

LECCIONES APRENDIDAS INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GÍNECO- OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA SEPTIEMBRE 2019



Dra. Linda Arturo Delgado
Gestión de Calidad, HGOIA

***“SI PIENSAS QUE LOS QUE HACES ES
DEMASADO PEQUEÑO COMO PARA
MARCAR LA DIFERENCIA, INTENTA
DORMIR CON UN MOSQUITO EN LA
HABITACIÓN.”***

PROVERBIO AFRICANO



INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE:

- ❖ CIRUGÍA SEGURA
- ❖ EVENTO ADVERSO
- ❖ IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

- 1.- GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN**
- 2.- MINIMIZAR LOS RIESGOS EXISTENTES**
- 3.- COMPENSAR CUALQUIER DAÑO DERIVADO DE UN EVENTO**

MARCO NORMATIVO

A.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**Quito: Ministerio de Salud Pública,
Dirección Nacional de Normatización.
Dirección Nacional de Calidad de los
Servicios de Salud. MSP; 2016.**



B.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. QUIPUX MSP-CZ9-CZ-PSS-2017-0872-M MATRIZ DE SEGURIDAD DE PACIENTE. MSP; junio 2017.



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal 9-SALUD
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud



Memorando Nro. MSP-CZ9-CZ-PSS-2017-0872-M

Quito, D.M., 11 de junio de 2017

1. Designar un/una responsable por servicio para la obtención de los datos.
2. Enviar a Estadística del establecimiento de salud.
3. Enviar a Estadística Zonal.

Fecha máxima de reporte: 5 de cada mes.

El Reporte debe ser enviado por medio electrónico, con copia a la Dra. Mónica Paladines:
monica.paladines@mspz9.gob.ec

ASUNTO: Indicadores de Gestión de Calidad

De mi consideración:

Conforme a los compromisos adquiridos en las capacitaciones de Gestión de Calidad, respecto a la "MATRIZ CONSOLIDADA ZONAL DE REPORTE DE AVANCES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES DEL MSP", literal C. "SEGURIDAD DEL PACIENTE (*Manual de Seguridad del Paciente- Usuario para el SNS - Acuerdo ministerial 00000115, publicado en el registro oficial 760 del 14 de noviembre de 2016*), se recuerda que desde el mes de julio, en base a los datos obtenidos en el mes de junio, el personal de estadística del establecimiento de salud deberá reportar a Estadística Zonal, lo siguiente:

- "Pacientes sin brazaletes de identificación", de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información.
- "Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente", de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información.
- "Lista de verificación de cirugía segura", de acuerdo al Modelo de Gestión de la Información.

Se deberá.

Matriz Indicadores Seguridad del Paciente Establecimientos Salud_VF. Codificado. Final 25012017.xls [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

C13		Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia (observación, área de estabilización de paciente – usuario crítico) y																																									
 <p>Subsecretaría Nacional de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud</p>		MATRIZ DE REPORTE DE INDICADORES DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD												VERSIÓN: CÓDIGO:																													
1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																																											
g. INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:				h. PROVINCIA:				c. CANTÓN:																																			
j. COORDINACIÓN ZONAL:				a. DISTRITO:				f. UNICÓDIGO:																																			
q. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:								l. TIPOLOGÍA:																																			
i. RESPONSABLE DEL REPORTE:								j. CARGO:																																			
2. REGISTRO MENSUAL																																											
Proceso	Indicador	ENERO			FEBRERO			MARZO			1ER. TRIMESTRE			ABRIL			MAYO			JUNIO			2ºº. TRIMESTRE			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			3ER. TRIMESTRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
		M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X	M	D	X			
13	Región de Información de Pacientes Sin Braxido de	#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####					
13	Región de Multicentro de Evaluación de la	#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####					
14	Región de la	#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####			#####					

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Reporte Esta.Salud

ANALISIS E.S.

G 1 % Pte sin braza

C13 f_x Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia (observación, área de estabilización de paciente – usuario crítico) y

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	OBSERVACIONES
Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia y hospitalización en el mes, que no portan un brazalete de identificación, según lo establecido en el Manual de Seguridad del paciente.	Sumatoria del número pacientes sin brazalete o con datos erróneos o faltantes atendidos en emergencia y hospitalización.	Suma total de pacientes atendidos en emergencias y hospitalización.	
Porcentaje de eventos notificados que generaron acciones correctivas o preventivas iniciales	Sumatoria de número de eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales.	Suma total de eventos notificados	
Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	Sumatoria de Número de Cirugías en las que se aplica la LVCS, según lo establecido en el Manual de Seguridad del paciente para el sistema nacional de salud (cumpliendo los tres momentos y todos los ITEMS de cada momento).	Suma total de Cirugías realizadas en el establecimiento de salud, en el mismo período.	Este indicador aplica para los establecimientos de salud que cuenten con quirófano.

CIRUGÍA SEGURA

“La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.”
(Manual de Seguridad de Paciente; MSP, 2016)



1.1.- INICIO EN EL HGOIA: JULIO 2014

MODELO OPS/OMS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

Una lista sencilla para una práctica más segura

Antes de la inducción de la anestesia → Antes de la incisión cutánea → Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero y el anestésico, como mínimo)

(Con el enfermero, el anestésico y el cirujano)

(Con el enfermero, el anestésico y el cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

□ Sí

□ No

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

□ Sí

□ No

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

□ Sí

□ No

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

□ Sí

□ No

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

□ No

□ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

□ No

□ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

□ No

□ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

□ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

□ Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

□ Sí

□ No

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

□ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no automatizados?

□ ¿Cuánto durará la operación?

□ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestésico:

□ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

□ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

□ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

El enfermero confirma verbalmente:

□ El nombre del procedimiento

□ El recuento de instrumentos, gasas y agujas

□ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

□ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestésico y enfermero:

□ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009

La cirugía segura salva vidas

MODELO MSP - HGOIA 2014

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

SERVICIO: FECHA:

Categoría	ELEMENTO A EVALUAR	CUMPLE CON LA NORMA		
		N°	1	2
Entrada	Paciente trae colocado el brazalete de identificación			
	Paciente confirma:			
	Su identidad			
	El sitio quirúrgico			
	El procedimiento			
	Su consentimiento			
	Anestesiología:			
	Ha completado el control de la seguridad de la anestesia			
	Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento			
	Tiene el paciente alergias conocidas			
Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración				
Si la respuesta anterior fue afirmativa. Hay instrumental y equipos / Ayuda				

PROTOCOLO HGOIA:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

La OMS ha determinado los siguientes diez objetivos para concretar una Cirugía Segura:

1. Intervenir a la paciente o recién nacido (RN) correctos y en el lugar anatómico correcto.
2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor a la paciente o RN



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ISIDRO AYORA"

Memorando Nro. HGOIA – PACG – 1053

Quito, 29 de septiembre del 2014.

Dr. Humberto Navas López
GERENTE HGOIA

Adjunto a la presente el formato del "INFORME CONSOLIDADO SOBRE CUMPLIMIENTO DEL FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA, HGOIA", con la finalidad de que el personal responsable del proceso envíe a la Gerencia esta información hasta el día 1 de octubre del 2014.

De esta manera, será posible enviar esta información a la Coordinación Zonal 9 hasta el 2 de octubre del presente, tal y como fue nuestro compromiso.

Atentamente,

Dra. Linda Arturo Delgado
Coordinadora PAGC

Adj. Documento citado

**INFORME CONSOLIDADO SOBRE CUMPLIMIENTO DEL
FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA, HGOIA**



MES	NUMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS	NUMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS CON FORMULARIO COMPLETO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
JULIO 2014			
AGOSTO 2014			
SEPTIEMBRE 2014			

Av. Gran Colombia N.o. 14-56 y Sodiro.

Teléfono: 2234520-224502-224503

1.2.- ACREDITACIÓN CON EL MODELO CANADIENSE: 2014 - 2016

HGOIA-AC-POR-005
PROCESO:
PRÁCTICAS
OPERACIONALES
REQUERIDAS /
ESTÁNDARES ORO:
PRÁCTICAS
QUIRURGICAS
SEGURAS

 Hospital Gineco-Obstétrico Ministerio de Salud Pública	PROCESO: PRÁCTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO	Código: HGOIA-AC-POR-005
	Nombre de la Política: PRÁCTICAS QUIRURGICAS SEGURAS	Fecha de elaboración: Mayo 2014
		Fecha de aprobación: Mayo 2014
		Responsable consenso: Centro Quirúrgico
		Aprobado en el HGOIA por: Gerencia Dirección Médica Coordinación de Calidad
OBJETIVO: "Contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática medidas de seguridad esenciales y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos." (OMS)		
ALCANCE: Toda paciente o neonato sometidos a cirugía		
RESPONSABLES:		

1.3- MATRIZ MSP 2017 DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE

A	B	C
Registro de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	3	Porcentaje de Cirugías en las que se aplica la Lista de Verificación de Cirugía Segura, según lo establecido en la normativa

prevenivas iniciales			
Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	Sumatoria de Número de Cirugías en las que se aplica la LVCS, según lo establecido en el Manual de Seguridad del paciente para el sistema nacional de salud (cumpliendo los tres momentos y todos los ITEMS de cada momento).	Suma total de Cirugías realizadas en el establecimiento de salud, en el mismo período.	Este indicador aplica para los establecimientos de salud que cuenten con quirófano.

2.- RUTA INFORMATIVA

2.1- USO DE FORULARIO: CENTRO QUIRÚRGICO

2.2.- CONSIGNACIÓN DE INFORMACIÓN EN MATRIZ MSP

2.3- APROBACION Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A CZ9

2.4.- SOCIALIZACIÓN INTERNA

 Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO SIDRO AYORA

FECHA : Quito, 03 de Septiembre del 2018

Para : Dr. Humberto Navas López

De : Dra. Betty Nacimba S.

ASUNTO: VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO QUIRÚRGICO
AGOSTO 2018

	AGOSTO	TOTAL
Cirugía verificadas con formulario de CIRUGÍA SEGURA	450	450
Cirugías realizadas	450	450
Porcentaje	100%	100%

• Incluye: Centro Quirúrgico, Patología Obstétrica, Centro Obstétrico y Quirófano de Ginecología.

Dra. Betty Nacimba Simbaña
ANESTESIOLOGA
Libro: 2195
INH: 170800751

Dra. Betty Nacimba S.
Líder de Centro Quirúrgico

3.- RESULTADOS

3.1- RESULTADOS 2017

Proceso	Estándar	Indicador	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO ANUAL 2017
			N	D	
Registro de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	3	Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	5595	5595	100%

3.- RESULTADOS

3.2- RESULTADOS 2018

Proceso	Estándar	Indicador	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO ANUAL 2018
			N	D	
Registro de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	3	Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	5528	5528	100%

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2019

Proceso	Estándar	Indicador	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO SEMESTRAL 2019
			N	D	
Registro de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	3	Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	2402	2402	100%



IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

**“Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.”
(Manual de Seguridad de Paciente; MSP, 2016)**

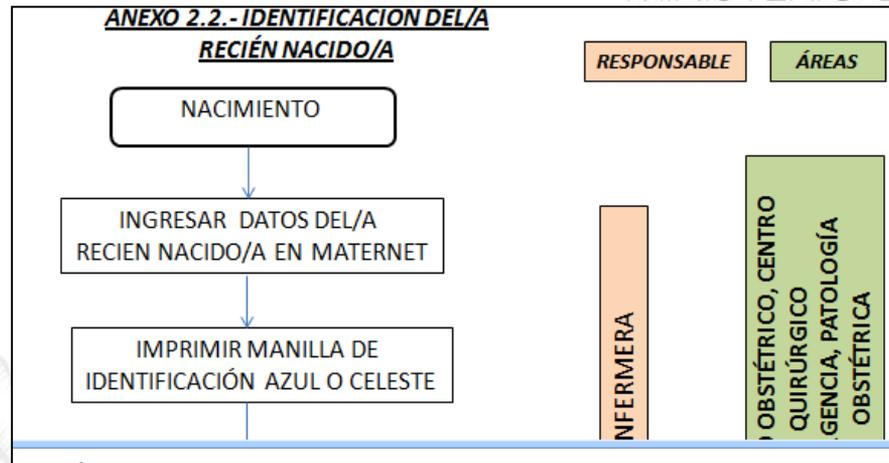
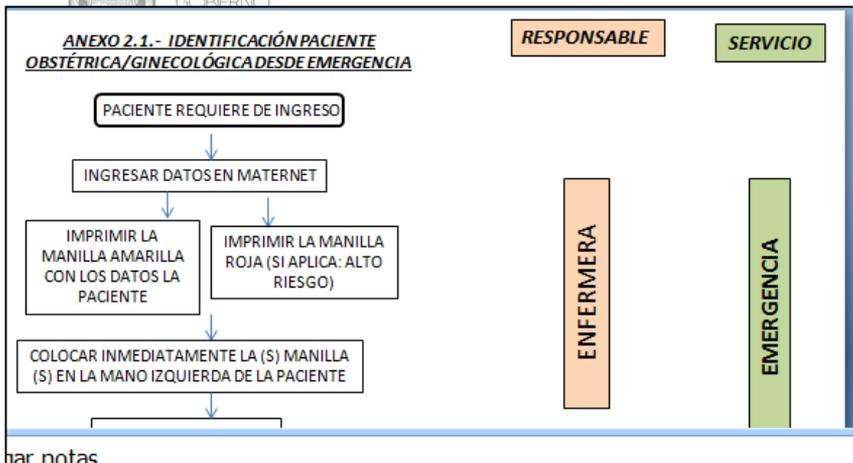


1.1.- ACREDITACIÓN CON EL MODELO CANADIENSE: 2014 – 2016 PORs Y FLUJOGRAMAS

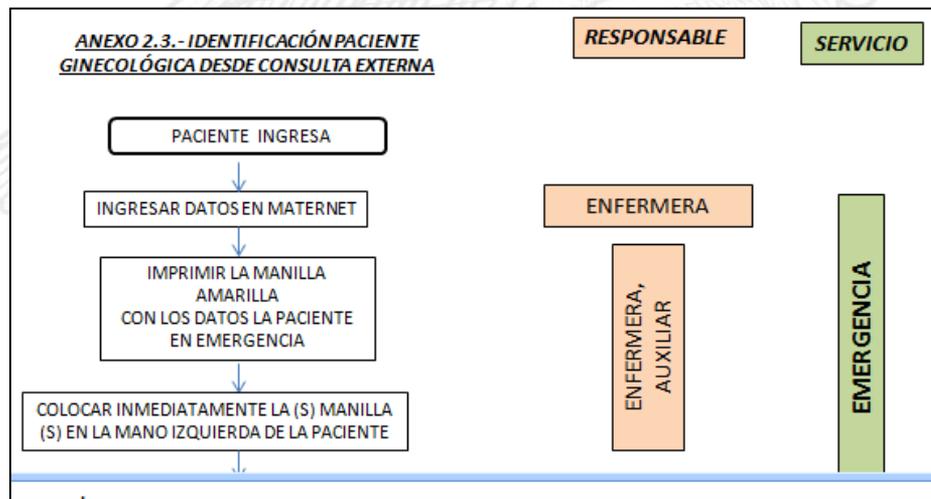
 <p>Hospital Gineco Obstétrico Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROCESO: PRÁCTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO</p>	<p>Código: HGOIA-AC-ROP-002</p>
	<p>Nombre de la Política:</p>	<p>Fecha de elaboración: Mayo 2015</p>
	<p>IDENTIFICACIÓN / VERIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	<p>Fecha de aprobación: Julio 2015</p>
		<p>Responsable consenso: Coordinación PACG</p> <p>Aprobado en el HGOIA por: Gerencia Dirección Médica Coordinación de Calidad</p>

OBJETIVO:

Estandarizar el sistema de identificación con datos inequívocos para las pacientes de las áreas obstétricas/ginecológicas y los recién nacidos en el HGOIA, para evitar errores de identidad durante su hospitalización y fomentar su seguridad, mediante el uso de las manillas de identificación en forma permanente.



ar notas



1.3- MATRIZ MSP 2017 DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE

Proceso	Estándar	Indicador
Registro de Información de Pacientes Sin Brazaletes de identificación	1	Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia (observación, área de estabilización de paciente – usuario crítico) y hospitalización en el mes, que no portan un brazalete de identificación, según lo establecido en el Manual de Seguridad del paciente.

2.- RUTA INFORMATIVA

2.1- USO DE FORULARIO MSP POR PARTE DE ENFERMERÍA

  		REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 1	
				Código: DNCSS-MSP-002	
				Fecha: 01/08/2016	
8. GESTIÓN REALIZADA (a cargo del equipo de mejoramiento de la calidad)					
Análisis del Evento:			Fecha: dd / mm / aa		
a. ACCIONES INSEGURAS			b. FACTORES CONTRIBUTIVOS		
c. Acciones correctivas / preventivas iniciales: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
PLAN DE ACCIÓN. Acciones para abordar los Factores Contributivos					
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	FECHA FINAL DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE/S	

2.- RUTA INFORMATIVA

SERVICIOS/ÁREAS MONITORIZADOS: 14

CENTRO OBSTETRICO
CENTRO QUIRURGICO
PATOLOGIA OBSTETRICA
TERCERO GENERAL (Sala F)
SEGUNDO GENERAL (Sala C)
ADOLESCENCIA (madres)
ADOLESCENCIA (neonatos)
HOSPITALIZACIÓN NEONATAL (Sala 205)
SALA RECUPERACIÓN NEO (Sala 208)
SALA CUIDADOS BÁSICOS NEO (Sala 301)
SALA UCIN
SALA UCIM
GINECOLOGIA
EMERGENCIA

