

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN**



“NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”

PROCESO: CALIDAD

SUBPROCESO: N/A

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Ing. Jhonny Solís	Analista de Calidad 3	
Revisado por:	Dra. Gladys Quevedo	Directora Asistencial	
Aprobado por:	Dr. Jorge Peñaherrera	Gerente General	





NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Contenido

1. OBJETIVO:	2
2. ALCANCE:	2
3. RESPONSABLES:	2
4. DEFINICIONES:	2
5. DESCRIPCIÓN:	3
Diagrama del procedimiento	4
Desarrollo de procedimiento	6
6. INDICADORES	11
7. REFERENCIAS:	11
8. DISTRIBUCIÓN	11
9. CONTROL DE CAMBIOS	12
10. ANEXOS	12
Anexo 1	13
Anexo 2	14
Anexo 3	15
Anexo 4	16





NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. OBJETIVO:

Estandarizar el procedimiento de notificación de eventos adversos relacionados a la seguridad del paciente definiendo el flujo y responsables de las actividades a realizar, para un mejor seguimiento y aplicación de los planes de acción.

2. ALCANCE:

Todos los procesos asistenciales.

3. RESPONSABLES:

Responsable de la Supervisión: Unidad de Calidad

Responsable de la Aplicación: Líderes de procesos

Responsable del Monitoreo del Indicador: Unidad de Calidad

4. DEFINICIONES:

- **Acción de mejora:** de acuerdo a la OMS que define a la medida de mejora como la acción adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un evento.
- **Barrera de seguridad:** acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del cuasi evento o evento adverso. Factores atenuantes o de defensa.
- **Cuasi evento:** error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.
- **Cultura de seguridad:** producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.
- **Complicación:** daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella.
- **Equipo de Mejora Continua:** EMC
- **Error:** acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla.
- **Error por comisión:** error que se produce como consecuencia de una acción. Es un error por acción.
- **Error por omisión:** error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.
- **Evento relacionado con la seguridad del paciente:** todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño.



NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Evento adverso:** 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.
- **Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **con error**, no por la patología de base. Es un evento adverso prevenible.
- **Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **sin error**, no por la patología de base. Se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Es un evento adverso no prevenible.
- **Evento centinela:** todo evento adverso 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.
- **Factores contributivos:** 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).
- **Factores humanos:** estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, los instrumentos, equipos y métodos que utilizan, y los entornos en los que viven y trabajan.
- **Fallos del sistema:** defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- **Fallas latentes:** 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.
- **Fallas activas:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. Son acciones inseguras.
- **Resiliencia:** proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas.
- **Reacción adversa:** daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

