



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano



PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Mgs. Betty Flores Velos	Coordinadora de Calidad	
Revisado por:	Dra. Mercy Oleas Morales	Directora Asistencial	
	Lcda. Tania Maldonado	Enfermera de calidad	
Aprobado por:	Dra. Kathia Tinizaray Mera	Gerente	

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 2 de 2

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	OBJETIVO	3
2.	ALCANCE	3
3.	RESPONSABLES	3
4.	DEFINICIONES	3
5.	DESCRIPCIÓN	5
4.	DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO	13
5.	DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO	14
6.	INDICADORES	17
7.	REFERENCIAS	17
8.	CONTROL DE CAMBIOS	18



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 3 de 3

1. OBJETIVO

Disponer de un sistema de vigilancia de eventos relacionados con la atención de salud, mediante el reporte de eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinelas en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

2. ALCANCE

Aplica a todo el personal que labora en la institución en las áreas administrativas y operativas del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

3. RESPONSABLES

Tabla 1. Responsables de la aplicación

Responsable de Supervisión y cumplimiento del protocolo:	Coordinador médico y responsable de enfermería.
Responsables de la aplicación	Personal de administrativo y operativo del Hospital Gustavo Domínguez
Responsable de Observación del cumplimiento:	Equipo de calidad y de seguridad del paciente del servicio
Responsable de Monitoreo:	Responsables de Calidad y Coordinadora de Gestión de cuidados de enfermería

Nota: Autoría propia

4. DEFINICIONES

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención. (1)

Acción insegura: conducta que ocurre durante el proceso de atención salud, usualmente por acción u omisión de miembros de equipo (2)

Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente evento adverso

Contexto clínico: Condición clínica del paciente en el momento en el que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipertensión progresiva) Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla

Cuasi evento: Es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un paciente pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna. (3)

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 4 de 4

Evento adverso: es la lesión o daño no intencional que le produce a un paciente mientras lo atienden. Los eventos pueden ser prevenibles o no prevenibles. (4)

Evento adverso grave: ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica. (3)

Evento adverso moderado: Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos un día. (5)

Evento adverso leve: Lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria. (3)

Evento adverso prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponible en un momento determinado. (4)

Evento adverso no prevenible: Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (3)

Evento centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o una pérdida importante y perdurable de la función, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico severo, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

Mala praxis: Incorrecta práctica clínica que genera un menoscabo en el paciente.

Error: El fracaso de una acción planeada para ser completado según lo previsto, o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

Error médico: Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que pueden contribuir a que ocurra un evento adverso.

Error de medicación: Efecto que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente mientras la medicación está bajo control del personal sanitario. (6)

Riesgo aceptable: Posibles consecuencias sociales, económicas y ambientales que implícita o explícitamente una sociedad asume o tolera por considerar innecesario, inoportuno o imposible una intervención para su reducción. (7)

Análisis de riesgos: Es el resultado de relacionar la amenaza y la vulnerabilidad de los elementos expuestos con el fin de determinar los posibles efectos y consecuencias sociales, económicas y ambientales asociadas a uno o varios fenómenos peligrosos. (7)



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 5 de 5

Factor contributivo: todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente, predisponiendo a una acción insegura (falla activa). (7)

Falla activa: conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo (2)

Falla latente: error que es precipitado por una consecuencia de procesos de gestión y organización y representa el máximo peligro para los sistemas complejos. Los fallos latentes no se pueden prever, pero si se detectan pueden corregirse antes de que contribuyan a causar percances. (7)

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente (1)

Incidente sin daños: Incidente que alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable. (1)

5. DESCRIPCIÓN

La Notificación de eventos (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. (8)

Se estima que solo se notifican el 5% de todos los eventos adversos que se producen; originando lo que se conoce como Pirámide de Heinrich, es decir que existe una jerarquía en los eventos desde el punto de vista del daño que pueden provocar, llevando a definir el modelo iceberg que establece la razón entre eventos adversos y cuasi eventos.

La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad puede complementar las fuentes anteriormente descritas. El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 6 de 6

CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

No punitivo: las personas que notifican están libres del miedo a represalias o sanciones como resultado de la notificación.

Confidencial: la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas.

