

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE GESTIÓN DE RIESGO EN EL MANEJO DE EVENTOS
ADVERSOS EN EL CENTRO MÉDICO INTEGRAMEDICA LIMA
2018- 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
ADMINISTRACION EN SALUD**

PATRICIA MIREYA FUSTER POMASUNCO

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 156-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios y mi padre por darme la fuerza y voluntad para continuar por el buen camino y la superación, no fue sencillo culminar con éxito este proyecto, pero la perseverancia me hizo alcanzar mi objetivo,

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mi camino y lograr una meta

A mis amados hijos por ser el motivo de mi superación.

A mis estimados docentes por impartir sus conocimientos

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por concluir una etapa más
de mi vida

ÍNDICE

Capítulo I.....	4
Descripción de la situación problemática	4
Capítulo II.....	9
Marco teórico.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales	11
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.3 Bases Conceptuales.....	14
Capítulo III.....	25
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática	25.
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, la Organización Panamericana de la Salud, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

“La gestión de riesgos ha sido definida como un conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un efecto adverso durante la asistencia con la finalidad de evitar o minimizar sus consecuencias negativas, tanto para el paciente como para los profesionales y las instituciones sanitarias.

El presente trabajo de académico titulado “PLAN DE GESTION DE RIESGO EN EL MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL CENTRO MEDICO INTEGRAMEDICA LIMA 2018 - 2020”. Tiene como finalidad mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, proporcionando una asistencia sanitaria libre y exenta de todo peligro, daño o riesgo.

Para el desarrollo del presente trabajo académico se implementó un sistema de vigilancia de eventos adversos la cual busca identificar, analizar, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera jefa del centro médico Integramédica ubicada en el centro comercial Megaplaza – Independencia, la cual brinda atención médica ambulatoria a todo grupo etario. La necesidad de identificar los riesgos o peligros que afectan al paciente mitigar.

CAPÍTULO I.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Seguridad del Paciente es un reto en salud siendo parte esencial de la calidad asistencial, y constituye una dimensión fundamental de la cobertura universal en salud.

Los eventos adversos corresponden a una situación o acontecimiento inesperado, en relación a la atención sanitaria recibida por un paciente que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo, y que no tiene relación con el curso natural de la enfermedad. Estos son multicausales y con frecuencia no son reconocidos ni comunicados por los equipos de salud, lo que obstaculiza aprender de ellos y gestionar los riesgos asociados, por lo que conocerlos es primordial para mejorar los procesos asistenciales y entregar una atención más segura a la población (1)

La Organización mundial de la Salud (OMS) refiere que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Sin embargo, hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema (2)

Así mismo, la OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo (3)

La Organización Panamericano de la Salud (OPS) define que, un evento adverso se puede definir como el fenómeno que produce cambios desfavorables en las personas, la economía, los sistemas sociales o el medio ambiente; puede ser de origen natural, generado por la actividad humana o de origen mixto y puede causar una emergencia o un desastre, en definitiva, es un riesgo mal administrado por las autoridades locales (4)

En tanto, La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (2015) manifestó que, es importante tener presente el desconocimiento sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos (5)

Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH (6)

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) refiere que la seguridad del paciente se ha convertido en una actividad prioritaria de los Sistemas de Salud, de los establecimientos de atención médica y del personal de salud, siempre con el propósito de prevenir y evitar en la medida de lo posible, los riesgos de accidentes y los daños que pueden llegar al paciente, originados por eventos adversos que son prevenibles durante la atención médica sin desmerecer ni dejar de reconocer a la seguridad como un componente fundamental en la calidad de atención médica (7)

Natera (2018) en un estudio en Cuba, define el evento adverso como “el daño no intencional o complicación relacionada con la asistencia sanitaria”. Este mismo autor, destaca que se han estimado que uno de cada diez pacientes ingresados en un hospital sufre alguna forma de daño evitable. La incidencia de eventos adversos en hospitales es de 9,2 %, de los cuales el 43,5% se consideran evitables. Es importante promover una cultura de seguridad en el ámbito hospitalario, para disminuir futuros eventos adversos. Mediante la introducción de la cultura de calidad, encargada de fomentar actividades, competencias y patrones de comportamiento individual y colectivos que afectan o influyen sobre la salud y seguridad en el trabajo (8)

Montserrat (2017) realizó un estudio de investigación en América latina donde encontró que la prevalencia de período de eventos adversos fue del 5,6%, 108 pacientes (7,4%) tuvieron más de un evento adverso siendo la prevalencia por paciente del 5,2%. Casi un 75% de los eventos adversos se relacionaron con la medicación, básicamente a reacciones adversas a medicamentos, seguidos de errores en la prescripción (9%) y de fallos de comunicación (9%). por lo que, Los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más frecuentes de EA. Más de una tercera parte de los EA son evitables (9)

Por otro lado, en Brasil, la evaluación de la incidencia de los eventos adversos en hospitales fue estimada en el 7,6%. Los autores observaron que, del número total de eventos adversos, 67% fueron clasificados como evitables; los eventos más frecuentes fueron relacionados con la cirugía, seguida por los asociados con los procedimientos clínicos (10)

A nivel Nacional el Ministerio de Salud (MINSA) define como Evento Adverso al daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente. así mismo señala que la Ley N.º 26842, de la atención de salud en un entorno seguro

(evitando eventos adversos) en servicios de salud mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Por ende, este marco legal busca prioritariamente beneficiar en primer lugar a los pacientes, pero también a los profesionales de enfermería, a las instituciones de salud, y a todos los usuarios en general, que permitan optimizar la calidad de los servicios de salud y de esta manera estén exentos de incidentes, errores o daños. (11)

Aguilar (2018) realizó un estudio en el Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura donde identificó que la frecuencia de eventos adversos notificados (46,5%); dotación de personal (48,3%) y problemas en cambio de turno (47,7%); dos de ellas se presentan como neutras: Percepción de seguridad (57,4%) y expectativas y acciones de la dirección (61,6%), y solo una se muestra como positiva: Trabajo en equipo en el servicio (75%). La cultura de Seguridad del Paciente percibida por las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia es negativa (12)

Delgado et al., (2018) en su estudio en el Hospital Nacional María Auxiliadora, encontraron que, la mayoría de los eventos adversos ocurrieron en los menores de 5 años y en mayores de 50 años, las caídas y eritema de pañal fueron los eventos adversos más frecuentes, requiere el compromiso y acciones de los trabajadores para contribuir con la reducción del problema (13)

Ahora, en el CCMM Integra medica Mega plaza Lima Perú, la frecuencia de las incidencias de los eventos adversos fueron: Eventos asociados a imagenología (Extravasación por medio de contraste (dolor temporal, edemas o flebitis) en un 26%, evento asociados a proceso administrativo (entrega de examen equivocado, paciente equivocado o resultado equivocado, extravío de biopsias o PAP) en un 25%, evento asociado a laboratorio (Nueva muestra por desviación de procedimiento) en un 17%, evento asociado a la vía venosa y administración de medicamentos(Reacción alérgica por administración de medicamentos, multifunciones y hematomas) en un 7.1%, evento asociado a

otro procedimiento o diagnóstico(confusión en procedimientos a paciente equivocado) en un 6% y finalmente las caídas que se evidenciaron en un 1.2%; durante el periodo 2018 hasta el 2019. A pesar de que existe instrumentos de control para evitar los eventos adversos, estos continuaron presentándose, es por eso la importancia la implementación de un plan de gestión de riesgo de eventos adversos el cual permitan mitigar los daños y brindar una mejor calidad de atención al usuario.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

DÍAZ (2019) realizó un estudio cuyo Objetivo fue “Analizar las preferencias, opiniones y expectativas de los profesionales de Enfermería de Madrid sobre cómo abordar los errores derivados de la asistencia sanitaria”. Estudio cualitativo fenomenológico con socios de Asociaciones de Pacientes y de Consumidores y Usuarios de la Comunidad de Madrid, mediante entrevistas en profundidad y un grupo focal. Resultados: El 94,4% de los encuestados reconocen el derecho de los pacientes a ser informados de un error, aunque más de la mitad solo revelarían los incidentes de seguridad que provoquen daño o lesión. El 86,3% de los sujetos prefieren revelar verbalmente el error al paciente, siendo acompañados por el médico. Desde la perspectiva de los enfermeros, un protocolo de intervención para las segundas víctimas debería incluir asesoramiento legal, psicológico y sobre las garantías de la revelación y registro del Evento Adverso en la historia clínica. Los pacientes perciben un cambio de actitud de los profesionales tras interponer una reclamación. Pierden la confianza en los profesionales que ocultan el error y son corporativistas. Se consideran necesario un protocolo de respuesta institucional ante los Eventos Adversos. Conclusiones: Los pacientes y usuarios recibirían con una actitud más comprensiva un fallo ocurrido, si se reconoce el error inmediatamente y se facilita información precoz. Los profesionales son proclives a revelar los Eventos Adversos, pero no los incidentes que no causen daño (14)

MONSERRAT (2017) realizó un estudio cuyo objetivo fue “Determinar la frecuencia y evitabilidad de los eventos adversos (EA) en la asistencia ambulatoria en centros seleccionados de América Latina”. Metodología: Se diseñó desde OPS/OMS un estudio observacional de cohorte con medición retro y prospectiva. Se estudiaron el número de EA durante los seis meses

anteriores a la consulta médica y durante los 42 días posteriores. Se analizó el tipo de EA, sus causas y determinantes, el impacto y la discapacidad provocada en el paciente, y su evitabilidad. El Comité de Ética de OPS aprobó este estudio. Resultados. Se notificaron 180 incidentes que afectaron a 108 pacientes, de los cuales 116 fueron EA. La prevalencia de período de EA fue del 5,6%, 108 pacientes (7,4%) tuvieron más de un EA siendo la prevalencia por paciente del 5,2%. Casi un 75% de los EA se relacionaron con la medicación, básicamente a reacciones adversas a medicamentos, seguidos de errores en la prescripción (9%) y de fallos de comunicación (9%). El impacto en el paciente fue grave en un 8,6% de los casos siendo más frecuente entre mujeres, del grupo de edad entre 46 y 64 años y con menores recursos económicos. El grado de discapacidad asociada fue leve o moderada en 34,5% (40/116). Un 35,4% (40 EA) fueron considerados evitables. Conclusiones: Los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más frecuentes de EA. Más de una tercera parte de los EA son evitables. Finalmente, la metodología del estudio es trasladable a otras áreas del sistema sanitario y a otros países (15)