2.- RUTA INFORMATIVA

2.2.- CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN FORMULARIO POR SERVICIOS



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO SIDRO AYORA

INFORME DE BRAZALETES DE IDENTIFICACION POR SERVICIOS, HGOIA AGOSTO 2019

SERVICIO	TOTAL DE PACIENTES	Nº DE MANILLAS CON IDENTIFICACIÓN INADECUADA	CAUSA
CENTRO OBSTETRICO (madres)	422	0	
CENTRO OBSTETRICO (neonatos)	207	5	<u>5 NEONATOS IDENTIFICADOS EN SALA 208</u> - Manilla provisional con número historia incorrecto - Manilla provisional con nombre incorrecto - Manilla provisional con fecha de nacimiento incorrecto - Manilla provisional con hora de nacimiento incorrecto - Manilla provisional de color incorrecto
CENTRO QUIRURGICO (madres)	197	0	
CENTRO QUIRURGICO			1 NEONATO IDENTIFICADO EN SALA 208

FALLAS MÁS COMUNES:

- .- Cambio de nombre con otro/a paciente**
- .- Paciente con nombre equivocado**
- .- Paciente con fecha equivocada**
- .- Paciente con hora equivocada**
- .- Paciente con cédula equivocado**
- .- Paciente sin manilla (extraviada)**
- .- Datos superpuestos**
- .- Datos ilegibles**
- .- Paciente con emergencia ingresa desde
Emergencia sin manilla**

2.- RUTA INFORMATIVA

2.3.- CONSIGNACIÓN DE INFORMACIÓN EN MATRIZ MSP

2.4.- APROBACION Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A CZ9

2.5.- SOCIALIZACIÓN INTERNA

2.6.- IMPLEMENTACIÓN CICLO CORTO DE MEJORAMIENTO

Memorando Nro. HGOIA – PACG – 1813

Quito, 3 de septiembre del 2018

Dr. Humberto Navas López
GERENTE HGOIA

Adjunto a la presente el “**INFORME DE BRAZALETES DE IDENTIFICACION POR
SERVICIOS, HGOIA AGOSTO 2018**”

Dra. Linda Arturo Delgado
Coordinadora PAGC

Adj. Documento citado



EL



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA

CICLO RAPIDO DE MEJORAMIENTO CONTINUO
Medición de Estándares de Seguridad de Paciente HGOIA:
BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN
HGOIA 2019

HOSPITAL:

Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

Zona: 9

Provincia: RICHINCHA

Distrito: Quito

Responsable de la
evaluación:

NOMBRE	CARGO
DRA. LINDA ARTURO DELGADO	COORDINADORA DE CALIDAD
LIC. YOLANDA VINUEZA	COORDINADORA ENFERMERÍA

día mes año

día mes año

Ciclo #:

1

Fecha de
inicio:

3

08

2019

Fecha de
conclusión:

31

08

2019

3.- RESULTADOS

3.1- RESULTADOS 2017

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO ANUAL 2017
		N	D	
Registro de Información de Pacientes Sin Brazaletes	1	226	18552	1,21%

3.- RESULTADOS

3.2- RESULTADOS 2018

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL ANUAL 2018
		N	D	
Registro de Información de Pacientes Sin Brazalete de identificación	1	103	30868	0,3%

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2019

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL SEMESTRAL 2019
		N	D	
Registro de Información de Pacientes Sin Brazalete de identificación	1	64	156666	0,4%

**“Evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. Es un evento prevenible”.
(Manual de Seguridad de Paciente; MSP, 2016)**



1.- PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

1.1.- ACREDITACIÓN CON EL MODELO CANADIENSE: 2014 - 2016

 Hospital Gineco-Obstétrico Ministerio de Salud Pública	PROCESO: PRACTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO	Código: HGOIA-AC-ROP-001a
	Nombre de la Política: REPORTE DE CUASI-EVENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA	Fecha de elaboración: Noviembre 2014
		Fecha de aprobación: Julio 2015
		Responsable consenso: Coordinación PACG Aprobado en el HGOIA por: Gerencia Dirección Médica Coordinación de Calidad

OBJETIVO:

Establecer una política para el Registro de Cuasi-Eventos, Eventos Adversos y Eventos Centinela, relacionados con la Atención Clínica/Quirúrgica/Administrativa

ALCANCE:

El Reporte de Cuasi-Eventos, Eventos Adversos, Eventos Centinela, presentados en la atención de madres y recién nacidos en todos los servicios de hospitalización y consultas externas del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y podrá ser aplicado por todo el personal de salud y asistencial encargado de la atención a la paciente y su neonato.

- ANEXO ROP-001.2 Flujograma de Eventos Adversos Procedimiento y Actividades.



ANEXO ROP-001.2
FLUJOGRAMA EVENT

- ROP-001.3 Formulario Informe y Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos



ANEXO ROP-001.3
INFORME EVENTOS /

- ANEXO ROP-001.4 Plan de Acción para la Gestión de Eventos Adversos



ANEXO ROP-001.4.-
PLAN ACCIÓN EVENT

- ANEXO ROP-001.5 Guía de Rápida de Análisis de Eventos Adversos



<p>Hospital Gineco Obstétrico</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROCESO: PRACTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO</p>	<p>Código: HGOIA-AC-ROP-001b</p>
		<p>Fecha de elaboración: Junio 2014</p>
	<p>Nombre de la Política: EVALUACIÓN DE CUASI-EVENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA, EN BASE AL PROTOCOLO DE LONDRES</p>	<p>Fecha de aprobación: Julio 2015</p>
		<p>Responsable consenso: Coordinación PACG</p> <p>Aprobado en el HGOIA por: Gerencia Dirección Médica Coordinación de Calidad</p>

OBJETIVO:

Establecer una política para la evaluación y gestión de los Cuasi-Eventos, Eventos Adversos y Eventos Centinela, relacionados con la Atención Clínica/Quirúrgica/Administrativa, en base al formato del Protocolo de Londres en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA).

