiva								
Fricción y Cizallamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente									
Puntuación Total: _____												
NIVELES DE RIESGO: <span style="color:red">Alto riesgo &lt; 12</span> <span style="color:orange">Moderado riesgo 13-14</span> <span style="color:green">Bajo riesgo &gt; 15</span> SIN RIESGO > 18-23												

**BAJO RIESGO**

Figura cada 24 horas o según las necesidades del paciente.

Cambios posturales mínimo una vez por turno

Revisión de la piel una vez por turno

Cuidados habituales de higiene, faldas, drenajes

Cambio de esponjados y medias de sujeción

Medición del riesgo una vez por turno

**MODERADO RIESGO**

Figura cada 24 horas o según las necesidades del paciente.

Previsión de las zonas de presión + cizallas anti-espina

Cambios posturales cada 4 horas

Cuidados habituales de higiene, faldas, drenajes

Cambio de esponjados y medias de sujeción

Revisión de la piel cada 4 horas

Medición del riesgo una vez por turno

**ALTO RIESGO**

Figura cada 24 horas o según las necesidades del paciente.

Previsión de las zonas de presión + cizallas anti-espina + protectores de codos

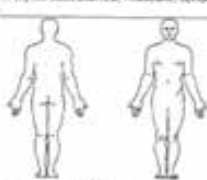
Cambios posturales + rotación de la piel cada 2 horas

Cuidados habituales de higiene, faldas, drenajes cambio de esponjados y medias de sujeción

Medición del riesgo una vez por turno

**HOSPITAL VOZANDES** SEGURIDAD DEL PACIENTE  
INCIDENCIA DE ÚLCERA POR PRESIÓN

STICKER

DIAGNÓSTICO DE INGRESO		SERVIDIO/ MÉDICO TRATANTE		FOTO DE LA ÚLCERA	
PACIENTE INGRESA CON ÚLCERA		SI	NO		
FAMILIAR NOTIFICADO		SI	NO		
PUNTAJE ESCALA DE BRADEN				FIRMA: _____	
ESTADIOS DE LA ÚLCERA		ESTADIO I		Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de coherencia	
		ESTADIO II		Erosión epitelial, y/o ampollas, y/o abrasión	
		ESTADIO III		Afectación de la totalidad de la dermis y tejido subcutáneo sin posible presencia de tejido necrótico	
		ESTADIO IV		Destrucción del tejido subcutáneo, músculo, tendón e incluso hueso	
LOCALIZACIÓN DE LA ÚLCERA					
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA					
ESTADIO I		ESTADIO II		ESTADIO III	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación, masaje en área de zona de presión</li> <li>• Eliminación de factores que producen ocluyamiento</li> <li>• Revisión de elementos de presión que cumplen con los objetivos (son retirados y en buen estado)</li> <li>• Uso de hidrocoloides</li> <li>• Masaje sobre el espaldar colocado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir todas las medidas de cuidado de heridas</li> <li>• Comunicar al médico tratante</li> <li>• Analice tratamiento actual</li> <li>• Interconsulta a la clínica de heridas</li> <li>• Reportar el evento adverso</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir todas las medidas de cuidado I y II</li> <li>• Tratamiento por especialidad indicado por médico tratante</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir todas las medidas de cuidado I, II y III</li> <li>• Tratamiento por especialidad</li> </ul>	

JUNIO/2016

# 9

## PROMOVER LA SEGURIDAD

RADIOLÓGICA Y/O EXÁMENES



El objetivo de esta meta, es asegurar la correcta solicitud, calidad de los resultados y la entrega oportuna de los informes de imagen y laboratorio, dando cumplimiento a las políticas y protocolos definidos tanto por el servicio de imagen como de laboratorio.

A continuación, se detalla algunos eventos en Radiología relacionados con la Seguridad del Paciente:

1. Exposición inadecuada a la radiación, más allá de la protección contra la radiación.
2. Errores en la administración o reacciones adversas al medio de contraste.
3. Manejo del paciente que involucre caídas o lesiones: incluye cualquier actividad que implique de alguna manera mover o apoyar una parte del cuerpo o todo el cuerpo del paciente.
4. Comunicación inefectiva: la comunicación con el paciente debe ser efectiva, precisa, inclusiva y personalizada. Es un requisito legal que cualquier paciente que reciba un examen médico con radiación ionizante esté informado de manera clara sobre los beneficios diagnósticos o terapéuticos esperados del procedimiento radiológico, así como los riesgos de la radiación a través del Consentimiento Informado.

