HITOS EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GÍNECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA SEPTIEMBRE 2018

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

EL GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

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

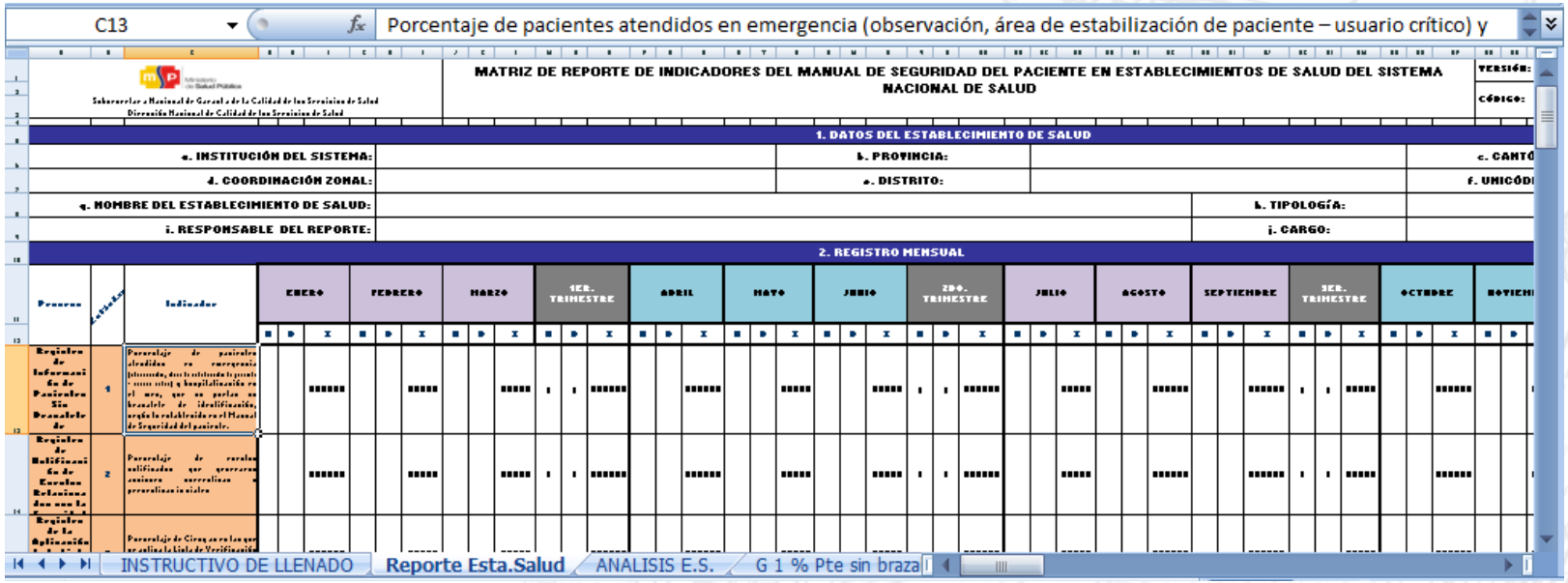
De mi consideración:

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 brazalete 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

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

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

a. INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:		b. PROVINCIA:	c. CANTÓ
d. COORDINACIÓN ZONAL:		e. DISTRITO:	f. UNICÓDI
g. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		h. TIPOLOGÍA:	
i. RESPONSABLE DEL REPORTE:		j. CARGO:	

2. REGISTRO MENSUAL

Proceso	Indicador		ENERO			FEBRERO			MARZO			1ER. TRIMESTRE			ABRIL			MAYO			JUNIO			2DO. TRIMESTRE			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			3ER. TRIMESTRE			OCTUBRE			NOVIEMB	
			N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X	N	D	X
Registro de Información de Pacientes Sin Desarrollo de	1	Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia (observación, área de estabilización de paciente – usuario crítico) y que hospitalización en el mes, que se portan en brazalete de identificación, según lo establecido en el Manual de Seguridad del paciente.			######			#####			#####	1	1	######			#####			#####			#####	1	1	######			#####			#####	1	1	######			#####	1	1	######			#####			
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la	2	Porcentaje de eventos notificados que generaron acciones correctivas y preventivas inicial			######			#####			#####	1	1	######			#####			#####			#####	1	1	######			#####			#####	1	1	######			#####	1	1	######			#####			
Registro de la Aplicación		Porcentaje de Cirug en los que se realiza la Lista de Verificación			######			#####			#####			######			#####			#####			#####			######			#####			#####			######			#####			######			#####			

INSTRUCTIVO DE LLENADO | Reporte Esta.Salud | ANALISIS E.S. | G 1 % Pte sin braza

C13 | 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 iníciales	Sumatoria de número de eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iníciales.	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 quirofano.