Independiente: el programa es independiente de cualquier autoridad con poder para sancionar a la organización o al notificante.

Análisis por expertos: los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas de los eventos.

Análisis oportuno: Los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.

Orientación sistémica: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.

Capacidad de respuesta: quien recibe la información debe ser capaz de promover las mejoras que fuesen necesarias.

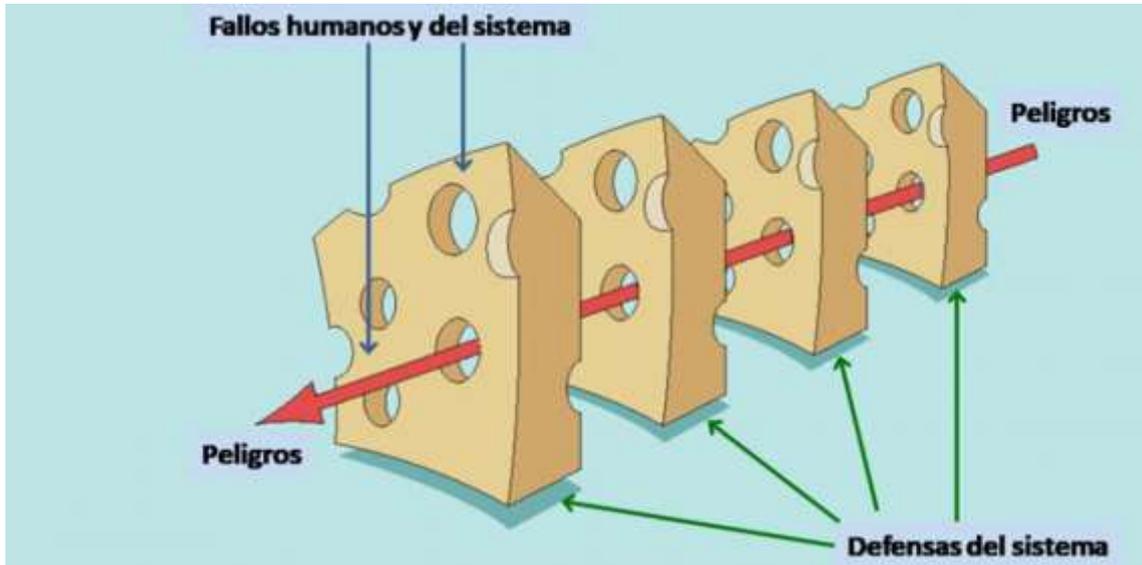
CAUSALIDAD Y OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido (7). El psicólogo James Reason propuso en 1990 el modelo del queso suizo. En este modelo cada sistema tiene distintas barreras (lonjas de queso) que separan los riesgos del evento adverso. Sin embargo, cada barrera tiene fallos, "agujeros" (riesgos), cuya posición varía aleatoriamente, de modo que el evento ocurre cuando se alinean estos agujeros que corresponde a circunstancias concatenadas interactuantes.

Estos "agujeros en el queso" pueden ser de dos tipos: fallas activas, que son los cometidos por personas en contacto directo con el sistema, y las fallas latentes, que son problemas residentes en el sistema (generalmente ocultos), propios de su diseño. A esto se pueden sumar factores contributivos que facilitan que las fallas se produzcan. "Una falla en uno de los procesos puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó" (1)

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 7 de 7

Gráfico 1.



Fuente: Reason J. Human error: models and management. BMJ.2000; 320:769

El Manual de seguridad del Paciente permite dar lineamientos generales desde el contexto del aprendizaje y mejora haciendo relevante la identificación, registro, notificación, análisis, detección y reducción de riesgos, acciones de mejora preventivas/correctivas, la recuperación de eventos y la resiliencia del sistema, como ciclos que aparecen en todo momento. (1)

Relación de los procesos de atención en salud que pueden causar eventos

Los eventos a ser reportados responden a las siguientes categorías generales de acuerdo a su causa raíz. (Adaptación para uso en Ecuador de la propuesta en la "International Classification for Patient Safety")