ALCANCE:

El análisis de los reportes de Cuasi-Eventos, Eventos Adversos, Eventos Centinela, presentados en la atención de madres y recién nacidos en todos los servicios de hospitalización y consultas externas será aplicado por todos los Comités de Calidad de cada servicio y el Comité de Calidad del HGOIA, de acuerdo al nivel de complejidad del análisis.



Gerencia)

ANEXO

1.1.- FORMULARIO DE INFORME Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE CUASI-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA



ANEXO ROP-001.3
INFORME EVENTOS /

ANEXO

FORMULARIO DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA GESTIÓN DE CUASI-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA



ANEXO ROP-001.4.-
PLAN ACCIÓN EVENT

1.2- MATRIZ MSP 2017 DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE

Proceso	Estándar	Indicador
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	2	Porcentaje de eventos notificados que generaron acciones correctivas o preventivas iniciales

2.- RUTA INFORMATIVA

2.1- USO DE FORULARIO MSP POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DEL HGOIA (BUZONES)

  		REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-002 Fecha: 01/08/2016
1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
a. Institución del Sistema:				
MSP <input type="radio"/> IESS <input type="radio"/> FFAA <input type="radio"/> Policía Nacional <input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Red Privada <input type="radio"/> Fiscomisional <input type="radio"/>				
b. Provincia:		c. Zona:		d. Distrito:
f. Establecimiento de salud:			e. Unicódigo:	
g. Tipología:			j. Hora:	
h. Servicio / Área donde se produce el evento:			i. Fecha: dd / mm / aa	
2. DATOS DEL PACIENTE				
a. Nombres y apellidos del paciente:				
b. Edad:		c. Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		d. N° de Historia Clínica única:
e. Diagnóstico / Motivo de atención:			f. CIE 10:	
3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR				
a. Médica/o <input type="radio"/>		b. Enfermera/o <input type="radio"/>		c. Obstetra <input type="radio"/>
d. Familiares/acompañante/cuidador <input type="radio"/>		e. Trabajador/a Social <input type="radio"/>		f. Odontóloga/o <input type="radio"/>
g. Psicólogo/a <input type="radio"/>		h. Estudiante <input type="radio"/>		i. Otro <input type="radio"/>
J. Fecha del reporte: dd / mm / aa				
4. TIPO DE EVENTO				
Español (Ecuador)				  

Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora

440

FORMULARIO ROP-001.1 PARA LA NOTIFICACIÓN Y REPORTE DE CUASI-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA

I) DATOS DE LA PACIENTE /RN:

NOMBRE: RN JANEZ Almedo

FECHA DE NACIMIENTO: 9/8/2018

HCL: 5231+2

DIAGNOSTICO: RUT + PSEB + PAAU + Femenino + Escleración en región frontal con riesgo de infección

EDAD: 4 horas SEXO: M () F (X) PESO: 3090 g

II) FECHA DE NOTIFICACIÓN: 9/8/18

III) SERVICIO: Obstetricia

VI) DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:

Fecha del Suceso: 09/8/2018 Hora: 4.00 am

DETALLE DEL SUCESO:

Nace RN femenino por parto cefalopodico en el cual se procede a realizar episiotomía, lo cual aparentemente provoca escarificación larval en región frontal de aproximadamente 4cm. Se ingresa a RN a sala 301 para observación y se manejará como riesgo de infección

**2.2- RETIRO DE
FORMULARIOS,
CLASIFICACIÓN,
INGRESO A BASE DE
DATOS, SOLICITUD DE
GESTIÓN DEL PROCESO,
ENTREGA SOLICITUDES
A LÍDERES SERVICIOS
(APOYO ÁREA DE
FARMACIA)**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AVORA

MEMORANDUM N° 35. GP-2018

Para: Dra. Linda Arturo
Cc: *Dr. Rolando Montecinos*
De: Dr. Humberto Navas López.
Asunto: Entrega de Evento Adverso
Fecha: *Quito, 27 de Agosto del 2018*

Por medio de la presente me permito hacer llegar *16421* Reporte de Evento Adverso N° *440* El mismo que deberá ser analizado por su Comité de Calidad empleando el Protocolo de Londres, y elaborado el Plan de acción el mismo que será entregado a este despacho dentro de las 24 horas para eventos centinela y 72 horas para el resto de eventos,

Atentamente,
[Signature]
Dr. Humberto Navas López
GERENTE HGOIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN ZONAL 9 - SALP9
GERENCIA
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO "ISIDRO AVORA"

2.3- ANÁLISIS DE EVENTOS EN CADA SERVICIO (COMITÉS DE CALIDAD). ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PLANES MEJORA DE LA CALIDAD: FORMATO PROTOCOLO LONDRES Y OTRAS ESTRATEGIAS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

MEMORANDUM N° 852-GFDM-2018

PARA: Dra. Linda Arturo
DE: Dra. Katherine Barba.
ASUNTO: Entrega de Análisis de Evento Adverso 439
FEHA: Quito, 22 de Agosto del 2018.

Por medio de la presente, se realiza la entrega del Informe y recomendaciones del Evento Adverso

Atentamente,
Dra. Katherine Barba
LIDER DE FARMACIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

PROCEDIMIENTO OPERACIONAL REQUERIDAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD
Miembro de la FARMACIA: EVALUACIÓN DE CASOS DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA, EN BASE AL PROTOCOLO DE LONDRES
Código: MED/FAC/POD-000

ANEXO ROP-0514.
FORMULARIO: PLAN DE ACCIÓN PARA LA GESTIÓN DE CUAS-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA

Flujo de trabajo:

```

    Identificación y notificación -> Evaluación -> Clasificación -> Análisis de causas -> Plan de acción
    
```