ALMEIDA Y POZO (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue “Determinar los eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados en los servicios de: emergencia, pediatría, centro quirúrgico, neonatología, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl”. Se realizó un estudio de casos y controles en pacientes hospitalizados. Se utilizó relaciones bivariadas mediante tablas de contingencia y prueba de correlación de Pearson. Entre los 45 pacientes tamizados, 27,30% de sucesos sin lesión (incidente), presentaron una elevada posibilidad de prevención y un 27,30% de lesiones o complicación presentaron una ausencia de evidencia de posibilidad de prevención, también se observó un 18,20% de sucesos sin lesión (incidente) que manifestaron una total evidencia de posibilidad de prevención, un 9,10% de lesiones o complicación y sucesos sin lesión presentaron una elevada posibilidad de prevención. Se concluye que en el

Hospital San Vicente de Paúl se presentaron sucesos sin lesión y lesiones o complicaciones en un gran número (16)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

AÑANCA (2019) realizó un estudio cuyo objetivo fue objetivo “Determinar la frecuencia de los eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: lesión por presión, caídas, flebitis y transfusión sanguínea en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo enero – diciembre 2018”. Material y método: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivos en 127 pacientes registrados en la base de datos del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero – diciembre 2018. Se consideró la gravedad de los eventos adversos (no daño, daño irreversible, invalidez y muerte), los eventos adversos (lesiones por presión, caídas, flebitis y transfusión sanguínea) y datos demográficos como edad y sexo. Resultados: Del total se determinó evidenciando que una alta proporción de las lesiones por presión con 73 reportes (57.5%), seguido de la flebitis con 26 reportes (20.5%), y las caídas con 25 reportes (19.7%). El 55.9% fueron mujeres, 78.7% (100 casos) tuvieron seguimiento por parte del personal, y el 71.7% (91 casos) presentaron no daño, de los cuales 56 (44%) correspondieron a lesiones por presión y 11.8% (15) correspondieron a caídas. Conclusiones: Se determinó las lesiones por presión, seguido de flebitis y caídas como los eventos adversos más frecuentes derivados del cuidado de enfermería en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo enero – diciembre 2018 (17)

MORI (2018) realizó un estudio cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte”. La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. El diseño de investigación fue no experimental; de corte transversal, el muestreo fue probabilístico y la muestra estuvo constituida

por 40 profesionales de enfermería. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para medir las variables cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables, donde existen una relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, con un nivel de significancia de 0.05, $R= 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$ (18)

JAIME (2015) en su estudio tuvo como objetivo “Determinar la asociación entre los riesgos clínicos y epidemiológicos con la evitabilidad y gravedad de los eventos adversos vinculados al cuidado de pacientes críticos ESSALUD–Huancayo”. Metodología: El estudio fue de nivel relacional, tipo observacional analítico, método analítico – retrospectivo. La población estuvo conformada por 169 pacientes que registraron al menos un evento adverso vinculado al cuidado, la técnica investigación documental (historias clínicas y registros). Resultados: El ingreso de un paciente en UCI implicó una probabilidad de 52% de sufrir al menos un evento adverso (EA) vinculado al cuidado enfermero, los EA de mayor incidencia son los hematomas y las úlceras por presión (UPP) de localización sacra y segundo grado de clasificación. Los riesgos epidemiológicos que presentaron asociación con la evitabilidad de los eventos adversos vinculados al cuidado son: la edad ($p=0,05$) y comorbilidad ($p=0,032$) además de los otros riesgos epidemiológicos que también se asociaron con la gravedad del evento adverso vinculado al cuidado: mortalidad ($p=0,00$), estancia hospitalaria ($p=0,005$) severidad de la enfermedad ($p=0,00$) y carga laboral de enfermería. ($p=0,00$). Los riesgos clínicos intrínsecos que se asociaron con la gravedad de eventos adversos vinculados al cuidado son: hipoalbuminemia ($p=0,04$) y suspensión de ingesta oral mayor de 72 horas ($p=0,03$). La mayoría de los eventos adversos vinculados al cuidado se consideraron evitables (74,1%) es decir asociados a los procesos de atención y no tuvieron consecuencias graves para el paciente crítico (19)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de Florence Nightingale

Se centró en la observación, brindó especial atención al entorno que rodea al individuo y conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del paciente y la función de la enfermera: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. Puso énfasis en la planificación del cuidado del paciente, aplicando de forma indirecta la teoría neoclásica, llevando a cabo las etapas del proceso administrativo mediante el manejo del entorno, los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, lo cual permitía definir errores en la atención y así conseguir la mejora continua del cuidado de enfermería (20)

Todo ello daba un acercamiento epidemiológico al concepto multicausal de la enfermedad, al estudio de las causas de la enfermedad y el cuidado del enfermo. Relacionando las aportaciones de Florence Nightingale con los avances en la seguridad del paciente, podemos señalar que se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que existe cierto grado de peligrosidad en cada paso del proceso de atención de salud. Prevenir errores, observar, valorar y analizar el medio que rodea al paciente, así como desarrollar la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente en todo nuestro entorno, salvan vidas (21)

2.2.2. Martha Roger “Modelo de interacción”.

El objetivo del modelo de Martha Rogers, es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud. Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia

de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería) (22)

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1. Gestión del riesgo

Se define como el proceso de identificar, analizar y cuantificar las probabilidades de pérdidas y efectos secundarios que se desprenden de los desastres, así como las acciones preventivas, correctivas y reductivas correspondientes que deben emprenderse (23)

El riesgo es la función de dos variables, ambas son condiciones necesarias para expresar el riesgo, el cual se define como la probabilidad de pérdidas, en un punto geográfico definido y dentro de un tiempo específico. Mientras los sucesos naturales no son siempre controlables, la vulnerabilidad si lo es (24)

Es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen la identificación, el análisis y la evaluación de riesgo, para luego establecer las estrategias de su tratamiento utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evitar el riesgo (esto es, reducir su probabilidad o impacto a 0), reducir el impacto negativo del riesgo y aceptar

algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular mediante una decisión informada (25)

La gestión de riesgos se define como "el conjunto de acciones que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles, es una metodología de trabajo que permite gestionar el riesgo al que sometemos a los pacientes con las atenciones médicas, para que éstos no se manifiesten al azar" (26)

La introducción de una estrategia de Gestión de Riesgos, orientada a crear un ambiente de trabajo basado en la confianza, enfocado al aprendizaje, es una manera efectiva de avanzar hacia el logro de prestar servicios de atención en salud de alta calidad (27)

2.3.1. Evento centinela

Es toda aquella situación inesperada, no relacionada con la historia natural de la enfermedad, que pone en riesgo la integridad física, la salud e incluso la vida del paciente. Por lo general los eventos centinela tienen que ver con el desempeño del personal sanitario (28)

Estos eventos están asociados en la mayoría de los casos a errores humanos o de los equipos durante el proceso de cuidado de la salud. La importancia de la correcta identificación de los eventos centinela está en que la mayoría son evitables al implementar protocolos de actuación correctos. La meta es que su tasa se aproxime a cero (29).

2.3.2. Evento adverso

Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (30)

Se define también, como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que

a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad (31)

Situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de salud. Hay que tomar en cuenta que todo el sistema como tal está involucrado en los errores médicos o EA (32)

Para el entendimiento de los conceptos que describen un evento adverso es importante reconocer que estos ocurren con mucha frecuencia, que son derivados no solo de fallas humanas sino de los sistemas, este reconocimiento y entendimiento es el primer paso para la prevención y corrección de los mismos, también es importante saber cuáles son las causales que llevan a que el equipo de salud a cometer errores, sin embargo hay que tener en cuenta que la mayoría de los EA son producidos por el diseño del sistema de salud o factores de organización, además hay que reconocer que estos eventos son multifactoriales y raramente suceden por falta de cuidado o de un solo individuo (33)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que este sistema presenta (34)

a) Evento adverso evitable

Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. También podemos decir que se considera una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base (35)

b) Evento adverso inevitable

Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. También podemos decir que es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base (35)

2.3.3. Factores de riesgo de los eventos adversos

a) Factores directos relacionados con el profesional de la salud tenemos los siguientes: (36)

- Falta de comunicación entre el paciente, familia y el equipo de salud
- Diversidad de Criterios del personal asistencial
- Formación y destreza
- Exceso de confianza
- Delegación de responsabilidad
- Inadecuada historia clínica
- Pérdida de autonomía entre médicos
- Actitud del equipo de salud
- La fatiga, distracción
- Trabajo bajo presión o retraso en el cronograma

b) Factores Indirectos relacionados con el entorno, estructura, el mantenimiento y los sistemas tenemos:

- Influencia del entorno
- Sobredemanda
- Falta de recursos de toda índole: físicos, humanos, insumos
- Errores administrativos
- Falta de estandarización en los procesos de atención
- Falta de planeación en la programación y desarrollo de actividades y procesos

c) Factores que incrementan los riesgos:

- Autoridad excesiva del responsable del proceso
- Complejidad de los procesos
- Comunicación insuficiente
- Deficiencias en la comunicación entre el personal
- Deficiente comunicación con el paciente
- Deficiente comunicación con la familia
- Delegación sucesiva de la responsabilidad
- Falta de supervisión
- Número de personas involucradas en el proceso

d) Factores que disminuyen los riesgos:

Competencia profesional del personal

Estandarización de los procesos

Identificar al responsable de prevenir cada riesgo.