INSTRUCTIVO DE LLENADO | Reporte Esta.Salud | ANALISIS E.S. | G 1 % Pte sin braza

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.- PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

1.1.- INICIO EN EL HGOIA: JULIO 2014

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

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 anestesista, como mínimo) | (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano) | (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

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

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ☐ Sí
- ☐ No procede

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

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
- ☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?
- ☐ No
- ☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
- ☐ No
- ☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... 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 procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:
- ☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
- ☐ ¿Cuánto durará la operación?
- ☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:
- ☐ ¿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?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
- ☐ Sí
- ☐ No procede

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, anestesista y enfermero:
- ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

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

Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

MODELO OPS/OMS

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

La cirugía segura salva vidas

OMS. Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Manual de Aplicación. 1ra ed. Francia: OMS; 2008. [Sitio en Internet]. Disponible en : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

EL GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MODELO MSP - HGOIA 2014

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÒN

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

SERVICIO: ..... FECHA: .....

Categoria	ELEMENTOS A EVALUAR	CUMPLE CON LA NORMA		
	N°	1	2	3
Entrada	Paciente trae colocado el brazalete de identificación			
	Paciente confirma:			
	Su identidad			
	El sitio quirúrgico			
	El procedimiento			
	Su consentimiento			
	Anestesiologia:			
	Ha completado el control de la seguridad de la anestesia			
	Pulsioximetro colocado y en funcionamiento			
	Tiene el paciente alergias conocidas			
	Via aérea difícil / Riesgo de aspiración			
	Si la respuesta anterior fue afirmativa. Hay instrumental y equipos / Ayuda			

Español (Ecuador) 80%

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA

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

EL GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
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			

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: PRACTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO	Código: HGOIA-AC-POR-005
		Fecha de elaboración: Mayo 2014
	Nombre de la Política: PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURAS	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

preventivas 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 quirofano.

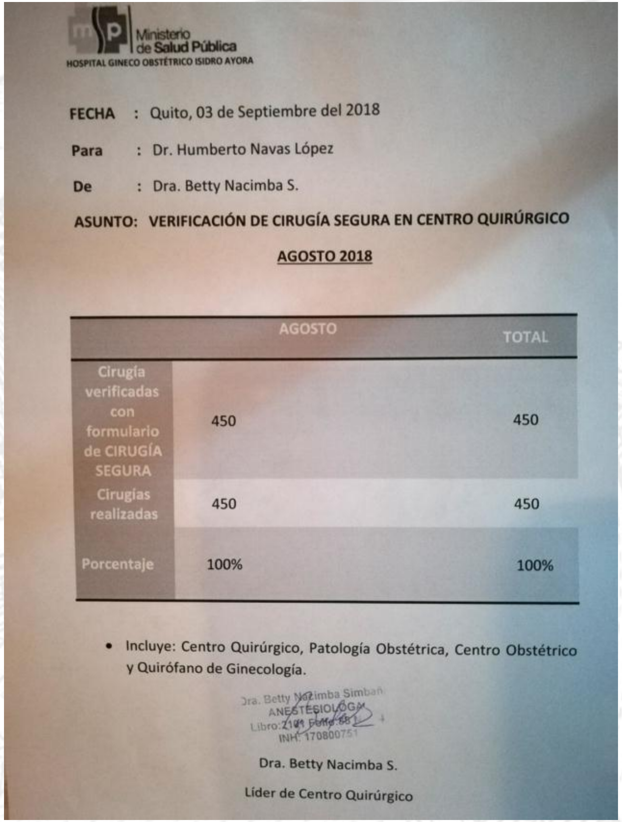
2.- RUTA INFORMATIVA

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 ISIDRO 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: 2141 Folio 68
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 Cirugia 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

1ER. TRIMESTRE			2DO. TRIMESTRE			JULIO			AGOSTO			TOTAL 2018		
N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
1498	1498	100	1572	1572	100	518	518	100	450	450	100	4038	4038	100%