FACTORES CONTRIBUTIVOS	PROCEDIMIENTOS DE MEJORA	RESPONSABLE	TIEMPOS	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FECHA
Compañero Auxiliar de farmacia no pregunta a Bioquímico farmacéutico la duda que se presenta con respecto a la validación de la	Resolver de manera correcta las dudas que se presenten preguntando al bioquímico farmacéutico o supervisor a cargo para evitar dispensación que no corresponda	Equipo de Calidad	Inmediatamente	Procedimiento Operativo Estándar de Dispensación de Medicamentos	Listas de Asistencia	

2.- RUTA INFORMATIVA

**2.4.- CONSIGNACIÓN DE
INFORMACIÓN EN MATRIZ MSP**

**2.5.- APROBACION Y ENVÍO
DE INFORMACIÓN A CZ9**

2.6.- SOCIALIZACIÓN INTERNA

**2.7.- SEGUIMIENTO DE MEDIDAS CORRECTIVAS
MEDIANTE PROTOCOLO DE LONDRES Y OTRAS
ESTRATEGIAS**

3.- RESULTADOS

3.1- RESULTADOS 2017

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO ANUAL 2017
		N	D	
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	2	122	124	98,3%

3.- RESULTADOS

3.2- RESULTADOS 2018

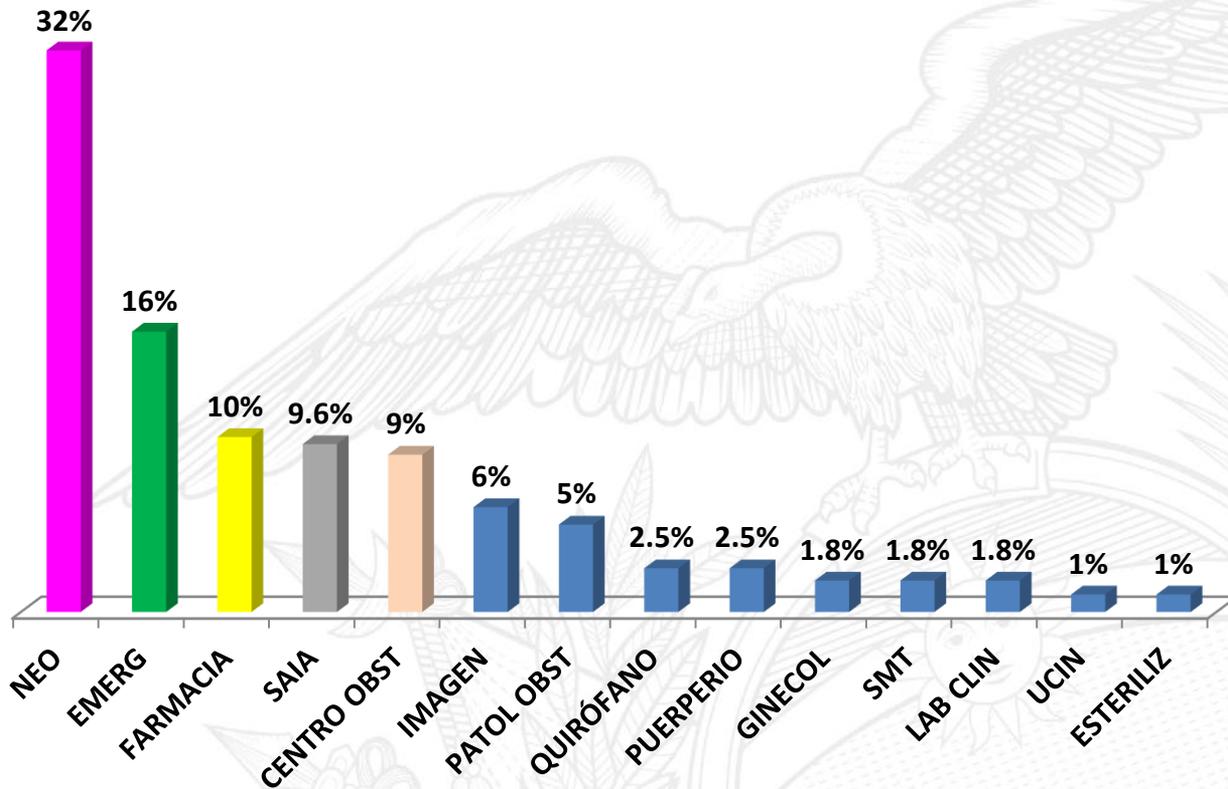
Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL ANUAL2018
		N	D	
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	1	92	92	100%

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2019

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL SEMESTRE 2019
		N	D	
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	1	52	52	100%