Reconocimiento a los logros

2.3.4. Clasificación de eventos adversos

a). Eventos adversos e incidentes originado por aspectos administrativos:

En este rubro se incluyen en particular aquellos problemas relativos a la documentación del paciente, como serían los errores en etiquetas, pulseras de identificación, tarjetas, documentos ausentes o retrasos en su disponibilidad, documento o historia clínica de otro paciente. Errores o problemas en el relevo del equipo asistencial, en las citas, listas de espera, derivación/ interconsulta, ingresos y altas, traspaso asistencial, identificación del paciente, consentimiento, datos incompletos o inadecuados, proceso o servicio erróneo (37)

b) Eventos adversos e incidentes relacionados con los procedimientos clínicos

Problemas de diagnóstico o de evaluación, errores en el procedimiento/ tratamiento/ intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, (parte, lugar del cuerpo erróneo) retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no adecuada para el resultado de las pruebas complementarias (38)

c) Eventos adversos relacionados con los cuidados hospitalarios

Situaciones originadas por infecciones nosocomiales (herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de las cánulas intravasculares, prótesis), extravasación de catéteres, úlceras de cubito, flebitis, salida accidental de sondas nasogástricas (39)

d) Eventos adversos o incidentes relacionados con la medicación

Problemas surgidos por error en la medicación son los más frecuentes en la atención hospitalaria, se presenta hasta tres veces más en la población adulta. En su mayoría provienen del personal de enfermería (40)

e) Eventos adversos o incidentes relativos a otros tratamientos.

Se le relacionan con errores vinculado con sangre o productos sanguíneos, con aspectos de la nutrición, con oxígeno, gases o vapores (41)

f) Eventos adversos e incidentes relativos a proceso de comunicación

Se originan por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario. Por su importancia destacan los problemas entre el médico-enfermera y médico- médico (41)

g) Eventos adversos e incidentes relativos por deficiencias diversas.

Problemas originados por infraestructura locales, instalaciones, en los dispositivos equipos médicos (falta de disponibilidad, inadecuación a la tarea, sucio o no estéril, avería, mal funcionamiento, conexión incorrecta (42)

h) Eventos adversos e incidentes en relación a recursos o gestión de la organización

Adaptación de la gestión de la carga asistencial, disponibilidad e idoneidad de camas o servicios, disponibilidad e idoneidad de los recursos humanos y materiales, correcta organización de equipos y personas, disponibilidad e idoneidad de protocolos, políticas, procedimientos y directrices (42)

2.3.5. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. Período 2015-2020

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente en el marco del cual se han desarrollado diferentes proyectos, entre los que cabe destacar:

- Sistemas de notificación de incidentes en América Latina que recogen información sobre diferentes sistemas de notificación en la región y recomendaciones para su implementación y desarrollo.
- Estudio Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica- AMBEAS. El principal objetivo de

esta investigación era valorar la viabilidad de llevar a cabo este tipo de estudios en la región, así como conocer la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en la población.

El Consejo de Europa La Declaración de Varsovia sobre seguridad del paciente del año 2006 recomendaba incluir la seguridad del paciente como una prioridad en las agendas nacionales e internacionales, cooperando con el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud para asegurar la implementación de acciones de seguridad del paciente. Como líneas estratégicas a desarrollar recomendaba:

- Promover una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico.
- Establecer sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje y la toma de decisiones.
- Implicar a los pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad. Unión Europea (UE)

La seguridad de paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (43)

2.3.6. Acciones preventivas

- Sensibilizar al personal y lograr la toma de conciencia es un aspecto esencial en la prevención de EA. Para ello, es necesario tener presente cuatro aspectos:" Aceptar que uno se puede equivocar, aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas, diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores y reconocer tempranamente los problemas emocionales

en los que cuidan a los pacientes". Cuando el personal de salud es consciente que puede equivocarse, tiende a tener mayor compromiso en el momento de brindar cuidado para evitar causar daño en el paciente.

- La notificación de los errores es una acción muy importante, y debe realizarse en un clima en el que no se busque generar culpa, permita identificar, analizar y generar barreras protectoras, facilitando de esta forma, la elaboración de guías y protocolos. La notificación de los eventos permite también la elaboración de indicadores de calidad en la atención, la educación continua y capacitación del personal.
- Un buen clima laboral fundamentado en la comunicación, organización de los sistemas de información y en la implementación de procesos de gestión facilita al profesional realizar el reporte de evento.
- El profesional de enfermería se debe convertir en un líder efectivo, es decir, aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla.
- Contar con un número adecuado de personal de salud, ya que esto permite mejorar las condiciones tanto de los trabajadores, dispone de un poco más de tiempo y apoyo durante los procedimientos, y para el paciente se torna como medidas de seguridad que contribuyen a disminuir las caídas, presencia de úlceras por presión y errores de medicación.
- Respecto a los eventos adversos con medicamentos es trascendental fortalecer en el ámbito académico las competencias relacionados con el proceso de administración de medicamentos, con mayor énfasis en los aspectos relacionados con la farmacocinética, farmacodinamia, cálculo de dosis, forma de preparación y administración.
- Diseñar estrategias que inicien desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, así como la identificación extra de los medicamentos de alto riesgo. Es fundamental la participación del químico o farmacéutico en los

procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.

- En los pacientes hospitalizados en las diferentes unidades, para disminuir los eventos adversos relacionados con administración de medicamentos es importante buscar y elegir alternativas terapéuticas con menor riesgo y ajustar la dosis lo mejor posible
- Para evitar confusiones con medicamentos en envases similares se deben identificar con algún código o color los medicamentos que la institución considere de alto riesgo para que el personal de enfermería los identifique fácilmente y tenga mayor cuidado durante su administración. Por otro lado, es fundamental promover la implementación de sistemas de dosis unitarias, la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión.
- Es importante que el profesional que vaya a trabajar en la unidad tenga un tiempo de entrenamiento previo en el que se haga énfasis en la preparación de los medicamentos más utilizados en esta área.
- Respecto al cuidado de los catéteres, es indispensable garantizar durante la inserción y el manejo técnicas asépticas estrictas; conservar el concepto de sistema cerrado con un adecuado manejo de las llaves de tres vías y transductor; utilizar listas de chequeo; aplicar los Bundle y preguntarse si realmente el paciente necesita el dispositivo; realizar campañas institucionales de lavado de manos en los cinco momentos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud y hacer vigilancia activa.
- Estas medidas permitirán disminuir el riesgo de infección; mantener el sitio de inserción limpio y garantizar la técnica aséptica permite que se disminuya la estancia y el número de venopunciones periféricas.
- La cultura es un principio orientador de una atención más segura; se entiende como el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. Debe estar orientada a la notificación voluntaria de los eventos adversos, de manera que

se pueda obtener información, identificar las falencias del sistema y mejorar el compromiso de los profesionales de la salud.

- Los sistemas de notificación se deben caracterizar por ser no punitivos, confidenciales, oportunos, orientados a sistemas y que brinden respuesta de manera precisa y oportuna; pero para esto se debe también manejar una comunicación abierta, con el fin de sensibilizar al profesional y resaltar la importancia del registro.
- Finalmente, la aplicación de las medidas preventivas y la promoción de una cultura orientada a la notificación de eventos adversos contribuirán a mejorar la calidad del cuidado del paciente.

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

3.1. PLAN DE GESTION

I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

1. Identificación del área y proceso a ser mejorado.

Integra Médica Ubicado en la Calle A, Independencia 15311, Mega Plaza, es el centro médico equipado de Lima Norte. Forman parte del grupo internacional BUPA, líder mundial en salud, con presencia en más de 192 países, y especialistas en atención ambulatoria.

Se encargan de ofrecer atención de salud completa, basada en un amplio número de consultorios de diversas especialidades, un moderno laboratorio clínico, equipos especializados para el diagnóstico por imágenes, servicios dentales, farmacia, rehabilitación física, salud mental, salud ocupacional y procedimientos, entre otros. Cuenta con 19 especialidades

Sin embargo, a pesar de contar con la tecnología de punta y la modernidad en cuanto a sus servicios, se presentaron eventos adversos durante el periodo 2018-2019, tales como; Eventos asociados a imagenología (Extravasación por medio de contraste (dolor temporal, edemas o flebitis) en un 26%, evento asociados a proceso administrativo (entrega de examen equivocado, paciente equivocado o resultado equivocado, extravío de biopsias o PAP) en un 25%, evento asociado a laboratorio (Nueva muestra por desviación de procedimiento) en un 17%, evento asociado a la vía venosa y administración de medicamentos(Reacción alérgica por administración de medicamentos, multifunciones y hematomas) en un 7.1%, evento asociado a otro procedimiento o diagnostico(confusión en procedimientos a paciente equivocado) en un 6% y finalmente las caídas que se evidenciaron en un 1.2%; durante el periodo 2018 hasta el 2019. A pesar de que existe instrumentos de control para evitar los eventos adversos, estos

continuaron presentándose, es por eso la importancia la implementación de un plan de gestión de riesgo de eventos adversos el cual permitan mitigar los daños y brindar una mejor calidad de atención al usuario.

○ **Listado de problemas**

- Diversidad de Criterios del personal asistencial
- Formación y destreza
- Exceso de confianza
- Delegación de responsabilidad
- Actitud del equipo de salud
- La fatiga, distracción
- Falta de estandarización en los procesos de atención
- Falta de planeación en la programación y desarrollo de actividades y procesos
- Comunicación insuficiente entre el equipo de salud y los familiares
- Deficiencias en la comunicación entre el personal
- Falta de adhesión a los protocolos de seguridad por parte del personal
- Falta de acceso al formato de reporte de incidentes o eventos adversos.
- Desconocimiento en el manejo del formato de reporte de incidentes o eventos adversos.