5. DESCRIPCIÓN:



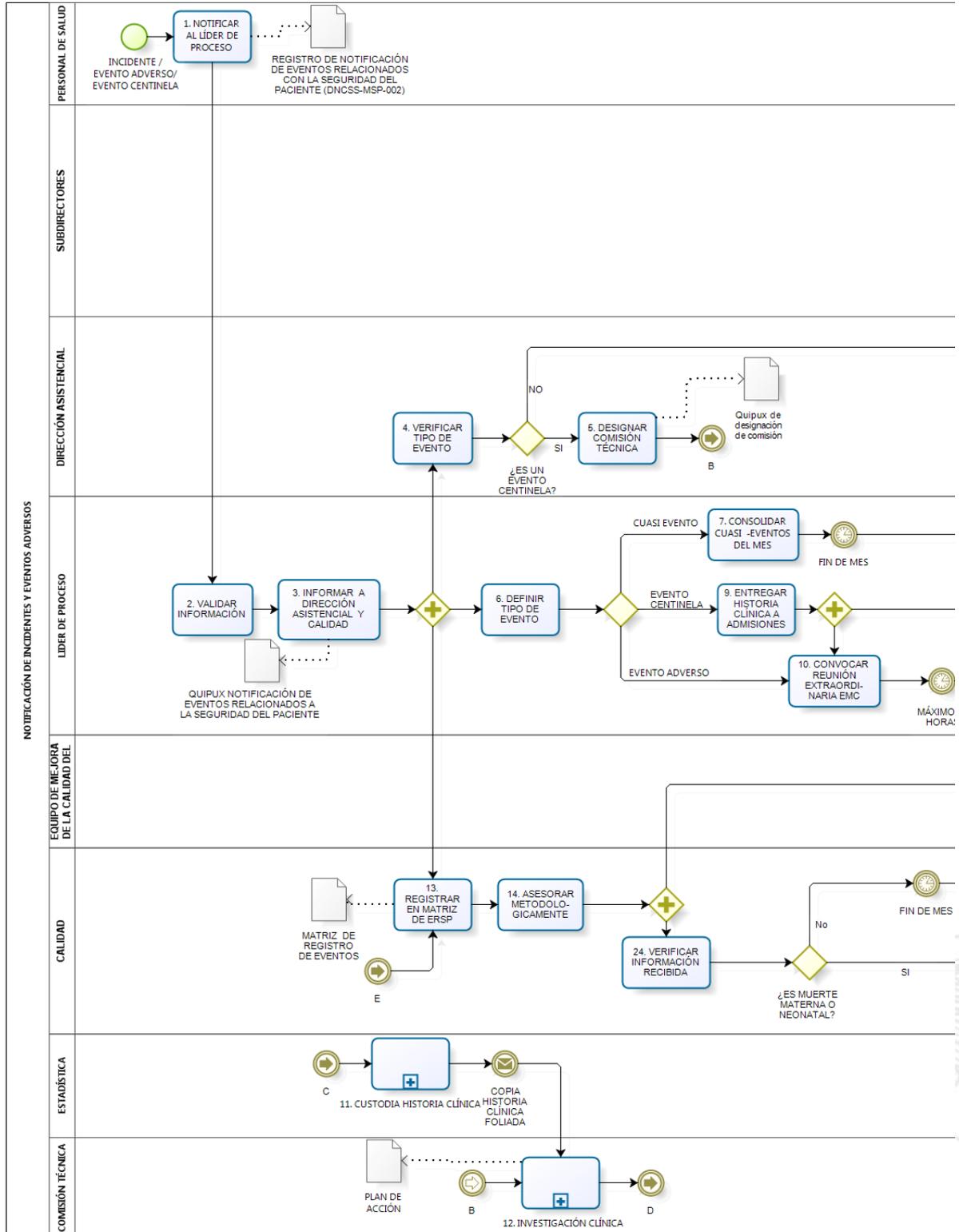
FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 4 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