5. Estudios en resonancia magnética: se debe tener en cuenta el comportamiento de los objetos ferromagnéticos expuestos a un gran campo magnético (dispositivos médicos implantados o externos) y el ruido.

6. Reporte e Interpretación de las imágenes: los radiólogos son los profesionales óptimos en la interpretación de las imágenes.

En el Laboratorio clínico los eventos relacionados a la Seguridad del Paciente, se deben básicamente a errores de identificación del paciente, por lo cual es muy importante su verificación ya que tienen una alta probabilidad de provocar un evento adverso ante el posible riesgo de confusión llevando a la incorrecta interpretación; siendo en muchos casos dichos resultados esenciales para el diagnóstico, seguimiento o terapéutica del paciente.

De acuerdo con Organizaciones Internacionales como la Joint Comission o la Internacional Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC), la mejora en la identificación segura del paciente «Es el primer y más importante objetivo en la mejora de la seguridad del paciente en los Laboratorio».

# 10

## NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



El papel de los sistemas de notificación relacionados con la Seguridad del Paciente, es aumentar la seguridad aprendiendo de los fallos de los sistemas sanitarios. Los errores en la atención sanitaria con frecuencia se deben a sistemas débiles y tienen causas fundamentales comunes que se pueden generalizar y corregir. Si bien cada incidente es único, es probable que haya similitudes y patrones en fuentes de riesgo que podrían pasar desapercibidas si los incidentes no se notifican ni analizan.

El objetivo de esta meta de seguridad, es prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos no deseados que se encuentran asociados a la atención en salud.

La Notificación de eventos/ocurrencias (incidentes, cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela) constituye una parte de la "Cultura de Seguridad", entendidos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos.

El Hospital Vozandes Quito, cuenta con un proceso de notificación de eventos, en el cual se identifican, notifican y gestionan los eventos presentados en el ámbito sanitario.

El reporte de las ocurrencias se realiza a través del Sistema Horizon en el módulo de Reporte de Ocurrencias, el cual tiene establecido un flujo para la investigación de los eventos relacionados a la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, éstos permiten generar PLANES DE MEJORA, desde el registro de un evento u ocurrencia, evaluación, análisis, aprobación, verificación hasta dar por finalizado el caso reportado.

- Todos los colaboradores del Hospital Vozandes Quito, somos responsables de registrar las ocurrencias en el sistema de Soul MV. Ejemplo: "...Un camillero transporta un paciente en una camilla, al entrar al ascensor este se cierra y le golpea la mano causándole una contusión dolorosa con posterior hematoma..." En este caso, el camillero debe reportar la ocurrencia en el sistema MV.

**En este módulo, se pueden reportar ocurrencias relacionadas con:**

### • Seguridad del Paciente (EA):

a. Incidentes: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención Hclínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

b. Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

c. Evento Centinela: Son hechos inesperados que pueden producir muerte o lesión grave física o psíquica en un paciente.

### • No Conformidades (NC):

Es el reporte que se genera al no lograr satisfacer la necesidad y/o expectativa del cliente. En este módulo NO se van a reportar solicitudes de los pacientes, ejemplo: revisión de honorarios médicos, revisión de historia clínica, revisión de cámaras, objetos perdidos, etc.

### • Farmacovigilancia:

Es la ocurrencia que se genera para reportar las sospechas a reacciones adversas a medicamentos (RAM), fallas terapéuticas (FT), errores de medicación EM) y eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI).

### • Tecnovigilancia:

Es la ocurrencia relacionada con el uso de dispositivos médicos de uso humano.