- Eventos relacionados con procesos asistenciales clínicos y quirúrgicos
- Eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud
- Eventos relacionados con caídas del paciente
- Eventos relacionados con accidentes del paciente
- Eventos relacionados con los medicamentos
- Eventos relacionados con la dieta - alimentación
- Eventos relacionados con el laboratorio clínico, microbiológico o patológico
- Eventos relacionados con la historia clínica
- Eventos relacionados con los dispositivos médicos
- Eventos relacionados con la infraestructura/Instalaciones

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 8 de 8

- Eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados
- Eventos relacionados a gestión de los recursos o con la gestión organizacional (talento humano, documentación, políticas, carga de trabajo, disponibilidad de guías)

Los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas serán detectados en:(1)

- Ejecución de procesos de salud de atención.
- Ejecución de procesos de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Historia clínica.
- Perfil o historia farmacoterapéutico/a.
- Registro de devolución de medicamentos.
- Registro de devolución de dispositivos médicos.
- Actividades donde no se utilice la historia clínica.
- Atenciones administrativas.
- Ejecución de procesos de apoyo (por ejemplo, tecnología, talento humano, financiero, entre otros).
- Quejas y sugerencias dadas por los usuarios.
- Auditorías de la calidad de la historia clínica.
- Auditorías programadas de la calidad de la atención en salud.
- Captación por inspección directa durante la auditoría concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.(1)

Los eventos relacionados con la seguridad del paciente son de tres tipos:

1. Eventos Centinela
2. Eventos Adversos
3. Cuasi Eventos

La identificación de cuasi evento, evento adverso y evento centinela, será realizada por todos los posibles grupos de interés: pacientes/familiares, estudiantes en formación de carreras del campo de salud, profesionales, trabajadores, servidores de la salud entre otros.

Método de notificación

- El evento será comunicado al personal del servicio de turno en forma verbal o escrita (formato papel ó electrónico), quien registrará los datos en el Formulario Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente (Anexo 1) y notificará al líder del servicio de turno.
- La/el líder, coordinador del servicio o su delegado asignado es el responsable de revisar los formularios los mismos que deben ser legibles, precisos y completos, valida la información, realiza la gestión del evento (conforma equipo de mejoramiento de la calidad, aplica metodología, elabora y ejecuta plan de acción), y, notifica al responsable designado por el establecimiento.



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 9 de 9

Finalmente, el responsable del establecimiento es responsable de consolidar toda la información del establecimiento y entregar los resultados a las entidades correspondientes.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO

Los eventos suscitados se deben gestionar oportunamente con el Líder, o Coordinador de servicio.

El análisis lo realizará el personal designado por el líder/coordinador del servicio o el equipo de seguridad del servicio, el tiempo de respuesta es rápido lo que permitirá realizar numerosas alertas de riesgos para evitar la ocurrencia de un nuevo evento en el servicio o establecimiento por la misma causa, especialmente en eventos centinela.

Para el efecto se recomienda utilizar alguna de las herramientas metodológicas de análisis causa-raíz como por ejemplo el Protocolo de Londres, cuya finalidad es investigar cuáles fueron las causas subyacentes al evento para implantar barreras de seguridad; el AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) como herramienta para evaluar y prevenir de los posibles fallos y efectos que puedan presentarse en un proceso, entre otras.

El personal del servicio que notificó el evento y el personal que formó parte del proceso donde ocurrió el evento, será capacitado y supervisado hasta que dicho proceso se realice adecuadamente. La responsabilidad de esta actividad será del personal designado para el efecto, quien notificará las actividades realizadas al responsable designado del establecimiento. Todo evento gestionado, tendrá como resultado un plan de acción elaborado, ejecutado, verificado y evaluado.

Difusión y aprendizaje del evento

El aprendizaje y la educación del personal tienen que verse reflejados en una disminución real de los eventos adversos o en la no repetición de los ya producidos y analizados para ello se realizará:

1. La difusión de informes trimestrales, semestrales o anuales que realice el establecimiento, estos informes pueden desagregarse por tipo de eventos y categorías.
2. Elaboración de alertas que permiten la difusión al máximo número de trabajadores de aquellas recomendaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial y mayor relevancia.

Acciones de mejora generales ante la ocurrencia de un evento adverso.

El plan de acción debe ser conocido por toda la organización para lo cual el establecimiento de salud realizará, entre otras, las siguientes actividades:

- Socialización del evento adverso al personal de salud en todos los servicios, guardando la confidencialidad de datos del paciente y del notificador.