○ **Priorización de los problemas**

1. Falta de adhesión a los protocolos de seguridad por parte del personal
2. Desconocimiento en el manejo del formato de reporte de incidentes o eventos adversos.
3. Diversidad de Criterios del personal asistencial
4. Comunicación insuficiente entre el equipo de salud y los familiares

5. Falta de acceso al formato de reporte de incidentes o eventos adversos.
6. Formación y destreza
7. Exceso de confianza

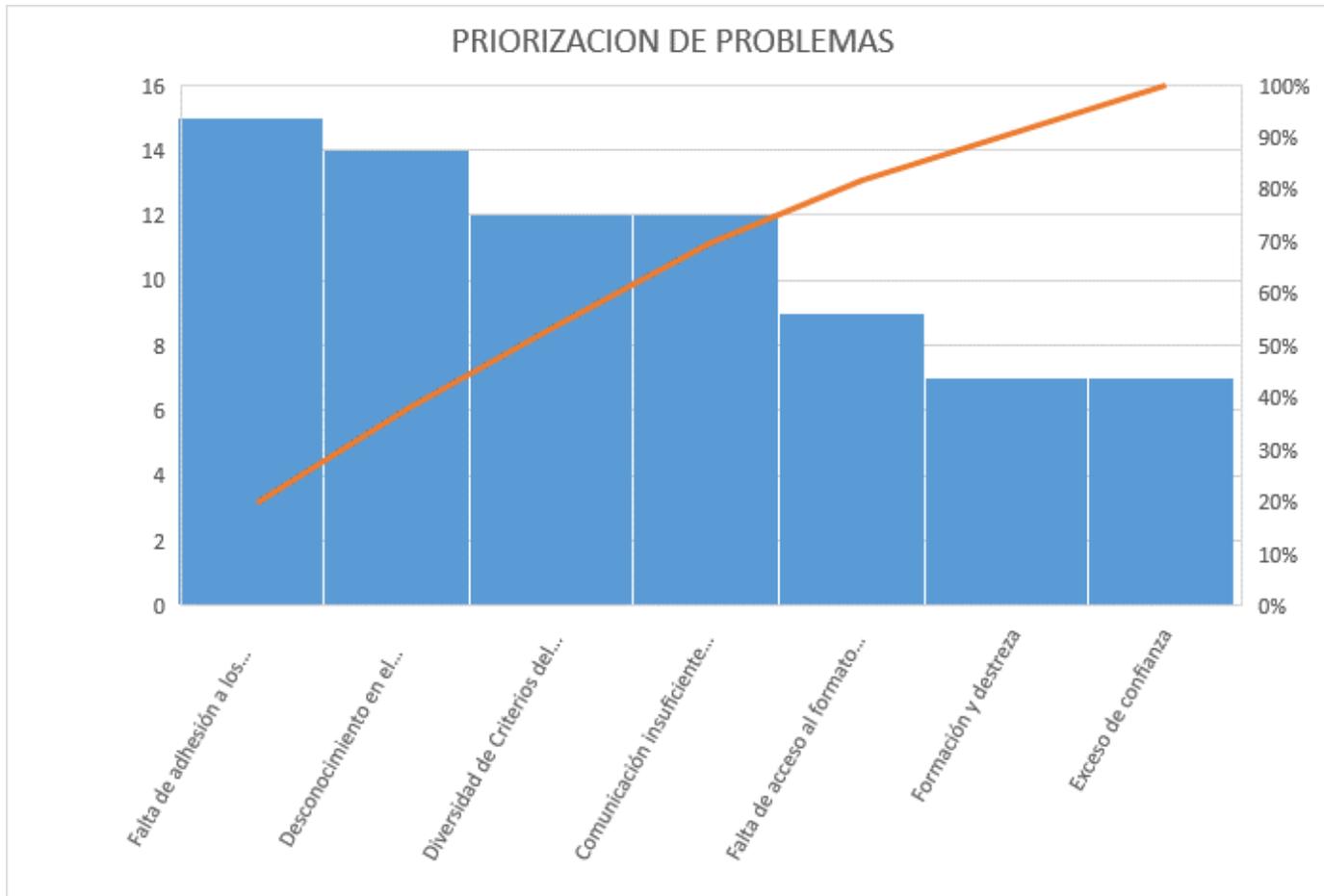
A). MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION					Total
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	
1. Falta de adhesión a los protocolos de seguridad por parte del personal	3	3	3	3	3	15
2. Desconocimiento en el manejo del formato de reporte de incidentes o eventos adversos.	3	2	3	2	3	13
3. Diversidad de Criterios del personal asistencial	2	2	3	2	3	12
4. Comunicación insuficiente entre el equipo de salud y los familiares	2	2	2	2	3	11
5. Falta de acceso al formato de reporte de incidentes o eventos adversos.	1	1	3	1	3	9
6. Formación y destreza	1	1	1	1	3	7
7. Exceso de confianza	1	1	1	1	3	7

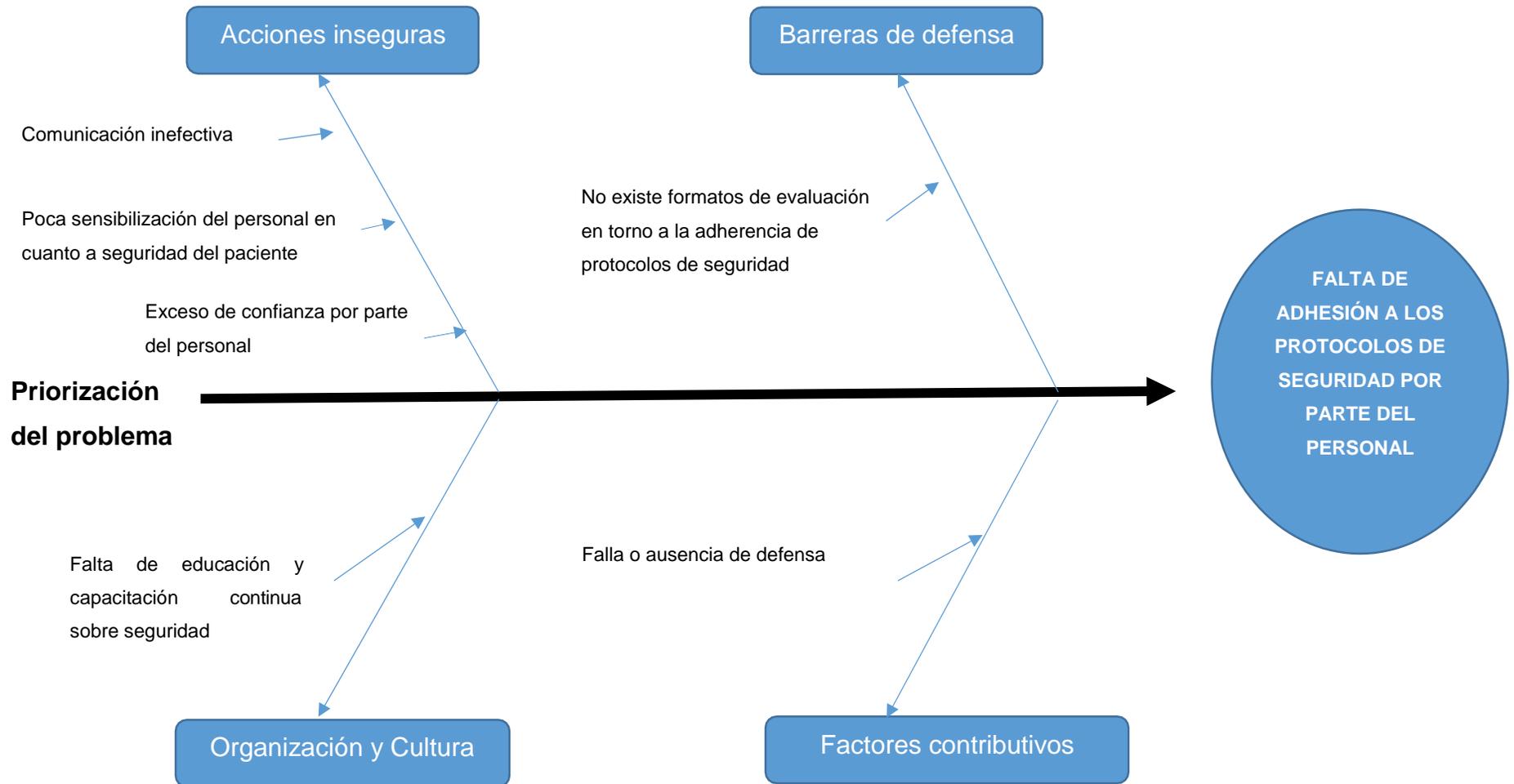
Fuente: Elaboración propia

Leyenda: 1- bajo; 2- medio; 3 – alto

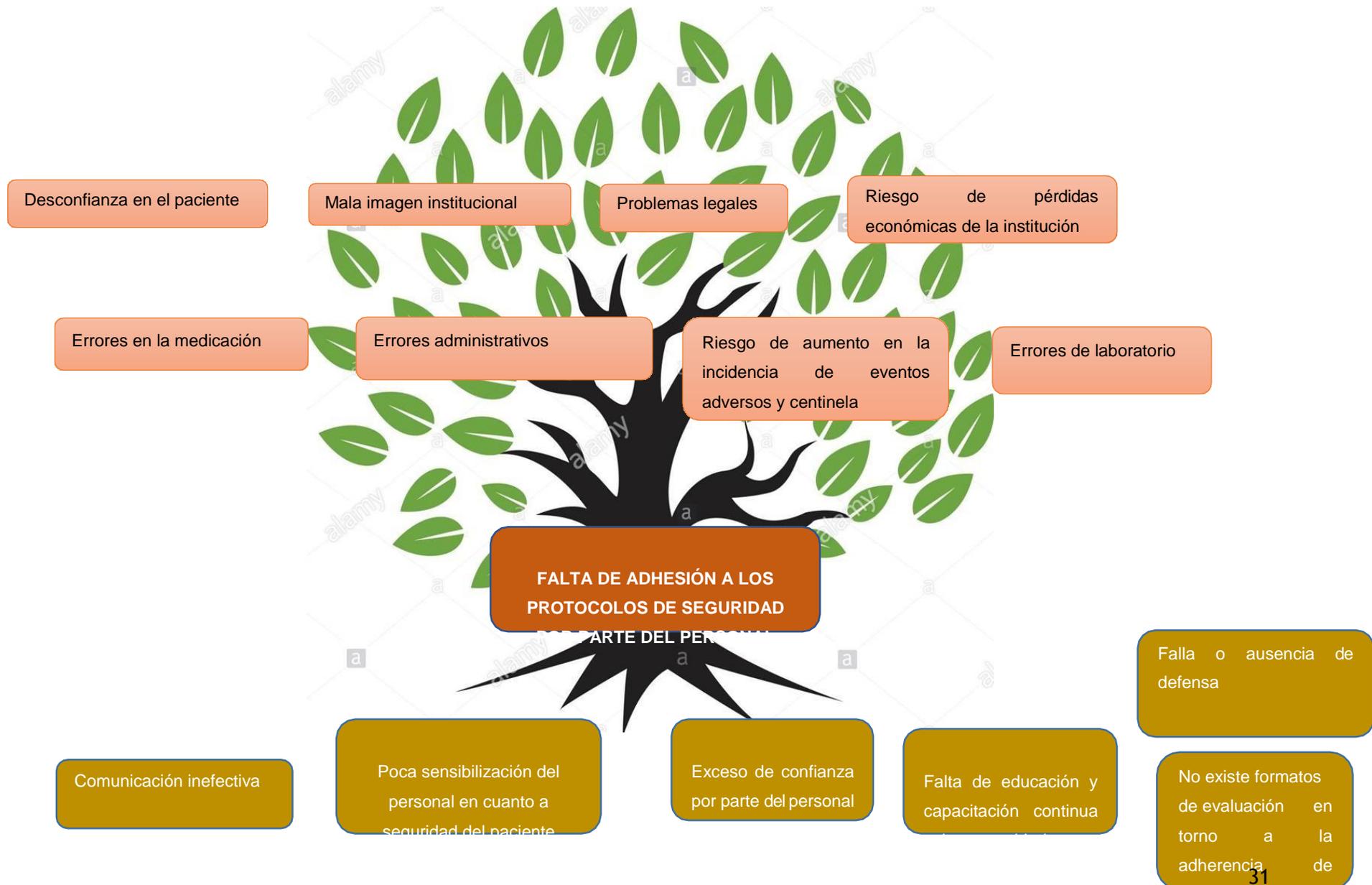
B) DIAGRAMA DE PARETO



c) Descripción de las causas y efectos: ESPINA DE ISHIKAWA(CAUSA Y EFECTO)



d) ÁRBOL DE PROBLEMAS



2. Describir las causas y efectos negativos de la problemática apoyándose con diversas herramientas y técnicas de análisis