## PASOS PARA NOTIFICAR EN EL MÓDULO DE OCURRENCIAS:

1. Haga click en el acceso directo del escritorio del computador de su servicio:



ACCESO DIRECTO



PRODUCCIÓN

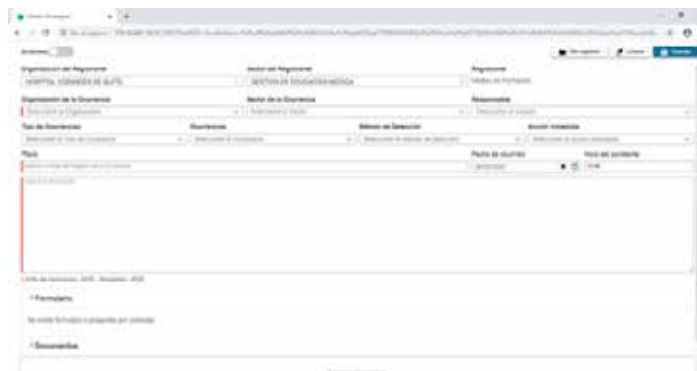


SOUL.MV  
SISTEMAS ESTRATÉGICOS  
REGISTRO DE OCURRENCIAS

**2. USUARIO Y CONTRASEÑA:** Ingrese su usuario, el cual será entregado por el área de seguridad del paciente, la contraseña deberá crearla cada persona.



**3. REGISTRO DE OCURRENCIAS:** En esta pantalla, usted debe llenar todas las variables, las que se encuentran con un margen en el costado derecho son de llenado obligatorio.



**4. ORGANIZACIÓN DEL REGISTRANTE:** Corresponde a la institución donde se presente la ocurrencia, en este caso Hospital Vozañdes Quito.



**5. SECTOR DE LA OCURRENCIA:** Es el lugar del hospital donde se presenta la ocurrencia.

Sector de la Ocurrencia

Seleccione el Sector

- ADQUISICIONES Y LOGISTICA
- ALIMENTACION
- ANGIOGRAFIA
- ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE
- CAJAS
- CARDIOPULMONAR

**6. RESPONSABLE:** Se debe seleccionar el nombre del jefe y/o líder del servicio donde se presentó la ocurrencia.

Responsable

Seleccione el Usuario.

**7. TIPO DE OCURRENCIA:** En este módulo, podemos reportar ocurrencias relacionadas con:

- **Seguridad del Paciente (EA):** Relacionados con Evento Adverso/ Incidente.
- **Farmacovigilancia:** Reacción adversa, error de medicación y falla terapéutica.
- **Tecnovigilancia:** Relacionados con dispositivos médicos de uso humano.
- **No Conformidades (NC):** Servicio al Cliente.

Tipo de Ocurrencias

Seleccione el Tipo de Ocurrencia

- EA - ADMISIÓN - TRANSFERENCIA - ALTA
- EA - CIRUGIA SEGURA Y PROCEDIMIENTOS CORRECTOS
- EA - CÓDIGO 22 AMENAZA A LA RESPIRACIÓN
- EA - COMUNICACIÓN EFECTIVA
- EA - DIETA
- EA - HIGIENE DE MANOS
- EA - IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE

## 8. OCURRENCIA: ¿Qué fue lo que pasó?

Ocurrencias

Seleccione la Ocurrencia.
APGAR MENOR DE 8
AUSENCIA DE FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA
CODIGO AZUL DURANTE LA CIRUGIA /TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO
COMPLICACIONES DURANTE LA CIRUGIA/TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO
COMPLICACIONES MATERNAS O NEONATALES, RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS (AMNIOCENTESIS, PR

## 9.METODO DE DETECCIÓN: Cómo fue identificada la ocurrencia.

Método de Detección

Seleccione el método de detección.
AUDITORÍA INTERNA
CLIENTE INTERNO-PERSONAL DE SALUD
CORREO ELECTRONICO
ESCRITA CLIENTE EXTERNO - PACIENTE/FAMILIA
OBSERVACIÓN
REDES SOCIALES -FB/SOCIAL WIFI/WEB
SEGURO PRIVADO
VERBAL

## 10.ACCION INMEDIATA: ¿Qué acción se realizó al momento de presentarse la ocurrencia?

Acción Inmediata

Seleccione la Acción Inmediata.
ASIGNACIÓN DE CITA
ATENCIÓN INMEDIATA
CAMBIO DE HABITACIÓN
INTERRUPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
NOTIFICACIÓN AL RESPONSABLE
OTROS

**11.TITULO:** Está relacionado con la ocurrencia. Ejemplo: Complicaciones materno-neonatales.

Título

Informe el título del Registro de la Ocurrencia

**12. FECHA Y HORA:** La ocurrencia se debe reportar el mismo día en que

Fecha de ocurrido							Hora del accidente	
28/08/2019							10:57	
◀ Ago ▶							◀ 2019 ▶	
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do		
29	30	31	1	2	3	4		
5	6	7	8	9	10	11		
12	13	14	15	16	17	18		
19	20	21	22	23	24	25		
26	27	28	29	30	31	1		
2	3	4	5	6	7	8		

**13.DESCRIPCIÓN:** Se debe describir en detalle lo que ocurrió (como paso, quienes estuvieron involucrados y acciones tomadas).