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 10 de 10

- Diseño e implementación de nuevas prácticas seguras, en caso de requerirse.
- Revisión, socialización de protocolos, procedimientos y/o guías clínicas relacionadas con el evento.
- Campañas de sensibilización al equipo de salud y establecimiento en general.
- Circulares informativas recordando la adherencia y cumplimiento a normas, procedimientos, protocolos y/o guías clínicas.
- Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso
- Acompañamiento al establecimiento, profesional y/o equipo de salud involucrado, con mayor énfasis si el evento adverso es centinela. (1)

Listado básico de eventos centinela a reportar

Tabla 2. Ámbito de seguridad en la cirugía

EVENTO CENTINELA	MEDIDAS A SER SUPERVISADAS
Enfermedades tromboembólicas (ETE) al paciente quirúrgico trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar.	Protocolo de prevención de enfermedades tromboembólicas en pacientes quirúrgicos de riesgo. Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica Aplicación de medidas preventivas
Cirugía de paciente equivocado	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Protocolo de identificación de paciente Procedimiento de identificación aplicado en el caso centinela
Cuerpo extraño olvidado	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura Proceso de conteo de material blanco e instrumental.
Paro cardiaco intraoperatorio	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Proceso de evaluación pre anestésico
Extirpación no programada de un órgano	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Nota: Manual de Seguridad del Paciente, 2016



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 11 de 11

Tabla 3. Ámbito de atención obstétrica

EVENTO CENTINELA	MEDIDAS A SUPERVISAR
Muerte materna	Protocolo de trabajo de parto Protocolo de vigilancia de manejo pre parto, parto y puerperio. Protocolo de manejo de pacientes con alto riesgo obstétrico Protocolo anestésico obstétrico Protocolo de manejo de complicaciones severas y urgencias obstétricas Protocolo emergencia vital y RCP
Muerte fetal tardía	Protocolo de derivación oportuna de pacientes con alto riesgo obstétrico Protocolo de evaluación de unidad feto placentario en grupos de alto riesgo
Asfixia neonatal	Protocolo de atención y manejo de trabajo de parto Protocolo de atención inmediata del recién nacido Protocolo de reanimación cardiopulmonar neonatal

Nota: Manual de Seguridad del Paciente, 2016

Tabla 4. Ámbito de infecciones asociadas a la atención de salud

EVENTO CENTINELA	MEDIDAS A SER SUPERVISADAS
Distribución de material no estéril a los servicios clínicos	Normas de esterilización de material Identificación y seguimiento de los pacientes que fueron atendidos con el material.

Nota: Manual de Seguridad del Paciente, 2016

Tabla 5. Ámbito de seguridad en medicina transfusional

EVENTO CENTINELA	MEDIDAS A SER SUPERVISADAS
Transfusión del paciente equivocado	Protocolo de identificación de paciente Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados acorde al protocolo Trazabilidad de los procesos
Transfusión de componentes sanguíneos sin tamizajes microbiológicos conformes	Procedimiento de laboratorio de etiquetado almacenamiento y distribución de componentes sanguíneos Cumplimiento de indicación de

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 12 de 12

Infecciones por un agente transmisible durante la transfusión	transfusión de hemoderivados acorde al protocolo Trazabilidad de los procesos Procedimiento de laboratorio incluida calibración de equipos Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados acorde al protocolo
Reacción hemolítica aguda por incompatibilidad de grupo sanguíneo	Trazabilidad de los procesos Protocolo de identificación de paciente Procedimiento de pruebas pre transfusionales Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados
Reacción por sobrecarga de volumen	Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados

Nota: Manual de Seguridad del Paciente, 2016

Tabla 6. Ámbito de atención y cuidado de los pacientes

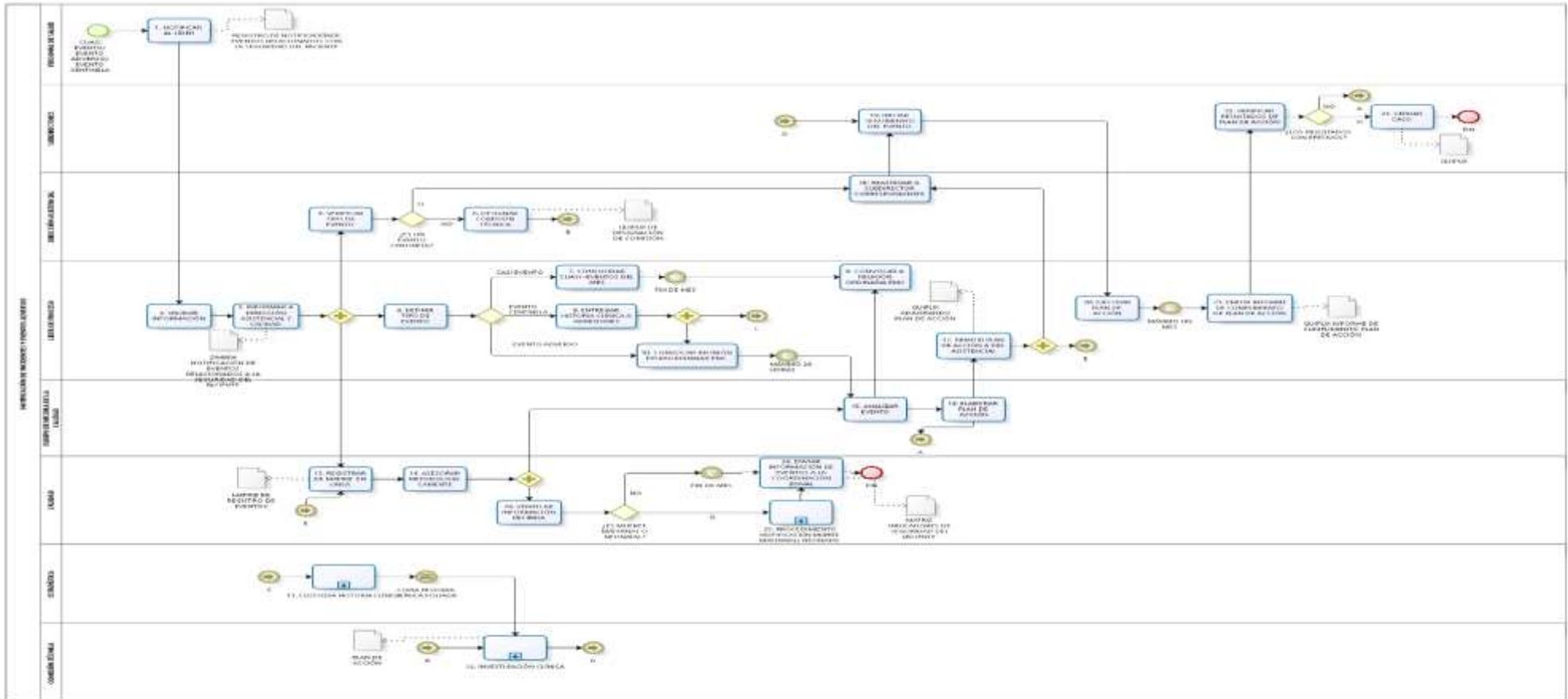
EVENTO CENTINELA	MEDIDAS A SER SUPERVISADAS
Caída de pacientes con o sin daño severo	Cumplimiento de protocolo de prevención de caídas
Úlceras por presión	Evaluación de riesgo de úlceras por presión Aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes de mediano y alto riesgo
Error en la administración de medicamentos	Protocolo de identificación de paciente Protocolo de administración segura de medicamentos.

Nota: Manual de Seguridad del Paciente, 2016



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 13 de 13

4. DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 14 de 14

5. DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO

La notificación del evento será comunicada por cualquier funcionario del servicio de turno en forma escrita en el Formulario de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente.