Diagrama del procedimiento



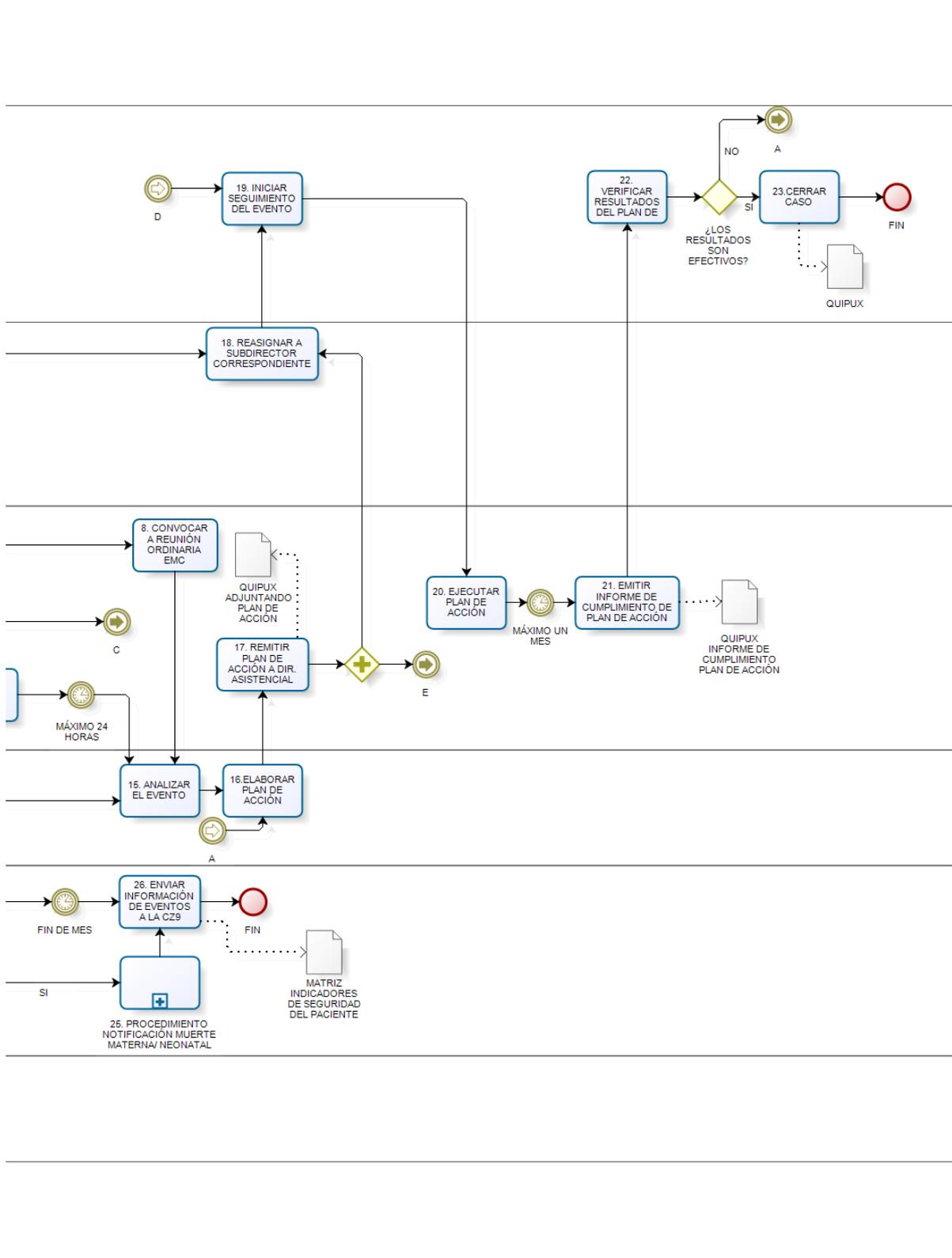


FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 5 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP





FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 6 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

Desarrollo de procedimiento

Nº de Actividad	Responsable	Actividades Realizadas
1	Personal de salud	<p>NOTIFICAR AL LÍDER DE PROCESO</p> <p>Cuando durante o luego del proceso de atención se identifique un evento relacionado con la seguridad del paciente, se debe diligenciar en el “Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente” lada A (Anexo 1) los datos del establecimiento, datos del paciente, información del notificador, tipo de evento, naturaleza del evento, descripción del evento y el desenlace del evento.</p> <p>NOTA: Los familiares, amigos y/o cuidadores también pueden informar al personal de salud cuando se presenta un evento y el personal de salud debe diligenciar el “Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente”.</p> <p>Pasar a la actividad 2</p>
2	Líder de proceso	<p>VALIDAR INFORMACIÓN</p> <p>Se valida la información contenida en el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente” revisando que los datos obtenidos sean legibles, precisos y estén completos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos personales - Identificación del evento - Descripción de eventos adversos / cuasi eventos - Desenlace de eventos adversos / cuasi eventos <p>Pasar a la actividad 3</p>
3	Líder de proceso	<p>INFORMAR A DIRECCIÓN ASISTENCIAL, Y CALIDAD</p> <p>Mediante memorando dirigido a la Dirección Asistencial con copia a Calidad y por el sistema Quipux, se informa del evento relacionado a la seguridad del paciente ocurrido, en el cual deberá estar como adjunto el Formulario de Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente (FORM. DNCSS-MSP-002) escaneado. El flujo continúa pasando a las actividades 4, 6 y 13.</p>



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 7 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

4	Dirección Asistencial	<p>VERIFICAR TIPO DE EVENTO</p> <p>Con el Quipux recibido se verifica el tipo de evento notificado, poniendo especial atención cuando se trata de eventos centinela.</p> <p>¿Es un evento centinela?</p> <p>Si, pasar a la actividad 5</p> <p>No, Pasar a la actividad 18</p>
5	Dirección Asistencial	<p>DESIGNAR COMISIÓN TÉCNICA</p> <p>Solamente cuando un evento sea definido como Evento Centinela, conforme las definiciones que constan en este documento, la Dirección Asistencial designará una Comisión Técnica que investigará lo ocurrido. Esta comisión se conformará de preferencia con los Coordinadores Técnicos y un Subdirector quien la presidirá. Pasar a la actividad 9</p>
6	Líder de proceso	<p>DEFINIR TIPO DE EVENTO</p> <p>Conforme a las definiciones del Manual de Seguridad del Paciente, según el tipo de evento reportado, el líder de proceso realizará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuasi Evento, pasar a la actividad 7 • Evento Centinela, pasar a la actividad 9 • Evento Adverso, pasar a la actividad 10
7	Líder de proceso	<p>CONSOLIDAR CUASI -EVENTOS DEL MES</p> <p>Cuando las notificaciones corresponden a Cuasi Eventos, el líder del proceso las registrará y llevará un registro de las mismas, en busca de identificar las de mayor frecuencia. Pasar a la actividad 8.</p>
8	Líder de proceso	<p>CONVOCAR A REUNIÓN ORDINARIA EMC</p> <p>Cuando el mes concluya se convoca a una reunión ordinaria del Equipo de Mejoramiento de la Calidad del proceso, y se incluye como punto del orden del día el análisis de los cuasi eventos presentados durante el mes finalizado. Pasar a la actividad 15.</p>
9	Líder de proceso	<p>30.</p>
10	Líder de proceso	<p>CONVOCAR REUNIÓN EXTRAORDINARIA EQUIPO DE MEJORA CONTINUA</p> <p>Cuando se presenta un evento adverso, inmediatamente envía la convocatoria a los integrantes del Equipo de Mejoramiento de la Calidad del proceso para realizar una Reunión Extraordinaria en máximo 24 horas. El único punto</p>