Ingrese la descripción

**14.FORMULARIO:** Dependiendo del tipo de ocurrencia seleccionada, el módulo les habilitara el formulario correspondiente.

## FORMULARIO SEGURIDAD DEL PACIENTE (EA):

Formulario

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE**  
Ingresar nombre completo del paciente

**NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA**  
Colocar el número de historia clínica del paciente

**DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO - CUANDO OCURRIÓ\***

- Al ingreso
- Durante la estancia
- Al alta

**DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO - LUGAR DE OCURRENCIA\***

- En el servicio
- En el traslado
- Otro

**INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR\***

- Médico tratante
- Médico residente / posgradista
- Personal de enfermería
- Personal auxiliar de enfermería
- Personal de laboratorio
- Personal de imagen
- Personal administrativo
- Interno / externo
- Otro

## FORMULARIO FARMACOVIGILANCIA:

Formulario

**NOMBRE DEL PACIENTE**  
ANOTE LOS NOMBRES DEL PACIENTE

**NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA**  
ANOTE EL NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

**EDAD**

**SEXO\***

**FECHA DE OCURRENCIA**  
Informe la competencia

**DIAGNÓSTICOS PREVIOS Y ACTUALES/ ALERGIAS/ OTROS ANTECEDENTES QUE CONSIDERE RELEVANTE**  
ANOTE LO SOLICITADO EN EL ORDEN SOLICITADO

Documentos

Seleccionar archivos

## FORMULARIO TECNOVIGILANCIA:

Formulario

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**  
ANOTE LAS SIGLAS DE NOMBRES Y APELLIDOS

**EDAD**

**SEXO\***

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO**

**PAIS /CIUDAD DE LA OCURRENCIA**  
ANOTE EN EL ORDEN SOLICITADO

**FECHA DE INICIO**  
Informe la competencia

**FECHA DE FIN DEL EVENTO**  
Informe la competencia

**TIEMPO DE CONTACTO CON EL DISPOSITIVO**  
MINUTOS/HORAS/DÍAS/AÑOS

**DETECCIÓN DEL EVENTO/INCIDENTE\***

**HISTORIA CLÍNICA**  
POR FAVOR ANOTE EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

**DESENLACE DEL EVENTO/INCIDENTE\***

MUERTE  
 ENFERMEDAD O DAÑO QUE AMENACE LA VIDA  
 REQUIERE INTERVENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA  
 HOSPITALIZACIÓN INICIAL O PROLONGADA  
 DAÑO DE UNA FUNCIÓN O ESTRUCTURA CORPORAL  
 NO HUBO DAÑO

**CAUSA QUE SUSPECHE QUE PROVOCÓ EL EVENTO/INCIDENTE**  
INDICAR SI TIENE SUSPECHA DE QUE EL EVENTO SE HAYA PROVOCADO POR ALGUN OTRO FACTOR

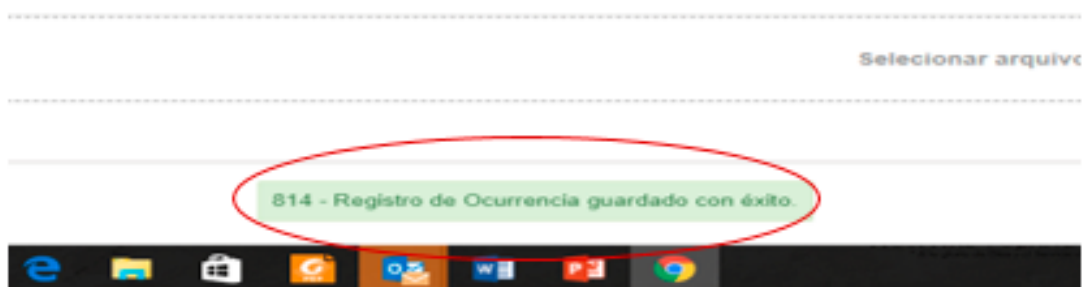
**INFORMACIÓN ADICIONAL**  
USE ESTE CAMPO SI NECESITA INFORMAR ALGO ADICIONAL, ESTA INFORMACIÓN SERÁ DE CARACTER CONFIDENCIAL