TOTAL 2018		
N	D	%
4038	4038	100%

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS 2017 - 2018

Proceso	Estándar	Indicador	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% CUMPLIMIENTO ANUAL 2017 - 2018
			N	D	
Registro de la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugia Segura	3	Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las intervenciones quirúrgicas.	**9633**	**9633**	**100%**

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

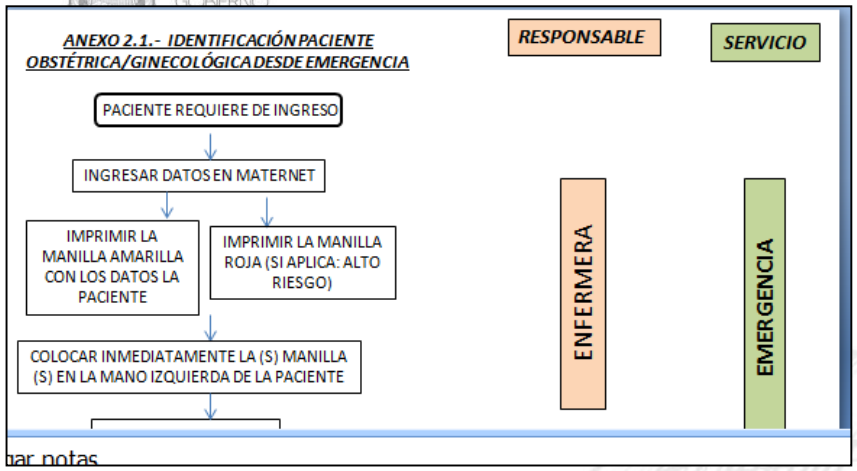
“Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.” (Manual de Seguridad de Paciente; MSP, 2016)

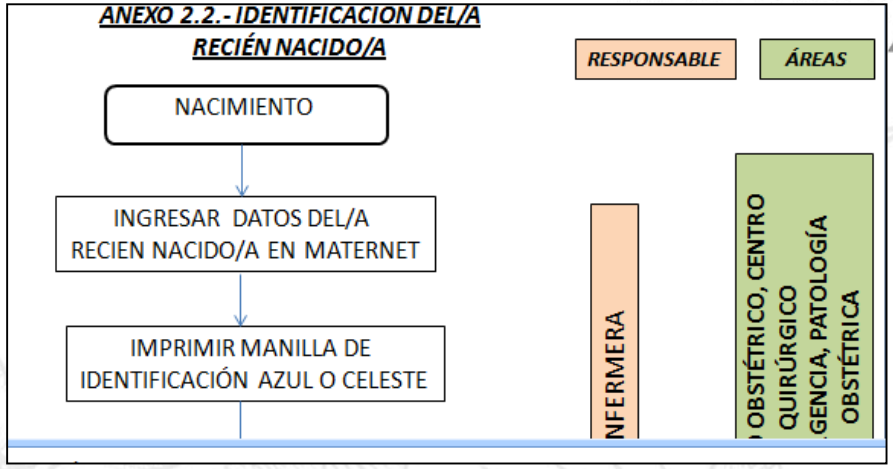
1.1.- ACREDITACIÓN CON EL MODELO CANADIENSE: 2014 – 2016 PORs Y FLUJOGRAMAS

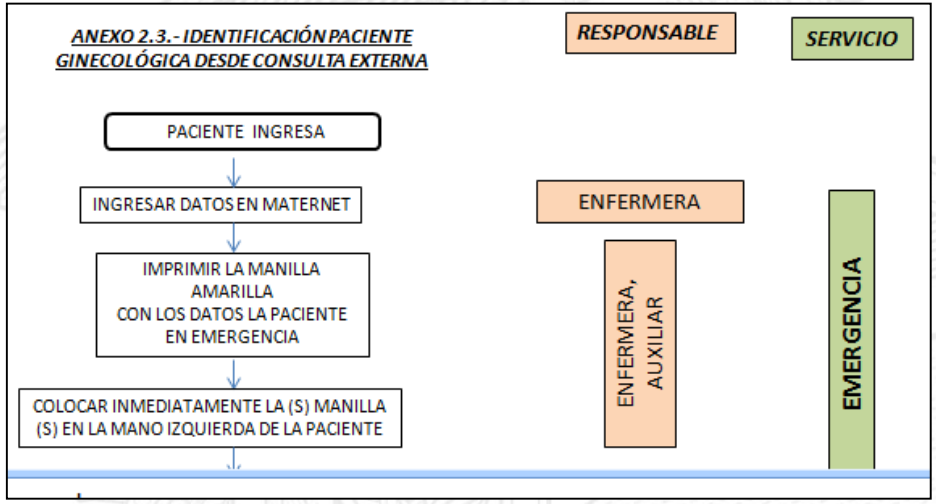
Hospital Gineco Obstétrico — Ministerio de Salud Pública	PROCESO: PRÀCTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÀNDARES ORO	Código: HGOIA-AC-ROP-002
		Fecha de elaboración: Mayo 2015
	Nombre de la Política: IDENTIFICACIÒN / VERIFICACIÒN DE PACIENTES	Fecha de aprobación: Julio 2015
		Responsable consenso: Coordinación PACG
		Aprobado en el HGOIA por: Gerencia, Dirección Médica, Coordinación de Calidad