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 8 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

		del orden del día a tratar es el Análisis del Evento Adverso presentado. En la convocatoria no se debe poner nombres del paciente tampoco de los profesionales involucrados. Para identificar el evento se utilizará 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. 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. Pasar a la actividad 15.
11	Estadística	CUSTODIA HISTORIA CLÍNICA Se aplica el procedimiento de custodia de Historia Clínica, y se envía una copia digital a los integrantes de la comisión designada cuando estos la soliciten. Pasar a la actividad 12
12	Comisión técnica	INVESTIGACIÓN CLÍNICA Se aplica el procedimiento de investigación clínica, utilizando metodologías como Protocolo de Londres, Causa Efecto, etc. Pasar a la actividad 19
13	Analista Calidad	REGISTRAR EN MATRIZ DE ERSP Una vez recibida la notificación de un evento relacionado con la seguridad del paciente vía Quipux, se registra en la matriz denominada "Registro de Eventos Adversos" (Anexo 3) la misma que permitirá consolidar información necesaria tanto para reporte de indicadores de seguridad del paciente como para seguimiento de la ejecución. Pasar a la actividad 14
14	Analista Calidad	ASESORAR EN METODOLOGÍA La unidad de calidad por intermedio de sus analistas 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. Pasar a las actividades 15 y 24
15	Equipo de mejora de la calidad del proceso	ANALIZAR EL EVENTO Conforme a la convocatoria realizada por el Presidente del Equipo de Mejora de la Calidad, se procede a analizar el Evento relacionado a la seguridad del paciente notificado, para lo cual se llenara el lado B del Formulario de Registro de Notificación de Eventos Relacionado con la Seguridad del Paciente (Anexo 2) en donde se identificará Acciones Inseguras, Factores contributivos de cada acción insegura,



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 9 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

		para lo cual revisará la Historia Clínica y de ser necesario entrevistará a los involucrados. Pasar a la actividad 16
16	Equipo de mejora de la calidad del proceso	ELABORAR PLAN DE ACCIÓN 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 aplicar, desglosándolas en actividades puntuales a ejecutar 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. Pasar a la actividad 17
17	Líder de proceso	REMITIR PLAN DE ACCIÓN A DIRECCIÓN ASISTENCIAL 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 la Dirección Asistencial con copia a la Unidad de Calidad. Pasar a la actividad 13 y 18
18	Dirección Asistencial	REASIGNAR A SUBDIRECTOR CORRESPONDIENTE Se reasigna la notificación y el informe recibido a uno de los subdirectores para que realice el seguimiento de cumplimiento de tiempo establecidos y ejecución del plan de acción. Pasar a la actividad 19
19	Subdirector	INICIAR SEGUIMIENTO DEL EVENTO 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. Pasar a la actividad 20
20	Líder de proceso	EJECUTAR PLAN DE ACCIÓN. Con el apoyo del subdirector asignado se ejecuta el plan de acción establecido, coordinando el cumplimiento de las actividades planteadas en los tiempos establecidos con cada uno de los responsables. Pasar a la actividad 21
21	Líder de proceso	EMITIR INFORME DE CUMPLIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN. En el plazo de máximo un mes el líder del proceso debe emitir un informe de los avances del cumplimiento del plan de acción y los resultados obtenido en relación al mejoramiento de la calidad de los productos del proceso. El



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 10 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