SECUENCIA	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Personal de salud	<p>NOTIFICACIÓN</p> <p>La notificación se realizará durante el turno de trabajo, al identificar un evento relacionado con la seguridad del paciente se registrará en el formulario de Notificación de Eventos relacionados con la seguridad del paciente (FORMULARIO EN LINEA) Los familiares y/o cuidadores pueden informar al personal de salud si se presenta un evento quien registrará el evento.</p>
2	Líderes o coordinadores de los servicios	<p>VALIDA INFORMACIÓN</p> <p>El líder o coordinador del servicio revisa que los datos obtenidos sean legibles y tengan datos completos, en el caso que la notificación se realice en físico.</p>
3	Calidad	<p>COMUNICAR</p> <p>Se informará a Dirección asistencial, Coordinación de Enfermería y Calidad mediante correo institucional se existe una Notificación de evento relacionado con la seguridad de Paciente.</p>
4	Dirección Asistencial	<p>EN CASO DE EVENTO CENTINELA:</p> <p>En caso de evento centinela la dirección asistencial designará una comisión Técnica que realizará una auditoría interna de lo ocurrido.</p>
5	Líder o coordinador de servicio	<p>TIPO DE EVENTO</p> <p>Según tipo de evento reportado Cuasi evento pasa actividad 6 Evento centinela pasa actividad 9 Evento adverso pasa actividad 8</p>
6	Líder o coordinador de servicio	<p>CONSOLIDAR CUASI EVENTOS</p> <p>El líder del servicio registrará los cuasi eventos identificando las de mayor frecuencia. Mensualmente enviará a coordinación de enfermería para el consolidado de la notificación.</p>
7	Líder o coordinador de servicio	<p>CONVOCAR A REUNIÓN CON EMC</p> <p>Al finalizar el mes se convoca a una reunión con el Equipo de Mejoramiento de la Calidad, para realizar el análisis de los cuasi eventos presentados durante el mes.</p>
8	Líder o coordinador de servicio	<p>CONVOCAR A REUNIÓN EXTRAORDINARIA EMC</p> <p>En caso de evento adverso se convoca a los integrantes del equipo de mejoramiento de la calidad del servicio para realizar una reunión extraordinaria en un tiempo máximo de 24 horas de ocurrido el evento con la finalidad de analizar el evento adverso presentado. Pasa actividad 14.</p>



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 15 de 15

		Para identificar el evento adverso o el cuasi evento se utilizará el siguiente código: las dos letras iniciales del primer apellido del paciente más las dos letras iniciales del segundo apellido más las dos letras iniciales del primer nombre y las dos letras iniciales del segundo nombre. En caso de neonatos se utilizará dos letras iniciales del primer apellido más las dos letras iniciales del segundo apellido de la madre más las letras RN
9	Estadística	CUSTODIA HISTORIA CLÍNICA En caso de realizar auditoria de historia clínica en un evento centinela se aplica el procedimiento de custodia de la historia clínica, enviando una copia digital a los integrantes de la Comisión Técnica designada.
10	Comisión Técnica	AUDITORIA INTERNA Se aplica procedimiento de investigación de la historia clínica utilizando PROTOCOLO DE LONDRES, DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO. Para la codificación en caso de evento centinela se utilizará el siguiente código la primera letra de los apellidos, la primera letra de los nombres, empezando de izquierda a derecha, el mes y año del fallecimiento ejemplo PMMD0323.
11	Coordinadora de enfermería	CONSOLIDACIÓN DE REPORTE Mensualmente todos los líderes de los servicios enviarán los eventos relacionados con la seguridad del paciente con sus respectivas acciones correctivas y los ciclos de mejora por cada evento. Una vez consolidado, coordinación de enfermería enviará el informe mensual antes del 3 de cada mes.
12	Calidad	REGISTRO EN MATRIZ Una vez recibida la notificación se registra en la matriz la misma que permitirá consolidar información necesaria tanto para reporte de indicadores de seguridad del paciente como para seguimiento de la ejecución
13	Calidad	ASESORAMIENTO La unidad de calidad brinda apoyo metodológico durante todo el proceso de investigación tanto a los Equipos de Mejora de Calidad, como a las comisiones conformadas para investigación de eventos centinelas.
14	Equipo de Mejora de la calidad	ANALIZA EL EVENTO procede a analizar el Evento relacionado a la seguridad del paciente notificado, para lo cual se llenará el lado B del Formulario de Registro de Notificación de Eventos Relacionado con la Seguridad del Paciente en donde se identificará Acciones Inseguras, Factores contributivos de cada