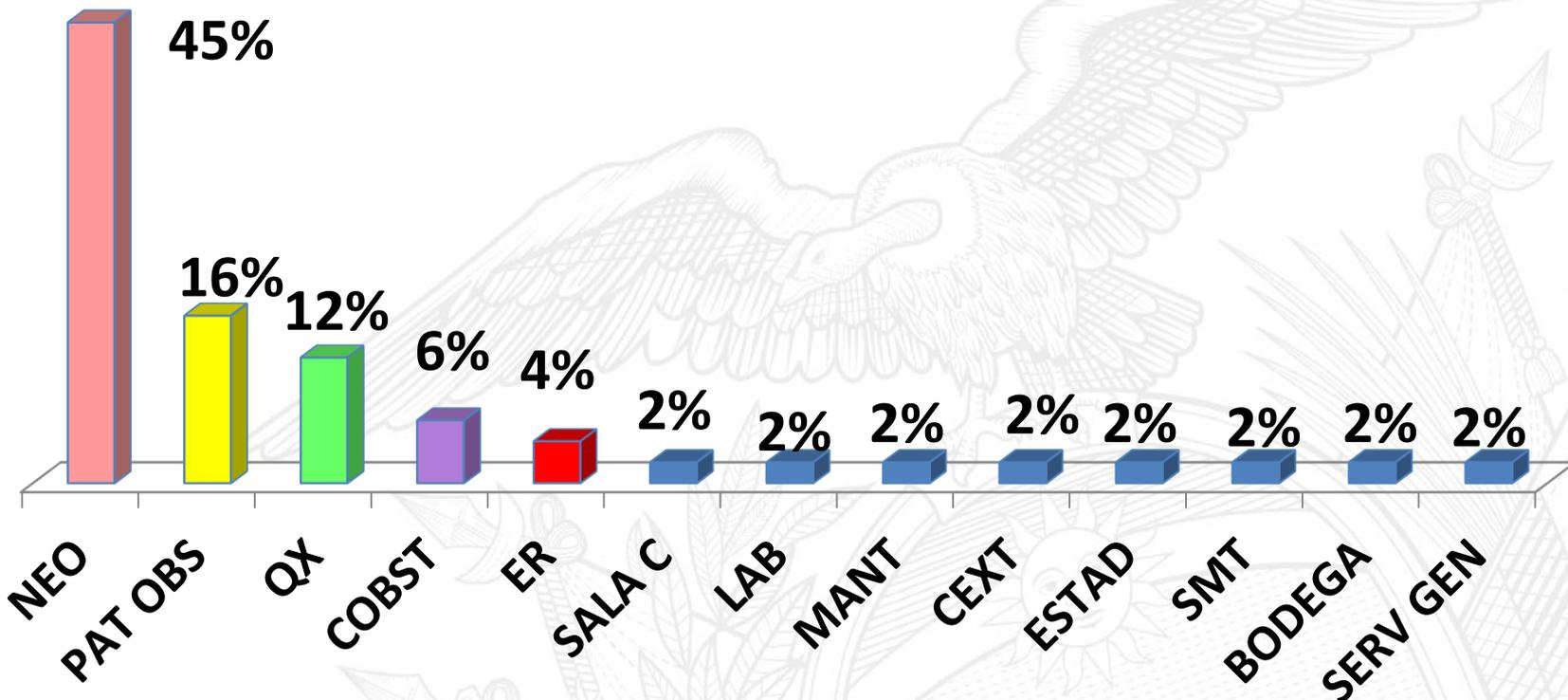
EVENTOS ADVERSOS PORCENTAJE POR SERVICIO, 2016 - 2018 HGOIA





EVENTOS ADVERSOS PORCENTAJE POR SERVICIO, PRIMER SEMESTRE 2019, HGOIA

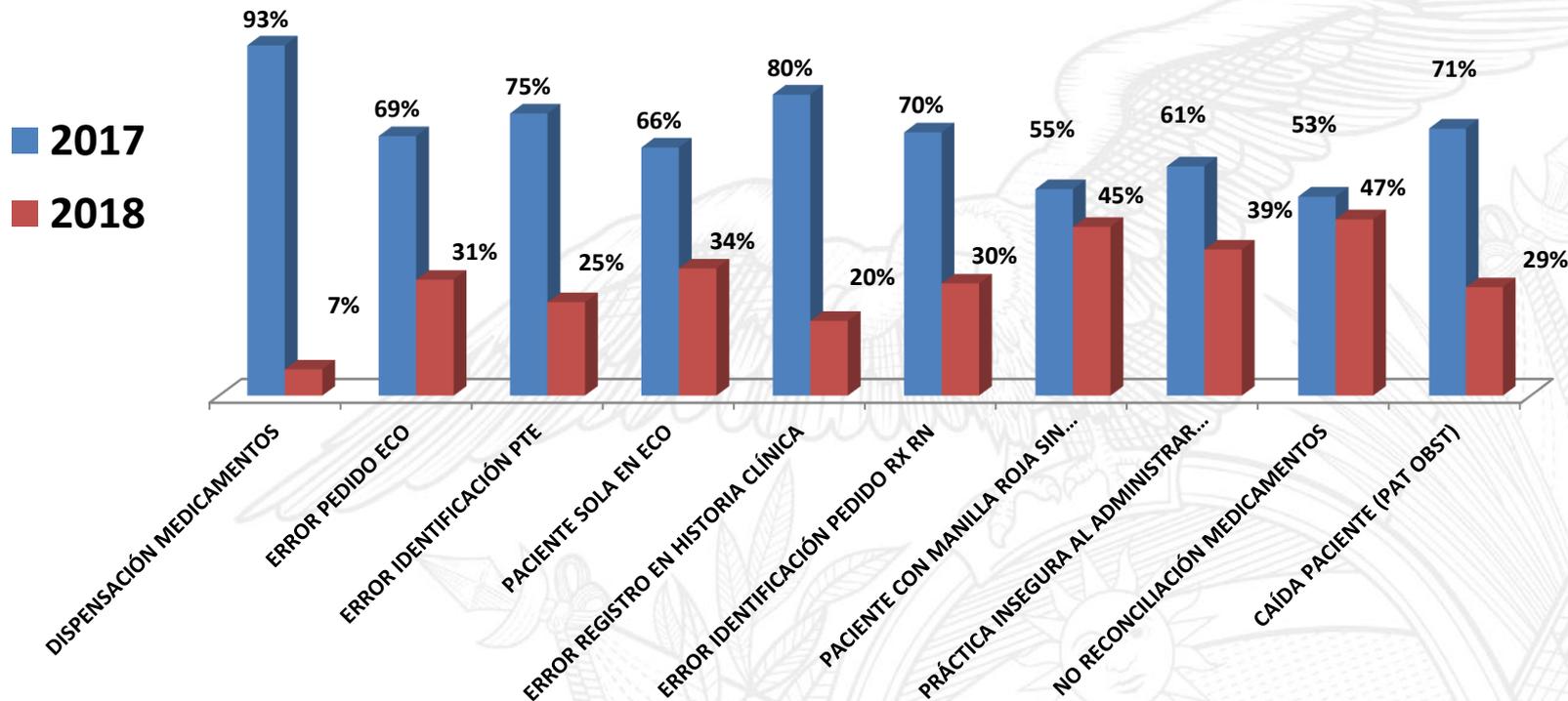
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