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.


ANEXO 2.1.- IDENTIFICACIÓN PACIENTE OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA DESDE EMERGENCIA
RESPONSABLE
SERVICIO
PACIENTE REQUIERE DE INGRESO
INGRESAR DATOS EN MATERNET
IMPRIMIR LA MANILLA AMARILLA CON LOS DATOS LA PACIENTE
IMPRIMIR LA MANILLA ROJA (SI APLICA: ALTO RIESGO)
COLOCAR INMEDIATAMENTE LA (S) MANILLA (S) EN LA MANO IZQUIERDA DE LA PACIENTE
ENFERMERA
EMERGENCIA


ANEXO 2.2.- IDENTIFICACION DEL/A RECIÉN NACIDO/A
RESPONSABLE
ÁREAS
NACIMIENTO
INGRESAR DATOS DEL/A RECIEN NACIDO/A EN MATERNET
IMPRIMIR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN AZUL O CELESTE
NFERMERA
OBSTÉTRICO, CENTRO QUIRÚRGICO
GENCIA, PATOLOGÍA OBSTÉTRICA


ANEXO 2.3.- IDENTIFICACIÓN PACIENTE GINECOLÓGICA DESDE CONSULTA EXTERNA
RESPONSABLE
SERVICIO
PACIENTE INGRESA
INGRESAR DATOS EN MATERNET
IMPRIMIR LA MANILLA AMARILLA CON LOS DATOS LA PACIENTE EN EMERGENCIA
COLOCAR INMEDIATAMENTE LA (S) MANILLA (S) EN LA MANO IZQUIERDA DE LA PACIENTE
ENFERMERA
ENFERMERA, AUXILIAR
EMERGENCIA

1.3- MATRIZ MSP 2017 DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE

Proceso	Estándar	Indicador
Registro de Información de Pacientes Sin Brazalete 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

Ministerio de Salud Pública	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 ◯ No ◯

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 ISIDRO AYORA

INFORME DE BRAZALETES DE IDENTIFICACION POR SERVICIOS, HGOIA AGOSTO 2018

SERVICIO	TOTAL DE PACIENTES	Nº DE MANILLAS CON IDENTIFICACIÓN INADECUADA	CAUSA
CENTRO OBSTETRICO	547	9	Neonatos, ver informe adjunto de Neonatología
CENTRO QUIRURGICO	235	0	
PATOLOGIA OBSTETRICA	81	4	Pacientes sin manillas rojas
TERCERO GENERAL (Sala F)	175	0	
SEGUNDO	203	0	

Español (España, tradicional)