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 16 de 16

		acción insegura.
15	Equipo de Mejora de la calidad	<p>ELABORA EL PLAN DE ACCIÓN</p> <p>Una vez identificadas las acciones inseguras y los factores contributivos que generaron el evento relacionado con la seguridad del paciente, se elabora un plan de acción en donde se definirá las estrategias a aplicar, desglosándolas en actividades puntuales y con fecha ejecución y responsables de cada una. El líder de proceso será el responsable de que el plan de acción se ejecute acorde a lo planificado y firmará en este formulario.</p> <p>En el desarrollo de los ciclos rápidos las actividades a cumplirse deberán planificarse en un tiempo de 15 a 20 días.</p>
16	Líder del proceso	<p>REMITIR PLAN DE ACCIÓN A DIRECCIÓN ASISTENCIAL Y CALIDAD</p> <p>El líder del proceso quien también es presidente del Equipo de Mejora de la Calidad del proceso involucrado, remite el plan de acción vía Quipux a Dirección Asistencial con copia a la Unidad de Calidad.</p>
17	Dirección asistencial	<p>REASIGNAR RESPONSABLE</p> <p>La Dirección asistencial designará un responsable para que realice el seguimiento del cumplimiento de los tiempos establecidos y ejecución del plan de mejora.</p>
18	Responsable de velar la ejecución del plan de mejora	<p>SEGUIMIENTO</p> <p>Desde que se recibe la reasignación del evento y/o el plan de acción se realiza las acciones pertinentes para que los tiempos establecidos se cumplan</p>
19	Líder del proceso	<p>EJECUTAR EL PLAN DE ACCIÓN</p> <p>Coordinar el cumplimiento de las actividades planteadas en los tiempos establecidos.</p>
20	Líder del proceso	<p>EMITIR INFORME DE CUMPLIMIENTO</p> <p>En un plazo mínimo de 20 días el líder del proceso debe enviar vía Quipux un informe de los avances del cumplimiento y los resultados obtenidos.</p>
21	Dirección Asistencial	<p>VERIFICAR RESULTADOS</p> <p>En conjunto con Calidad evaluar el plan de mejora ejecutado verificando si existe una disminución de la incidencia de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.</p>
22	Calidad	<p>CERRAR CASO</p> <p>Cuando se ha ejecutado el plan y se ha verificado los resultados se emitirá un informe cerrando el caso.</p>



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 17 de 17

6. INDICADORES

PORCENTAJE DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Número de notificaciones de eventos relacionados con la seguridad del paciente que generaron acciones correctivas o preventivas/ Número de eventos notificados * 100

PORCENTAJE DE EVENTOS CON CICLOS DE MEJORA CERRADOS

Número de eventos notificados con cierre de caso/ Número de eventos notificados *100

7. REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE SANIDAD SSEIE. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2016. 2016 [cited 2022 Apr 10]. p. 1–128. Available from: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf?cdnv=2
2. Tejedor Fernández M, Javier Montero-pérez F, Miñarro Del Moral R, Gracia García F, José Roig García J, María García Moyano A, et al. Introducción y objetivo CORRESPONDENCIA. Emergencias [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 17];25:218–27. Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>.
3. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Rev Calid Asist [Internet]. 2011 May 1 [cited 2022 Apr 17];26(3):194–200. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-diseno-del-estudio-ibeas-prevalencia-S1134282X11000261>
4. Greenberg LG, Battles JB, Haskell H. Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad. Cir. 2010;78(5):463–8.
5. NORMA GENERAL TECNICA SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN: REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA Introducción.
6. Álvarez Soria MJ, Hernández González A, Carrasco García De León S, Del Real Francia MA, Flores Barragán JM, Gallardo Alcáñiz MJ, et al. Síndromes neurológicos asociados al uso de medicamentos. Frecuencia y caracterización. Neurología [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2022 Apr 17];27(9):547–59. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-sindromes-neurologicos-asociados-al-uso-S0213485311004117>



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 18 de 18

7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial SIREM.pdf [Internet]. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; 2017 [cited 2022 Mar 19]. p. 4–80. Available from: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>
8. MSP. Seguridad del Paciente - Usuario Manual. Segur del Paciente. 2016;5(2):10–20.