		<p>documento debe ser enviado vía Quipux a la Dirección Asistencial con copia al Subdirector asignado y a la Unidad de Calidad</p> <p>Pasar a la actividad 22</p>
22	Subdirectores	<p>VERIFICAR RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN</p> <p>Se evalúa si el plan de acción ha sido ejecutado en los plazos establecidos y si las estrategias aplicadas han tenido un impacto positivo en la disminución de la incidencia de los eventos relacionados a la seguridad del paciente.</p> <p>¿Los resultados son efectivos?</p> <p>Si, pasar a la actividad 23. No, pasar a la actividad 16</p>
23	Subdirectores	<p>CERRAR CASO</p> <p>Cuando se ha ejecutado todo el plan de acción y se han verificado con resultados las acciones de mejora en el proceso el subdirector emitirá un informe indicando que el caso se cierra, el cual será enviado por Quipux a la Dirección Asistencial con copia a la Unidad de Calidad y al Líder del proceso implicado.</p> <p>Fin</p>
24	Calidad	<p>VERIFICAR INFORMACIÓN RECIBIDA</p> <p>Se verifica la notificación recibida con la finalidad de tamizar los eventos de muertes materno neonatales.</p> <p>¿Es muerte materna o neonatal?</p> <p>Si, Pasar a la actividad 25 No, pasar a la actividad 26</p>
25	Calidad	<p>PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN MUERTE MATERNA/ NEONATAL</p> <p>En los casos de muerte materna o neonatal se aplica el procedimiento elaborado para el efecto, y se coordina la conformación de la comisiones con la Dirección Asistencial.</p> <p>Pasar a la actividad 26</p>
26	Calidad	<p>ENVIAR INFORMACIÓN DE EVENTOS A LA CZ9</p> <p>Máximo hasta el 5 de cada mes, la Unidad de Calidad debe consolidar la información de los eventos relacionados con la seguridad del paciente ocurridos en la matriz denominada: <i>“CONCENTRADO MENSUAL DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE GENERARON ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS INICIALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”</i> (Anexo 4) y remitirlos vía Quipux</p>



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 11 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

		por intermedio de la Gerencia a la coordinación Zonal 9. Fin
--	--	--

6. INDICADORES:

Porcentaje de notificación de eventos relacionados con la seguridad del con acciones iniciales= (Número de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente que generaron acciones correctivas o preventivas iniciales / Número de eventos notificados) *100

Porcentaje de eventos cerrados= (Número de eventos notificados con informe de cierre / Numero de eventos notificados) *100

7. REFERENCIAS:

- Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud –Ministerio de Salud Pública. Quito 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección Asistencial
- Subdirector de Especialidades Clínico-Quirúrgicas
- Subdirector de Cuidados de Enfermería
- Subdirector de Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Analista de Docencia/Investigación
- Líderes de Proceso
- Coordinadores técnicos
- Jefes de Guardia





FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 12 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

9. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
04/01/2019	Primera Versión	N/A	001

10. ANEXOS



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 13 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

Anexo 1

	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="checkbox"/> IESS <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Red Privada <input type="checkbox"/> Fiscomisional <input type="checkbox"/>	
b. Provincia:	c. Zona: d. Distrito: e. Unicódigo:
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. N° 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"/> Al alta <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>	
Donde ocurrió: En el servicio <input type="checkbox"/> En el traslado <input type="checkbox"/> Otro:	
Fue informado el 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-DNCSS-Form-059-2016



FECHA APROBACIÓN: 04/01/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 16 DE 17

CÓDIGO: HGDC-PROC-NERSP

Anexo 4

CONCENTRADO MENSUAL/DISTRITAL/ZONAL/NACIONAL DE NOTIFICACION DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE GENERARON ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS INICIALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2018																	1er TRIMESTRE			
Z O N A	PROVINCIA	CANTON	DISTRITO	UNICÓDI GO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TIPOLOGÍA	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ENERO			FEBRERO			MARZO			NUMERADOR	DENOMINADO R	X (porcentaje) de cumplimient o	Nivel de aplicación
								8 Eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales (NUMERADOR)	Número de eventos notificados (DENOMINADOR)	X (PORCENTAJE)	8 Eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales (NUMERADOR)	Número de eventos notificados (DENOMINADOR)	X (PORCENTAJE)	8 Eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales (NUMERADOR)	Número de eventos notificados (DENOMINADOR)	X (PORCENTAJE)				
9	PICHINCHA	QUITO	17D02	20848	HOSPITAL GENERAL DOCTOR CALDERON	HOSPITAL GENERAL	MSP	2	2	100	6	6	100	4	4	100	12	12	100	ACEPTABLE

SNS-MSP-DNCSS-Matr-063-2018