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

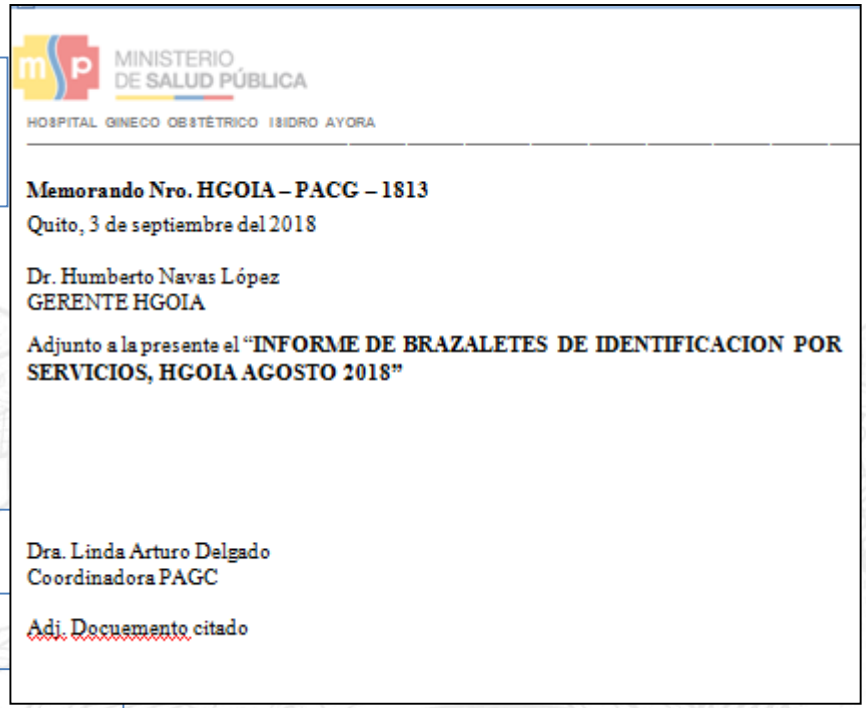
2.- RUTA INFORMATIVA

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



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

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

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA

CICLO RAPIDODE MEJORAMIENTO CONTINUO
Medición de Estándares de Seguridad de Paciente HGOIA:
BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN
HGOIA 2018

HOSPITAL:	*Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora*		
	Zona: 9	Provincia: PICHINCHA	Distrito: Quito

Responsable de la evaluación:	NOMBRE	CARGO
	DRA. LINDA ARTURO DELGADO	COORDINADORA DE CALIDAD
	LIC. YOLANDA VINUEZA	COORDINADORA ENFERMERIA
	día mes año	día mes año

Ciclo #:	1	Fecha de inicio:	5	08	2018	Fecha de conclusión:	31	08	2018

3.- RESULTADOS

3.1- RESULTADOS 2017

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

3.- RESULTADOS

3.2- RESULTADOS 2018

Proceso	Estándar	1ER. TRIMESTRE			2DO. TRIMESTRE			JULIO			AGOSTO			TOTAL		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
Registro de Información de Pacientes Sin Brazalete de identificación	1	17	7502	0	22	8503	0	6	2772	0	13	2593	1	58	21373	0

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS 2017 - 2018

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL ANUAL 2017 - 2018
		N	D	
Registro de Información de Pacientes Sin Brazalete de identificación	1	284	39925	0,71%

4.-EN IMPLEMENTACIÓN: SISTEMA EN RED DE VIGILANCIA HGOIA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1													Versión:			1	
2							REGISTRO DE PACIENTES SIN BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN						Código:			DNCSS-MSP-001	
3													Fecha:				
4	1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																
5	a. Institución del Sistema:																
6	MSP	X	IESS		FFAA		Policía Nacional		Red Privada		Municipal		Fiscomisional				
7	b. Provincia: Pichincha						c. Zona: 9			d. Distrito: 17D04			e. Unicódigo:				
8	f. Establecimiento de Salud: HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA											g. Tipología: Especializado Tercer Nivel					
9	h. Responsable:																
10	i. Servicio:						j. Total de pacientes ingresados en el mes:						k. Mes / Año:				
11																	
12	N	a. FECHA (dd/mm/aaaa)					b. Nombres y Apellidos del paciente			c. N° de Historia Clínica única			d. Pacientes sin brazaletes de identificación (Colocar 1)	e. Pacientes con brazaletes de datos incorrectos (Colocar 1)	f. Observaciones/*	g.Pacientes con Brazaletes deteriorados/otros (Colocar 1)	
13	1																

1

EVENTOS ADVERSOS

“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
		Fecha de elaboración: Noviembre 2014
	Nombre de la Política: REPORTE DE CUASI-EVENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS RELACIONADOS CON LA *ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA*	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 enla 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

Español (Ecuador)

- **ANEXO ROP-001.2 Fluiograma 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 A

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

ANEXO ROP-001.4.-
PLAN ACCIÓN EVENT

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

Hospital Gineco Obstétrico Ministerio de Salud Pública	PROCESO: PRACTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO	Código: HGOIA-AC-ROP-001b Fecha de elaboración: Junio 2014
	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*	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 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 elHospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA).