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	COMPETENCIAS A FORTALECER
<p>FALTA DE ADHESIÓN A LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD POR PARTE DEL PERSONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación inefectiva • Poca sensibilización del personal en cuanto a seguridad del paciente • Exceso de confianza por parte del personal • Falta de educación y capacitación continua sobre seguridad • No existe formatos de evaluación en torno a la adherencia de protocolos de • Falla o ausencia de defensa 	<ul style="list-style-type: none"> • Errores en la medicación • Errores administrativos • Errores de laboratorio • Riesgo de aumento en la incidencia de eventos adversos y centinela • Desconfianza por parte del paciente • Mala imagen instituciones • Problemas legales • Riesgo de pérdida económica de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación • Clima laboral • Educación y capacitación continua sobre seguridad del paciente • Evaluación continua • Clima laboral • Cultura de seguridad

II.-PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

a) **Objetivo General:**

- Fortalecer la cultura de gestión del riesgo a través de la adhesión hacia los protocolos de seguridad del paciente mediante la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención de salud en el Centro Médico Integramédica – Megaplaza

Objetivos Específicos:

1. Fortalecer competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión del riesgo.
2. Brindar educación y capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente.
3. Impulsar estrategias formativas, informativas y de investigación que promuevan la calidad y la mejora continua.
4. Implementar una cultura por la humanización del cuidado de la salud y la seguridad del paciente.
5. Establecer un sistema de vigilancia que permita definir y sistematizar los pasos a seguir el proceso de la notificación y análisis de los near miss, eventos adversos, centinelas y de los incidentes clínicos críticos que requieren una respuesta inmediata.

b) Posibles soluciones.

Actividades 01:

- ✓ Llevar a cabo reuniones de sensibilización al personal de Salud en el tema de Seguridad del Paciente y comunicación asertiva.
- ✓ dispone de un sistema de difusión de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que suceden en el centro.
- ✓ Dar a conocer al personal de salud la visión, misión y valores de la institución
- ✓ Crear un clima laboral adecuado mediante una convivencia saludable.
- ✓ Sesiones de motivación y premio al trabajador.

Actividades O2

- ✓ Establecer mecanismos de difusión y aprendizaje colectivo sobre eventos adversos:
- ✓ Sesiones educativas sobre seguridad del paciente, dentro de los temas a fortalecer; practica adecuada del lavado de manos, administración y manipulación de medicamentos (farmacodinamia y farmacocinética) con los 10 correctos
- ✓ Fortalecer habilidades y destrezas en cuanto a las venopunciones mediante sesiones demostrativas.
- ✓ Capacitar en el manejo de las herramientas y metodologías para el análisis de los eventos adversos y gestión clínica del riesgo a los Jefes de Departamento y otros afines.
- ✓ Capacitar al personal en el diseño e implementación de proyectos de mejora de la seguridad del paciente.

Actividades O3

- ✓ Implementación de mapa de riesgos de los procesos asistenciales y un mapa de riesgos estructurales.
- ✓ Fomento de la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad del paciente.

Actividades O4:

- ✓ Difusión de derechos y deberes del paciente

- ✓ Difundir la importancia de la seguridad del paciente frente a los eventos adversos

Actividad 05:

- ✓ El equipo directivo participa en visitas frecuentes y estructuradas, para hablar directamente con los profesionales sobre temas de seguridad y calidad (rondas de seguridad) y conocer de primera mano los retos que afrontan día a día los profesionales en el desarrollo de su actividad asistencial.
- ✓ Evaluación periódicamente la implementación de estas medidas.

c) Establecer decisiones para la solución herramientas a aplicar

Formulario de reporte de Evento Centinela y Evento Adverso

Matriz de riesgo por área

Uso de guías de práctica clínica o protocolos de seguridad frente a los eventos adversos.

3. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA OPERATIVA

Problema	Objetivos		Metas	Actividades	Fecha inicio	Fecha fin	Responsable	Recurso
	General	Específico						
FALTA DE ADHESIÓN A LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD POR PARTE DEL PERSONAL	Fortalecer la cultura de gestión del riesgo a través de la adhesión hacia los protocolos de seguridad del paciente mediante la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención de salud en el Centro Médico Integramedica – Megaplaza	Fortalecer competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión del riesgo.	100%	Llevar a cabo reuniones de sensibilización al personal de Salud en el tema de Seguridad del Paciente y comunicación asertiva. disponer de un sistema de difusión de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que suceden en el centro. Dar a conocer al personal de salud la visión, misión y valores de la institución Crear un clima laboral adecuado mediante una convivencia saludable. Sesiones de motivación y premio al trabajador..	18/11/20	20/12/20	Lic. Patricia Mireya Fuster Pomasunco	Proyector Laptop PPT Video
				Establecer mecanismos de difusión y aprendizaje colectivo sobre eventos adversos: Sesiones educativas sobre seguridad del paciente, dentro de los temas a fortalecer;	18/11/20	20/12/20	Lic. Patricia Mireya Fuster Pomasunco	Proyector Laptop PPT

		Brindar educación y capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente.	100%	<p>practica adecuada del lavado de manos, administración y manipulación de medicamentos (farmacodinamia y farmacocinética) con los 10 correctos</p> <p>Fortalecer habilidades y destrezas en cuanto a las venopunciones mediante sesiones demostrativas.</p> <p>Capacitar en el manejo de las herramientas y metodologías para el análisis de los eventos adversos y gestión clínica del riesgo a los Jefes de Departamento y otros afines.</p> <p>apacitar al personal en el diseño e implementación de proyectos de mejora de la seguridad del paciente.</p>				<p>Video</p> <p>Materiales para la venopuncion</p> <p>Materiales para el correcto lavado de manos</p>
		Impulsar estrategias formativas, informativas y de investigación que promuevan la calidad y la mejora continua.	100%	<p>Implementación de mapa de riesgos de los procesos asistenciales, administrativos y un mapa de riesgos estructurales.</p> <p>Fomento de la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad del paciente.</p>	18/12/20	20/12/20	Lic. Patricia Mireya Fuster Pomasunco	<p>Mapa de riesgo asistenciales</p> <p>Mapa de riesgos administrativos y estructurales</p>
		Implementar una cultura por la humanización del cuidado de la salud y		Difusión de derechos y deberes del paciente	18/11/20	20/12/20	Lic. Patricia Mireya Fuster Pomasunco	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p>

		la seguridad del paciente.	90%	Difundir la importancia de la seguridad del paciente frente a los eventos adversos				PPT Video
		Establecer un sistema de vigilancia que permita definir y sistematizar los pasos a seguir el proceso de la notificación y análisis de los near miss, eventos adversos, centinelas y de los incidentes clínicos críticos que requieren una respuesta inmediata.	80%	El equipo directivo participa en visitas frecuentes y estructuradas, para hablar directamente con los profesionales sobre temas de seguridad y calidad (rondas de seguridad) y conocer de primera mano los retos que afrontan día a día los profesionales en el desarrollo de su actividad asistencial. Evaluación periódicamente la implementación de estas medidas	18/11/20	20/12/20	Lic. Patricia Mireya Fuster Pomasunco	Formato de evaluación de seguridad del paciente.

CRONOGRAMA DE GANT

ACTIVIDADES	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16
Identificación de problemas presentes en el servicio																
Descripción de la situación problemática.																
Diseñar el Marco teórico.																
Antecedentes del estudio: A. internacionales A. Nacionales																
Bases Teóricas																
Marco Conceptual																
Identificación del área y proceso a mejorar																
Identificación de los problemas encontrados.																
Matriz de priorización.																
Matriz de planificación y diagrama de Pareto.																

Matriz de priorización problemas causas y consecuencias																	
Definir objetivos,soluciomes																	
Planificación Estrategica y operativa.																	
Evaluación y supervisión del cumplimiento de los protocolos de seguridad																	
Fortalecimiento de competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión del riesgo.																	
Talleres de capacitación en seguridad del paciente																	
Implementación de mapa de riesgos de los procesos asistenciales, administrativos y un mapa de riesgos estructurales.																	
Evaluación y supervisión del cumplimiento de los protocolos de seguridad																	
Presentación y sustentación de resultados en el servicio.																	
Entrega y sustentación del Trabajo Académico.																	

III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

Diseño de herramienta general y particular (por unidad) para evaluar la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente con el fin de mitigar eventos adversos.

Se realiza la primera ronda de seguridad donde se aplica la herramienta de evaluación.

Ejecución de la primera ronda de seguridad en cada uno de las unidades tales como imagenología, laboratorio, área administrativa, tópico de enfermería.

Realización del informe final de la primera ronda de seguridad por cada unidad

Se diseña e implementa un plan de acción a partir de resultados de primera ronda de seguridad.

Se aplica todas las actividades diseñadas en torno a los objetivos generales y específicos

Ejecución de la segunda ronda de seguridad en cada uno de las unidades.

Realización del informe final de la segunda ronda de seguridad por servicio.