📎 Documentos

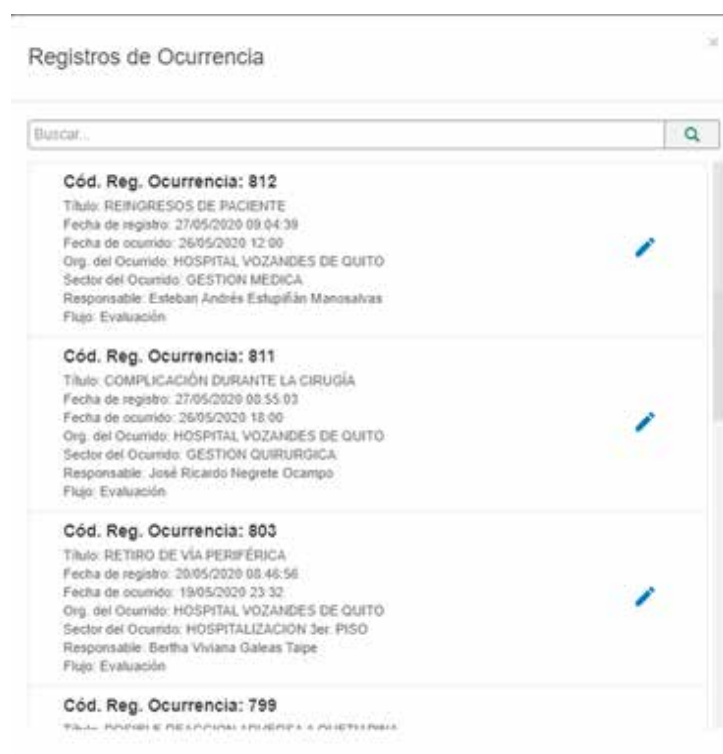
**15. ADJUNTAR DOCUMENTOS:** Le permite anexar documentos que usted considere importantes para complementar la información reportada sobre la ocurrencia

The screenshot shows a web browser window with a URL starting with '172.16.241.13'. The page is titled 'Anónimo' and contains several dropdown menus and text input fields for reporting an incident. The 'Registrante' field is filled with 'Luis Fernando Zúñiga Arévalo'. The 'Fecha de ocurrencia' is set to '28/09/2020' and the 'Hora del accidente' is '18:00'. A red circle highlights the 'Guardar' button in the top right corner, and another red circle highlights the 'Mi registro' button next to it.

Después de guardar se genera un código único correspondiente a la ocurrencia generada. En caso, que no se genere el código, debe revisar nuevamente el registro ya que alguna variable debe estar sin ser llenada.



Adicionalmente, a través de la pestaña de mis registros, se puede observar el histórico de las ocurrencias reportadas por cada persona.



Adicionalmente, se cuenta con una Guía de Tamizaje, en la cual se encuentran algunos hallazgos que alertan sobre la posible presencia de un evento adverso, los cuales son importantes reportar a fin de analizar posibles riesgos. Esta guía de tamizaje la encuentra en las diferentes carteleras del hospital.

## GUÍA DE TAMIZAJE PARA EVENTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

### HALLAZGOS QUE ALERTAN LA POSIBLE PRESENCIA DE UN EVENTO

\* Es importante notificar para analizar riesgos ante un posible evento en un paciente

**1. Documentación.** Incluye brazalete con datos erróneos, número de habitación equivocado, sin identificación de alergias cuando corresponda, indicaciones médicas, pedidos, recetas confusas o no legibles, consentimiento informado sin firma, omisión de reporte oportuno de resultados críticos, etc).

**2. Procedimiento diagnóstico/terapéutico,** incluye paciente equivocado, lateralización equivocada, múltiples punciones venosas fallidas, múltiples intentos de intubación endotraqueal.

**3. Dispensación de medicamentos,** incluye administración equivocada, nombre y/o dosis.

**4. Procesamiento de muestra,** incluye error al procesar muestras, pérdida o confusión de muestras, entrega equivocada de muestras, biopsias y/o resultados, demora injustificada en el despacho.

**5. Trauma,** caída durante hospitalización. Incluye quemaduras, escaras, zonas de presión en piel etc.

**6. Reacción adversa a medicamento durante la hospitalización.** Incluye reacciones alérgicas a otras sustancias (mercurio y/o hemoderivados).