TIPO DE EVENTO 2017-2018	
1	ERROR EN DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
2	ERROR IDENTIFICACIÓN PEDIDO ECO
3	ERROR IDENTIFICACIÓN PACIENTE
4	PACIENTE SOLA EN ECO
5	ERROR REGISTRO DE DATOS EN HISTORIA CLÍNICA
6	ERROR IDENTIFICACIÓN PEDIDO RX RN
7	PACIENTE DE ALTO RIESGO (MANILLA ROJA) SIN ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL AL DEAMBULAR
8	PRÁCTICA INSEGURA AL ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
9	NO SE REALIZA RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOS
10	CAÍDA PACIENTE (PAT OBST)

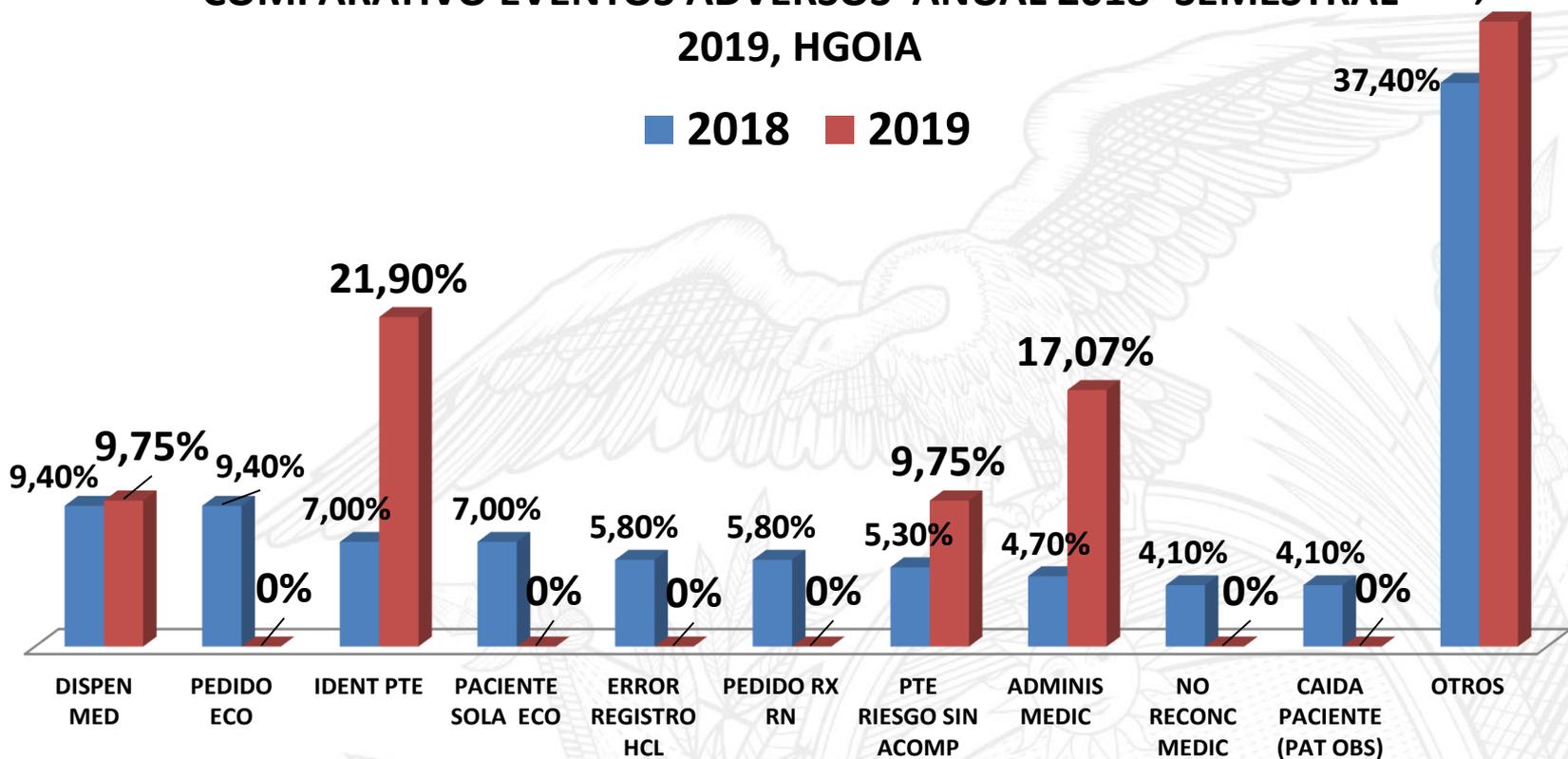
TIPO DE EVENTO 2019	
1	ERROR IDENTIFICACIÓN PACIENTE
2	ERROR IDENTIFICACIÓN PEDIDOS
3	PACIENTE DE ALTO RIESGO (MANILLA ROJA) SIN ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL AL DEAMBULAR
4	ERROR REGISTRO DE DATOS EN HISTORIA CLÍNICA
5	NO SE REALIZA RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOS
6	PRÁCTICA INSEGURA AL ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
7	ERROR IDENTIFICACIÓN MUESTRAS SANGRE RN
8	ERROR IDENTIFICACIÓN PLACA RX
9	ERROR EN TIPIFICACIÓN DE PACIENTE
10	SOLICITUD ERRONEA A SMT

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS COMPARATIVO: 2017-2018, HGOIA



COMPARATIVO EVENTOS ADVERSOS ANUAL 2018- SEMESTRAL 2019, HGOIA

■ 2018 ■ 2019



GESTIÓN DE CALIDAD

COMPARATIVO INDICADORES CALIDAD Y SEGURIDAD PACIENTE, HGOIAPRIMER SEMESTRE 2019, HGOIA

INDICADORES	2017	2018	2019
SIN BRAZALETES	2.8% (18/635)	0,24% (39/16005)	0.40% (64/15666)
EVENTOS ADV CON INFORME	94.5% (30/32)	100% (60/60)	100% (52/52)
REGISTRO CIRUG SEG	100% (2845/2845)	100% (3070/3070)	100% (2402/2402)

CONCLUSIÓN