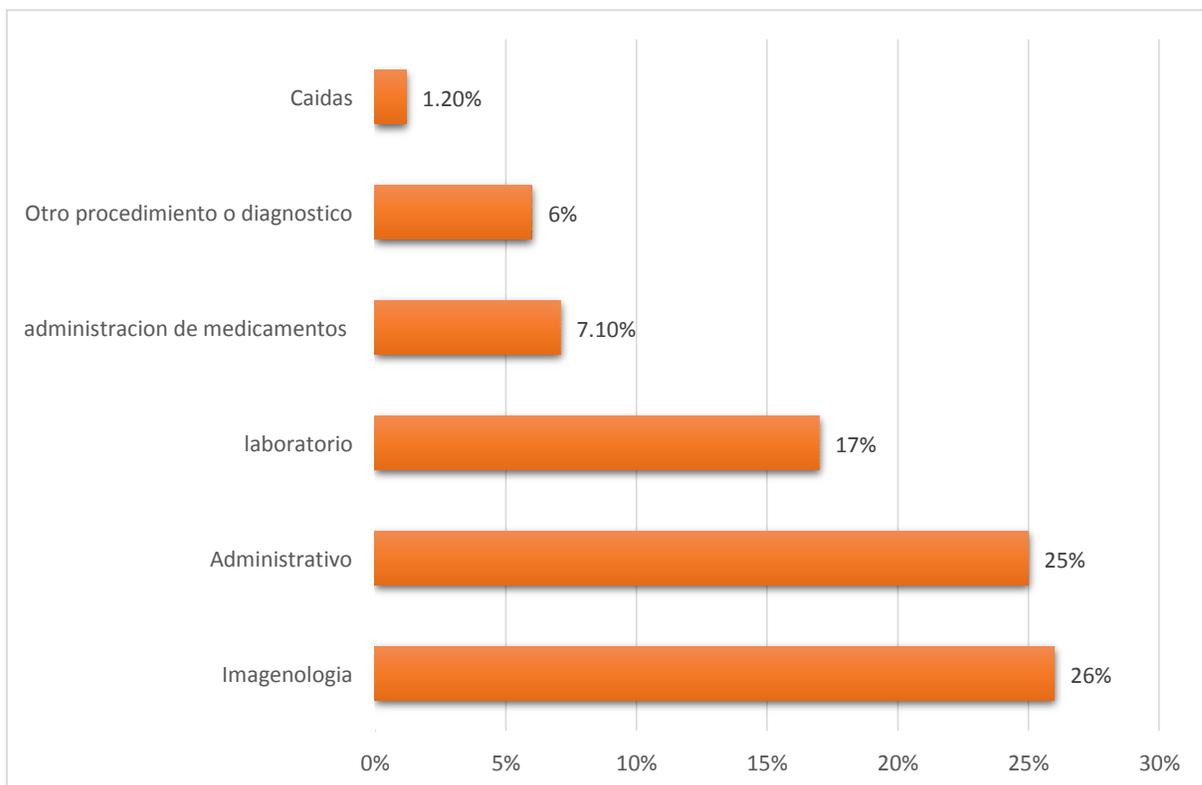
Comparación de resultados entre la primera y segunda ronda de seguridad.

Identificación de la mejora lograda en la adherencia a barreras de seguridad, como resultado de la implementación del plan de acción.

V. EVALUACION

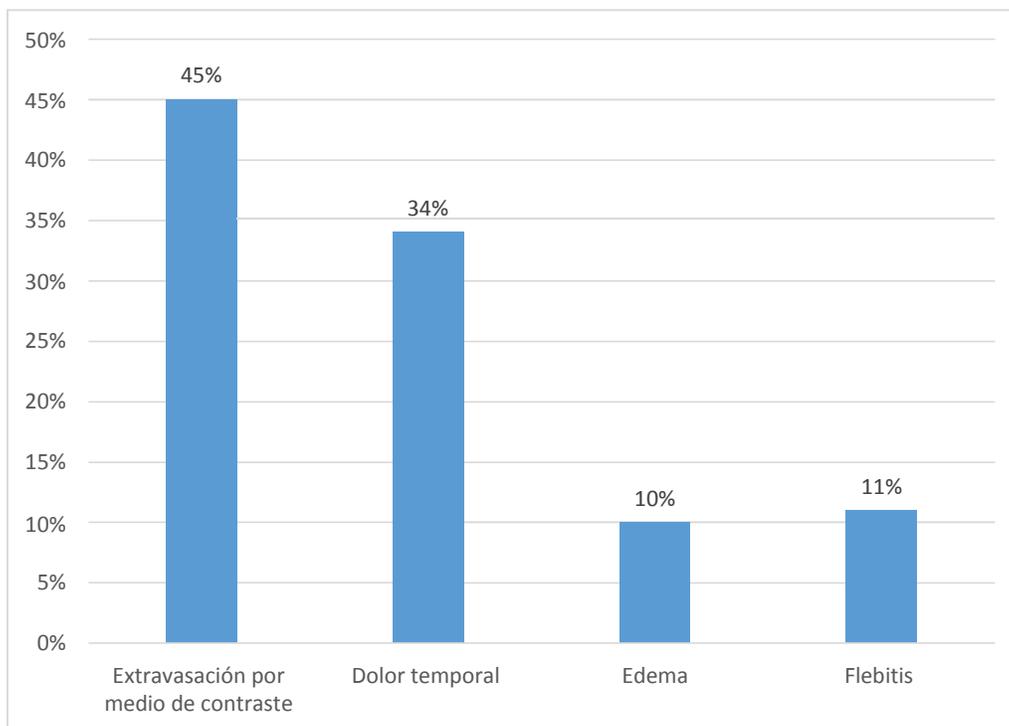
OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	META	EVALUACION
Fortalecer competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión del riesgo.	Proporción de trabajadores capacitados en buenas prácticas y seguridad el paciente	100%	85%
Brindar educación y capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente.	Proporción de trabajadores capacitados en Seguridad del paciente	100%	85%
Impulsar estrategias formativas, informativas y de investigación que promuevan la calidad y la mejora continua	Proporción de trabajadores capacitados en las estrategias formativas e investigativas	80%	75%
Establecer un sistema de vigilancia que permita definir y sistematizar los pasos a seguir el proceso de la notificación y análisis de los near miss, eventos adversos, centinelas y de los incidentes clínicos críticos que requieren una respuesta inmediata.	Proporción de trabajadores que reducen errores durante el reporte de enfermería.	80%	75%

A. Gráficos N° 1: Eventos adversos que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020”



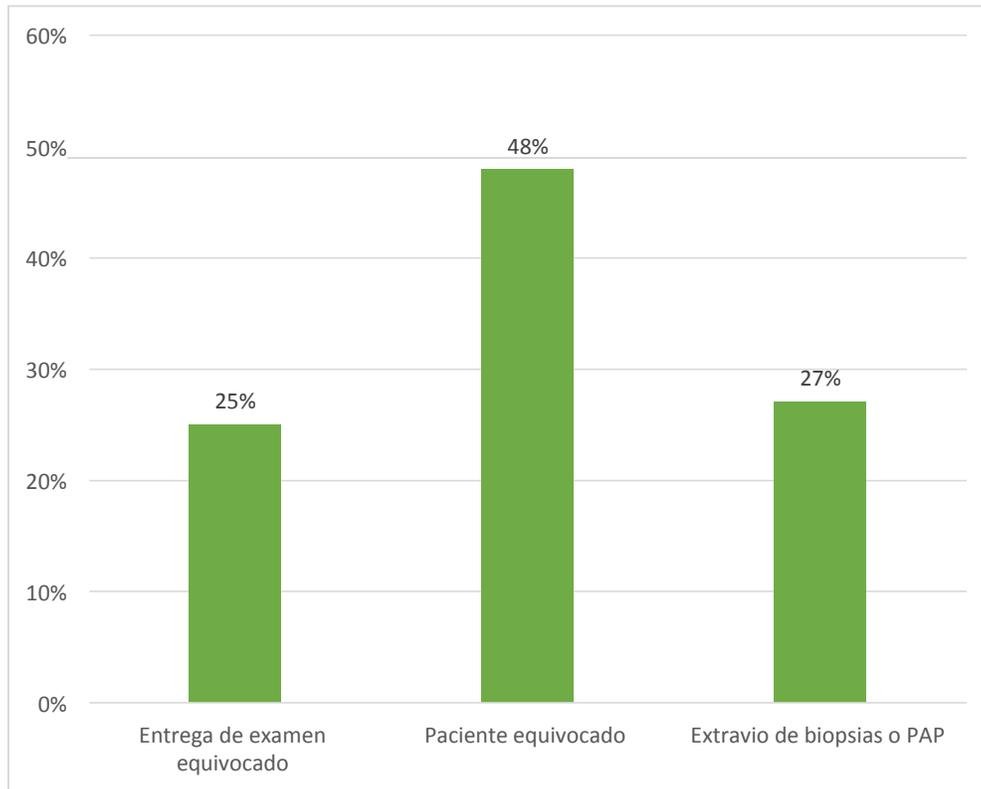
En el gráfico podemos observar en relación a los eventos adversos que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020 , más de la cuarta de los eventos que se suscitaron fue en el área de Imagenología con un 26%, seguido por el 25% que se presentó en área administrativa, mientras que el área de laboratorio se mostró en un 17%, y en pequeños porcentajes en la administración e medicamentos con un 7.10%, otro procedimiento o diagnostico 6% y finalmente las caídas se evidenciaron con un 1.20%.