8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
19/02/2022	Versión Inicial	N/A	1.0

9. ANEXOS 1

9.1 Notificación de Eventos relacionados con la seguridad de paciente mediante el siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfc5I5I7nJayo7cHktR5kDCVOnzw_LoniBIB8T5srEx42RE9g/viewform

9.2 Ciclo de mejora continua

https://drive.google.com/drive/folders/1PHomLCTXbQgl_fnT6Zgsu4cmM9U01w4y?usp=sharing



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 19 de 19

9.3 Código QR

HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ



NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CUA BI EVENTO: Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.

EVENTO ADVERSO: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.

EVENTO CENTINELA: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.





SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016
Dirección Médica - Subdirección de Enfermería - Calidad






	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 20 de 20

4. ANEXOS 2

	REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión:	1
		Código:	DNCS-MSP-02
		Fecha:	01/08/2016

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
a. Institución del Sistema: MSP <input type="checkbox"/> IESS <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Red Privada <input type="checkbox"/> Facomisional <input type="checkbox"/>			
b. Provincia:		c. Zona:	d. Distrito:
f. Establecimiento de salud:		g. Tipología:	
h. Servicio / Área donde se produce el evento:		i. Fecha:	j. Hora:
2. DATOS DEL PACIENTE			
a. Nombres y apellidos del paciente:			
b. Edad:	c. Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		d. Nº de Historia Clínica Única:
e. Diagnóstico / Motivo de atención:			f. CIE 10:
3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR			
a. Médica/o <input type="checkbox"/> b. Enfermera/o <input type="checkbox"/> c. Obstetra <input type="checkbox"/> d. Psicóloga/o <input type="checkbox"/> e. Trabajador/a Social <input type="checkbox"/> f. Odontóloga/o <input type="checkbox"/>			
g. Estudiante <input type="checkbox"/>		h. Familiares/amigos/cuidador <input type="checkbox"/>	
i. Fecha del reporte:			
4. TIPO DE EVENTO			
a. Cuasi evento <input type="checkbox"/>		b. Evento adverso <input type="checkbox"/>	c. Evento centinela <input type="checkbox"/>
5. NATURALEZA DEL EVENTO			
a. Medicación <input type="checkbox"/>		b. Infección asociada a la atención de salud <input type="checkbox"/>	
c. Caídas <input type="checkbox"/>		d. Úlceras por presión <input type="checkbox"/>	
e. Trombosis Venosa Profunda <input type="checkbox"/>		f. Dispositivos médicos / equipos biomédicos <input type="checkbox"/>	
g. Procedimiento clínico <input type="checkbox"/>		h. Procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/>	
i. Otro:			
6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA			
Cuando ocurrió: Al ingreso <input type="checkbox"/>		Durante la estancia <input type="checkbox"/>	
Donde ocurrió: En el servicio <input type="checkbox"/>		En el traslado <input type="checkbox"/>	
Fue informado al paciente y/o familia: SI <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:			
7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA			
a. Ninguna (sin lesión): <input type="checkbox"/>		b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo: <input type="checkbox"/>	
c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización <input type="checkbox"/>		d. Daño de una función o estructura corporal temporal: <input type="checkbox"/>	
e. Daño de una función o estructura corporal permanente: <input type="checkbox"/>		f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor <input type="checkbox"/>	
g. Muerte: <input type="checkbox"/>		h. Otro: <input type="checkbox"/>	
i. Cual:			

SNS-MSP-DNCS-Form-059-2016



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Estado: Aprobado
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: 19-02-2023
	Protocolo de eventos relacionados con la seguridad del paciente	Versión: 1.0
	UGDC-PC-001	Página 21 de 21

 8. GESTIÓN REALIZADA (a cargo del equipo de mejoramiento continuo)			
Análisis del Evento:		Fecha: / /	
a. ACCIONES INSEGURAS	b. FACTORES CONTRIBUTIVOS		
c. Acciones correctivas/preventivas iniciales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
PLAN DE ACCIÓN. Acciones para abordar los Factores Contributivos			
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO Y TERMINACION DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE/S
9. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA GESTIÓN			
a. Nombres y apellidos:		b. Nº de cédula:	
c. Cargo:		d. Servicio:	
e. FIRMA			
<small>Evento adverso: Error de cobertura o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave a la ciudadanía, a la prevención o a la atención. Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base. Evento centinela: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. Este documento es de uso exclusivo para el establecimiento de salud.</small>			