**7. Retiro accidental de catéteres y dispositivos,** incluidos drenajes.

**8. Infecciones originadas durante la atención hospitalaria,** incluye infección de sitio quirúrgico, catéter venoso central, falta de aplicación de técnicas asépticas (higiene de manos), incumplimiento de aislamiento por el personal sanitario y familiares.

**9. Estancias** superiores a 7 días.

**10. Reingresos a emergencias** por el mismo motivo durante las

siguientes 24 horas y hospitalización durante las siguientes 48 horas.

**11. Estado febril** al egreso (>38,3 axilar o >38,8 oral)

**12. Traslado de hospitalización a cuidado intensivo** o cuidado intermedio. (No incluye las programadas o el despertar de procedimientos quirúrgicos).

**13. Re intervención quirúrgica** durante el mismo ingreso o dentro de los 15 días posteriores al egreso, incluye intervención quirúrgica no programada, posterior a realización de procedimiento ambulatorio programado.

**14. Lesión de órgano** tras procedimiento invasivo, que requiere re intervención. Incluye inmediatas y tardías.

**15. Déficit neurológico**, no relacionado con la enfermedad actual. Puede incluir estados de cónfusión y agitación y es de carácter permanente o de recuperación lenta, luego del egreso.

**16. Cuadro clínico súbito** (infarto agudo de miocardio, trombo embolismo, accidente cerebro vascular) durante o posterior a intervención quirúrgica o procedimiento invasivo.

**17. Paro** cardio-respiratorio.

**18. APGAR** bajo en neonatos (<8).

**19. Complicaciones maternas o neonatales**, relacionadas con procedimientos obstétricos (amniocentesis, parto, atención del parto, post parto o atención de aborto).

**20. Cualquier daño que** requiere valoración en emergencias y que está relacionado con procedimientos ambulatorios, quirúrgicos o no o con procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados durante hospitalización.

**21. Indicio de que el paciente** o la familia, están inconformes con la atención y existe la posibilidad de queja o demanda. Incluye altas voluntarias.

**22. Re-hospitalización por el mismo motivo** de consulta, durante el último semestre, sospechoso de estar provocado por mal manejo del paciente.

**23. Traslado a institución** de igual o mayor nivel de atención, para continuar tratamiento (no relacionado con motivos administrativos).

**24. Lesión o daño relacionado** con la utilización de insumos, dispositivos y reactivos. Incluye reacciones a esparadrapo o látex, flebitis.

**25. Antecedentes de tratamiento** antineoplásico, seis meses previos a la hospitalización.

**26. Deterioro del estado** del paciente, en espera de realizar procedimiento diagnóstico o terapéutico.

**27. Muerte inesperada.** Incluye todo paciente que precise autopsia. Excluye pacientes en cuidado paliativo o pacientes recién nacidos.

Adaptado de instrumento formulario resumen de la historia clínica del proyecto IBEAS – 2010. Octubre 2019.

“Es importante aprender de los errores:  
Notificar un incidente es una contribución  
para mejorar. La reflexión posterior sobre  
un incidente es una contribución al  
aprendizaje continuo”

Adicionalmente, el Hospital Vozandes Quito, cuenta con un Comité de Seguridad del Paciente, el cual es un ente institucional asesor, responsable de fomentar la cultura de seguridad del paciente, promover el reporte de Eventos Adversos (EA) y establecer la gestión de la información recibida de manera que se obtenga como resultado planes de mejora continua basados en la metodología Plan-Do-Check-Act (Planificar, Hacer, Evaluar y Actuar).

## Contactos de seguridad del paciente en el HVQ



**Laura Martínez**  
Extensión 3407

**Luisa Fernanda Zúñiga**  
Extensión 3443

## BIBLIOGRAFIA

Estudio IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad, España, 2010.

<http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/metas/programasMISP/PGR-MISP-2.pdf> - COMUNICACIÓN EFECTIVA

<https://www.youtube.com/watch?v=hFxfddjSDC4>.  
COMUNICACION EFECTIVA

<http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/2-mejorar-la-comunicacion-efectiva/>

Manual de seguridad del Paciente. Ministerio de Salud del Ecuador (1)´

Protocolo para administración de medicamentos  
– Hospital Vozandes Quito –

Protocolo de Infecciones Asociadas a la atención en Salud.  
Hospital Vozandes Quito  
Prevención de caídas. Manual de seguridad Ministerio de salud del Ecuador – Protocolo prevención de caídas HVQ

Protocolo para prevención de úlceras por presión  
- Hospital Vozandes Quito -