A. Gráficos N° 2: Eventos adversos en imagenología que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020”



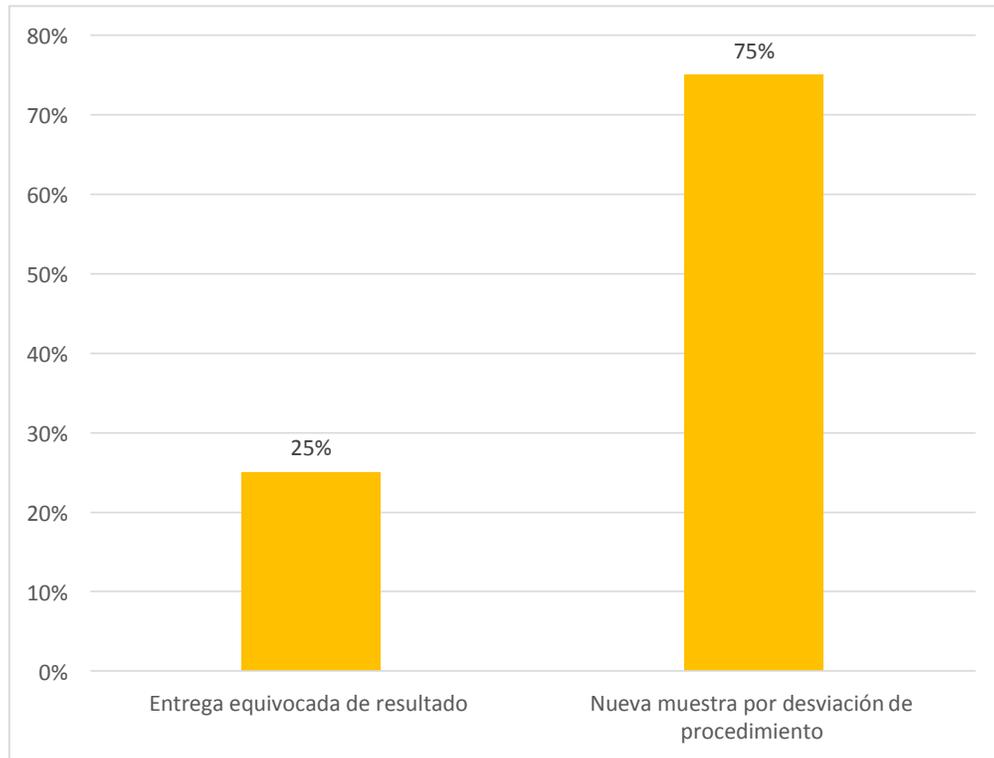
En el gráfico se observa que los eventos adversos que se presentaron en el área de imagenología durante el año 2018 al 2020, se evidenciaron que el 45% están relacionadas a las extravasaciones, mientras que el 34% al dolor temporal, el 10% a la presencia de edemas y por último el 11% a las flebitis, después de la aplicación de un medio de contraste para la realización de una tomografía.

B. Gráficos N° 3: Eventos adversos en el área administrativa que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020”



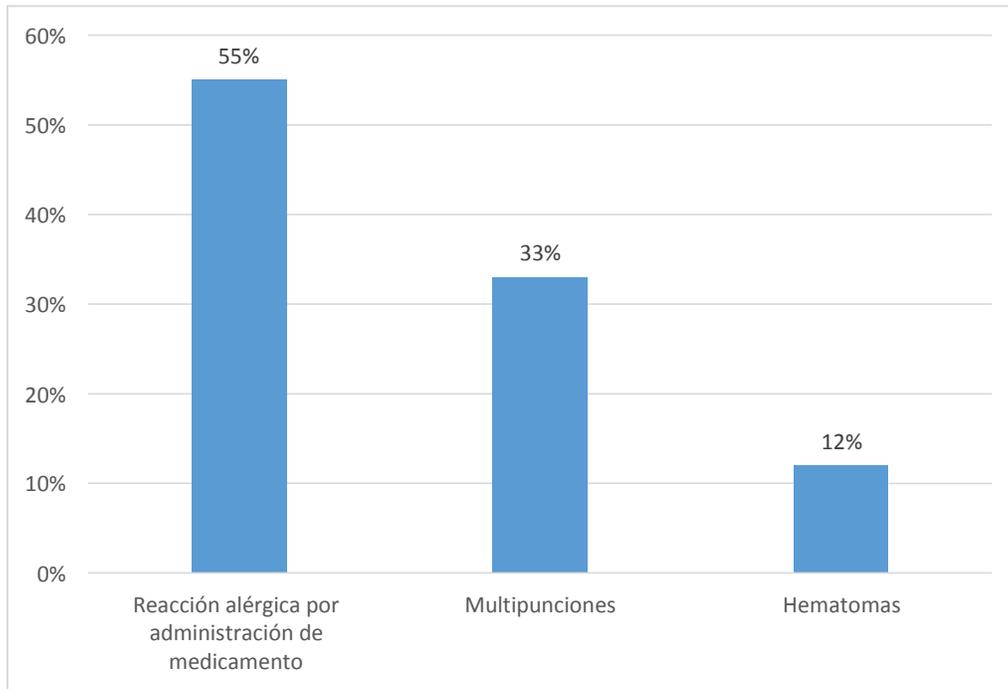
En el gráfico se observa que los eventos adversos que se presentaron en el área administrativa durante el año 2018 al 2020, se evidenciaron que el 48% con porcentaje mayoritario se relacionan a paciente equivocado, mientras que el 27% se asocia al extravío de biopsias o PAP, por último, el 25% realiza la entrega de exámenes equivocados.

C. Gráficos N° 4: Eventos adversos en el área de laboratorio que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020



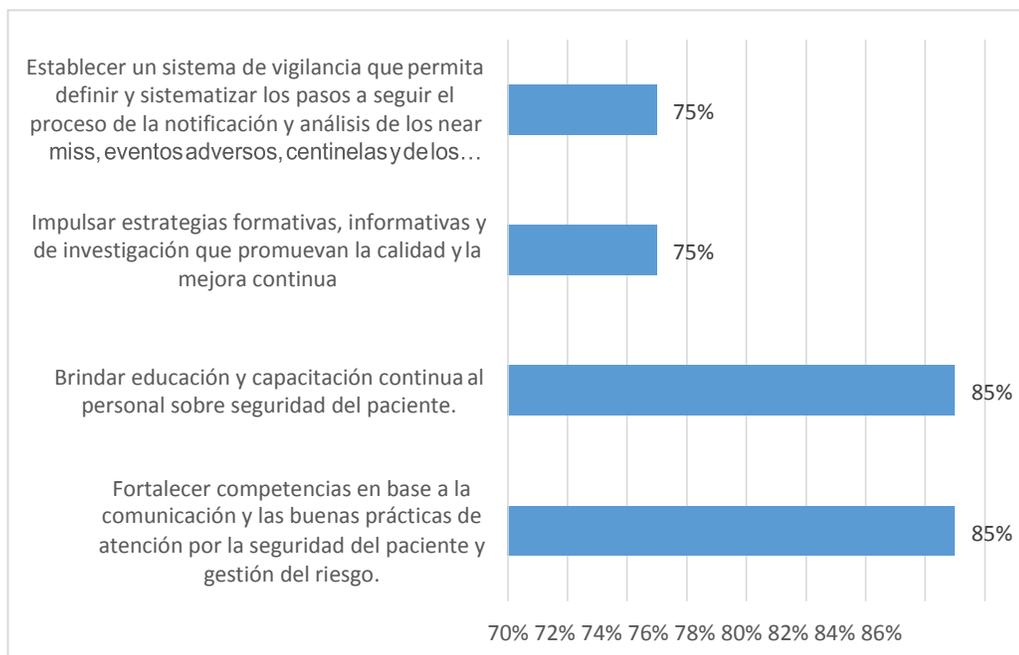
En el grafico se observa que los eventos adversos que se presentaron en el área de laboratorio durante el año 2018 al 2020, el 75% realizo nueva muestra por desviación de procedimientos, mientras que el 25% realizo la entrega equivocada de los resultados obtenidos.

D. Gráficos N° 5: Eventos adversos en administración de medicamentos que se presentaron en el centro médico integramedica Lima 2018 – 2020



En el grafico se observa que los eventos adversos que se presentaron en el área de laboratorio durante el año 2018 al 2020, el 55% de los pacientes presento reacción alérgica por la administración de medicamentos, mientras que el 33% recibió multipunciones y finalmente el 12% presento hematomas.

E. Gráficos N° 6: Personal Capacitado sobre cultura de gestión del riesgo a través de la adhesión hacia los protocolos de seguridad del paciente mediante la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención de salud en el Centro Médico Integramédica – Megaplaza



En el gráfico podemos observar que, se logró que el 85% de los participantes fortalecieran competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión de riesgo, así también se logró, brindar capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente en un 85%, mientras que en relación a impulsar estrategias formativas y de investigación que promuevan la calidad y la mejora continua se logró en un 75% y finalmente se establecerá un sistema de vigilancia que permita definir y sistematizar los pasos a seguir el proceso de la notificación y análisis de los near miss, eventos adversos, centinelas y de los incidentes clínicos críticos que requieren una respuesta inmediata en un porcentaje estimado y esperado del 75%

CONCLUSIONES

- La seguridad de paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.
- Se logró en un 85%, fortalecer competencias en base a la comunicación y las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente y gestión del riesgo.
- Se logró en un 85%, brindar educación y capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente.
- Se logró en un 75% impulsar estrategias formativas, informativas y de investigación que promuevan la calidad y la mejora continua
- El conocimiento y la sensibilización entre los profesionales del área de la salud facilitará prevenir lo evitable, no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y por ende esto disminuirá las potenciales complicaciones. Es necesario seguir investigando acerca de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención de los eventos adversos prioritarios por su frecuencia o impacto.

RECOMENDACIONES

- Conformar un Comité de Vigilancia de Eventos Adversos, integrado por un representante de cada grupo profesional del Centro de salud.
- Implementar un registro simple de eventos adversos donde se evidencie su incidencia de forma periódica, trimestral, semestral y anual y continuar con las medidas de fortalecimiento en temas de seguridad del paciente.
- Continuar con las capacitaciones y talleres con el fin de sensibilizar mejorar los aspectos de seguridad del paciente de forma permanentes en relación al control de riesgos de eventos adversos en las áreas de enfermería, laboratorio, diagnostico por imágenes y consultorios
- Verificar de forma continua el cumplimiento de las notificaciones de los eventos adversos, centinelas y nirs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Astargo Vega. "Detección Eventos Adversos en pacientes adultos egresados de una Unidad de Paciente Crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada"[tesis en línea] 2016[citado el15 de Set. Del 2020] Universidad de Chile. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/498/Tesis_Carmen%20Astargo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. 2009. Disponible en https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
3. Organización mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. 2009. Ginebra 27, Suiza. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
4. Organización Panamericana de la Salud. Gestión del riesgo. 2010. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1267:eventos-adversos&Itemid=315
5. Vaca. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura, Revista enfermería investigativa [revista en línea] 2016 [citado el15 de Set. Del 2020] -Vol. 1 No. 3 2016. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K2MNZio6WasJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6194257.pdf+&cd=8&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
6. Amozano. Evaluación de los incidentes clínicos y su influencia en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de un Hospital Privado de la ciudad de Guayaquil. [tesis en línea] enero-julio 2017. [citado el15 de Set. Del 2020] Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10780/1/T-UCSG-POS-MGSS-122.pdf>

7. Fernández Cantón. Los Eventos adversos y la seguridad del paciente. Boletín Conamed.2015. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
8. Natera, M. (2018). Eventos Adversos. Cuidado y Enfermería. Cubana de Enfermería, 10-18.
9. Monserrta. Estudio de incidentes y eventos adversos en la atención ambulatoria en países de américa latina [tesis en línea] 2017 [citado el15 de Set. Del 2020] Universidad Miguel Hernandez- España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109748>
10. De Lima Neto, A.V., Antunes da Silva, F., de Oliveira Lima Brito, G.M., a Nóbrega Elias, T.M., Cortez de Sena, B.A. y Medeiros de Oliveira, R. 2019. Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. Enfermería Global. 18, 3 (jun. 2019), 314-343. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.
11. Ministerio de Salud del Perú (2015). Definición Evento Adverso Lima: MINSA Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/teleconferencia.pdf>
12. ZZvaleta Vargas. “Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018” [tesis en línea] 2018 [citado el15 de Set. Del 2020] Universidad Nacional de Piura.Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1148/CIE-AGU-ALB-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Delgado-Cerquen R, Gonzales-Meza B, Carcausto W. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en un Hospital Nacional de Lima. Rev. Peru. salud publica comunitaria. 2018; 1(2): 71-4.

14. Díaz Pérez Cristina. Abordaje de los daños derivados de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de pacientes y segundas víctimas [tesis en línea] 2019 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zFpA631mpygJ:https://eciencia.urjc.es/handle/10115/16228+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
15. Moserrat Dolors. Estudio de incidentes y eventos adversos en la atención ambulatoria en países de américa latina víctimas [tesis en línea] 2017 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Miguel Hernández España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109748>
16. Almeida Herrera Marco Ronald, Enríquez Pozo Valeria Monserrath. Eventos adversos evitables en los servicios de: emergencia, pediatría, centro quirúrgico, neonatología, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos del hospital san Vicente de Paúl. [tesis en línea] 2015 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Técnica del Norte. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3835/2/06%20ENF%20603%20ART%C3%8DCULO%20CIENT%C3%8DFICO.pdf>
17. Añanca Cruz, Graciela. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: lesión por presión, caídas, flebitis y transfusión sanguínea en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo enero – diciembre 2018” tesis para optar el título profesional [tesis en línea] 2018 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Privada Norvert Wiener. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3338/TESIS%20A%c3%b1anca%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Mory Yachas , Nataly. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017[tesis en línea] 2017 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12905>

19. Mendoza Caballero. Riesgos clínicos y epidemiológicos asociados con la viabilidad y gravedad de eventos Adversos vinculados al cuidado de pacientes Críticos. Essalud – Huancayo [tesis en línea] 2015 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Nacional del Centro del Peru. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:y9hl1_ZeOFwJ:repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1508/MENDOZA%2520CABALLERO%2520LILIANA.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
20. Casanova YG. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2015 [citado 18 Oct 2020];30(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/630>
21. Institute of Medicine. Incidencia y severidad de los Acontecimientos Adversos que afectan a Pacientes después del Alta del Hospital. To Errar is Human: Building a Safer Health System. Wash-ington, DC: National academy; 2000.
22. Fanny Cisneros G.. Teorias y modelos de Enfermería.2009. Universidad del Cauca. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
23. Villalva, Villalva. Propuesta para la implementación de un Sistema de Respuesta de Emergencias en la Editora Nacional[tesis en línea] 2016 [Citado el 15 de set 2020] Universidad Internacional del Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/1329/1/T-UIDE-1086.pdf>
24. Secretaría de Gestión de Riesgos. Gestión de Riesgos Plan de Emergencia Institucional. Quito 2010: Publiasesores. Obtenido de http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_de_Emergencia_Institucional.pdf
25. Secretaría de Gestión de Riesgos.. Manual del Proceso de Registro de Eventos Adversos. SNGR 2014. Obtenido de

<http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/01/Manual-del-Proceso-deRegistro-de-Eventos-Adversos.pdf>

26. Ramírez Iturra Blanca, Febré Naldy. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Oct 18] ; 21(1): 35-43. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100004>.
27. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. 262p.
28. Alert, S. E. . Uso de la conciliación de medicamentos para evitar errores. *Journal on Quality and Patient Safety* 2006 [serie en línea], 32(4), 230-232.
29. Ramirez Gonzales Julio. Investigación de eventos adversos, cuasi falla y evento centinela. Secretaria de Educacion 2016. Disponible en: https://www.academia.edu/36781025/Eventos_adversos
30. Boletín COMADED – OPS. Eventos Adversos. 2015. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
31. Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R.. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Oct 18] ; 11(28): 159-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es.
32. Otero MJ, Codina C, Tamés MJ, Pérez M, por el Grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasicación. *Farm Hosp* 2003;27:137-49.
33. Ministerio de Protección Social República de Colombia. El estudio ibeas y la política de seguridad del paciente en Colombia. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.

34. Jesús María Aranaz, Ramón Limón, Juana Requena, María Teresa Gea, Valentín Núñez María Isabel Bermúdez, Julián Vitaller, Carlos Aibar, Pedro Ruiz y el Grupo de trabajo del Proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):53-60.
35. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS: Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. (publicado en 167 diapositivas). 2009. Se encuentra en: <http://mps.minproteccion-social.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/IBEAS%20FINAL.pdf>
36. Marín LP, Salazar López C, Franco Herrera AL, Incidencia de eventos adversos asociados a dispositivos médicos en una institución de salud en Colombia. Revista Ingeniería Biomédica. Programa de Ingeniería Biomédica EIA-CES. Colombia. ISSN 1909-9991, Vol. 4, Nº. 8, 2010 , págs. 71-84
37. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en algunas Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Lecciones aprendidas. Investigación cuantitativa y cualitativa, Revista médica en internet, [encolombia.com](http://www.encolombia.com), se consigue en: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/Academ300408/Premiosa-lacienciasclinicas1.htm>
38. Aibar C, Aranaz JM. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? An Sis Sanit Navar 2003; 26 (2): 195-209
39. Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender. Med Clín (Barc) 2006; 126 (3): 97-8.
40. Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care 2002; 11:233-8
41. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en España. Reporte 2006

42. Resonancia magnética de Cohen. Causas de los errores de medicación. En: Medicación. errores. Causas, prevención y gestión de riesgos. Washington, D.C.: Asociación Farmacéutica Americana; 1999
43. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf, consultado el 23 de julio de 2019).

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE NOTIFICACION

Formulario de reporte de Evento Centinela y Evento Adverso

Fecha de Notificación :		
Centro Médico:		Folio
DNI:		
Fecha de nacimiento		Sexo
Fecha de Ocurrencia	Hora	Lugar de Ocurrencia

Definiciones:

Evento Centinela: Suceso imprevisto que causa muerte o graves secuelas, o tiene el riesgo de causarlos **Ej:** Paciente sufre **caída** desde sillón.

Evento Adverso: Acontecimiento no intencionado que causa daño al paciente **Ej:** Reacción alérgica al medio de contraste.

Incidente (casi evento): Acontecimiento inesperado que no produce daño (no llega a ser evento adverso) **Ej:** casi se administra medicamento errado a paciente, sin embargo se advierte de ello antes que ocurra.

Descripción del evento
¿Cómo fue detectado? (marque con una X): <input type="checkbox"/> Observación directa <input type="checkbox"/> Referido por paciente/familiar <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Otro
Personas Involucradas en el evento (estamento)
Acciones Inmediatas Realizadas
Estamento de quién notifica: *(opcional)
Estado de la notificación (marque con una X): <input type="checkbox"/> Notificado a paciente <input type="checkbox"/> Notificado a familiar. Nombre y parentesco con el paciente: _____ <input type="checkbox"/> No notificado. Motivo de la no notificación: _____ Cargo de la persona que notifica al paciente: _____

ANEXO 2: FICHA DE EVALUACION DE PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EVALUACION EN FORMA DICOTOMICA

FECHA SIMULACRO:	LUGAR DE ACTIVACIÓN:
CCMM: Megaplaza Peru	ESCENA DE RESPUESTA:
HORA DE ACTIVACIÓN:	% CUMPLIMIENTO:

Se presentará la escena y se revisará la respuesta del equipo de salud de acuerdo a los siguientes item que serán evaluados en forma dicotómica de CUMPLE, NO CUMPLE o NO APLICA

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
IMAGENOLOGÍA	
Verificar antecedentes de alergia previo a la administración de medicamentos.	
Realizar entrevista previa a la administración de medios de contraste.	
Verifica si el paciente es correcto	
Mantenciones preventivas del equipo	
Entrega de informe de resultados de ayuda diagnostica con verificación del DNI del paciente	

Actúa de acuerdo a la gravedad del cuadro (desde solicitar indicaciones médicas hasta activación clave azul)	
ADMINISTRATIVA	
Entrega de informe de resultados de ayuda diagnóstica con verificación del DNI del paciente	
Actúa de acuerdo a la gravedad del cuadro (desde solicitar indicaciones médicas hasta activación clave azul)	
LABORATORIO	
Entrega de informe de resultados de ayuda diagnóstica con verificación del DNI del paciente	
Confirmar el correcto voucher de pago con la orden solicitada a la persona indicada	
Cumplimiento normas de precauciones estándar (Lavado de manos)	
Actúa de acuerdo a la gravedad del cuadro (desde solicitar indicaciones médicas hasta activación clave azul)	
ASISTENCIAL	
Cumplimiento normas de precauciones estándar (Lavado de manos)	

Verifica los 10 correctos antes de aplicación de los medicamentos	
Verificar antecedentes de alergia previo a la administracion de medicamentos en procedimientos endoscopicos y procedimientos de enfermería	
Revisión y registro mensual de fecha de vencimiento.	
Cumplimiento de normas de manejo de vía venosa: fijación, conexión, chequeo periódico	
Actúa de acuerdo a la gravedad del cuadro (desde solicitar indicaciones médicas hasta activación clave azul)	