ALCANCE:

El análisis de los reportes de Cuasi-Eventos, Eventos Adversos, Eventos Centinela,presentados enla atención de madres y recién nacidos en todos los servicios de hospitalización y consultas externasserá aplicado por todoslos 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.- FORMULARIODE INFORME Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTION DE CUASI-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS CON LA *ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA*

ANEXO ROP-001.3
INFORME EVENTOS A

ANEXO
FORMULARIODEL 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

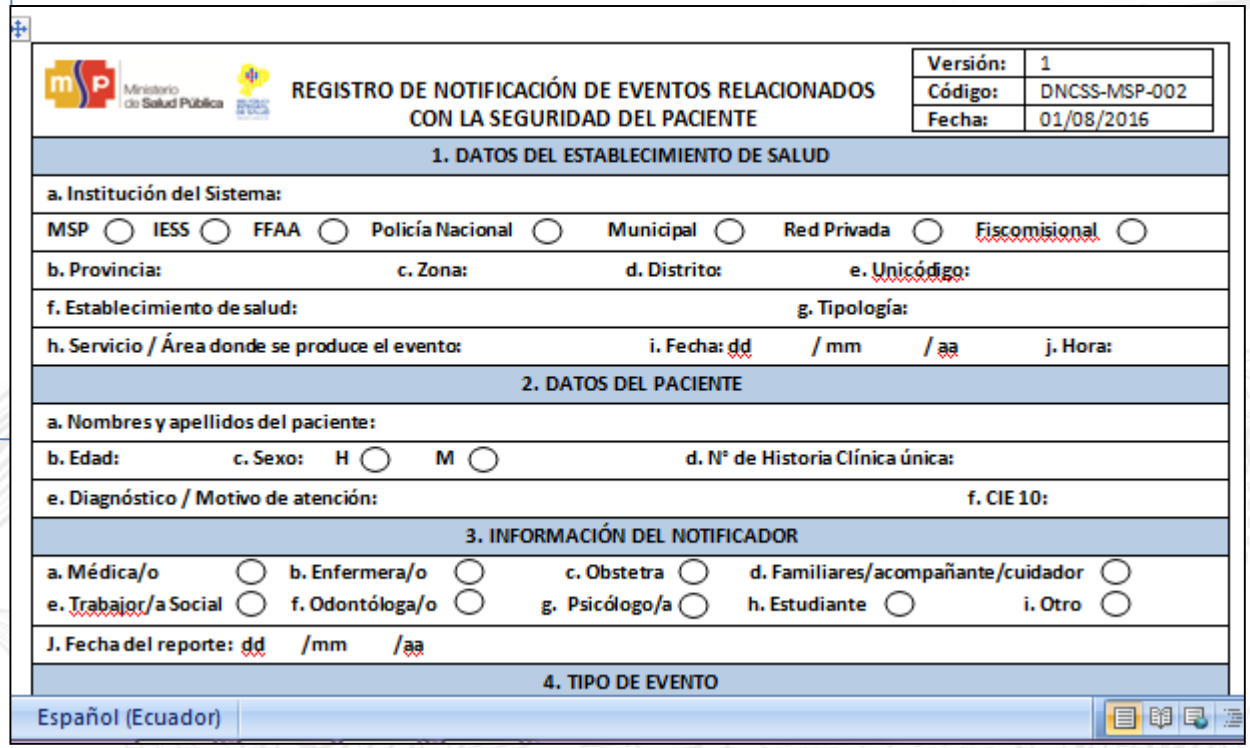
Español (Ecuador)

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 iníciales

2.- RUTA INFORMATIVA

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



Ministerio de Salud Pública

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 ◯ IESS ◯ FFAA ◯ Policía Nacional ◯ Municipal ◯ Red Privada ◯ Fiscomisional ◯

b. Provincia: c. Zona: d. Distrito: e. Unicódigo:

f. Establecimiento de salud: g. Tipología:

h. Servicio / Área donde se produce el evento: i. Fecha: dd / mm / aa j. Hora:

2. DATOS DEL PACIENTE

a. Nombres y apellidos del paciente:

b. Edad: c. Sexo: H ◯ M ◯ d. N° de Historia Clínica única:

e. Diagnóstico / Motivo de atención: f. CIE 10:

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

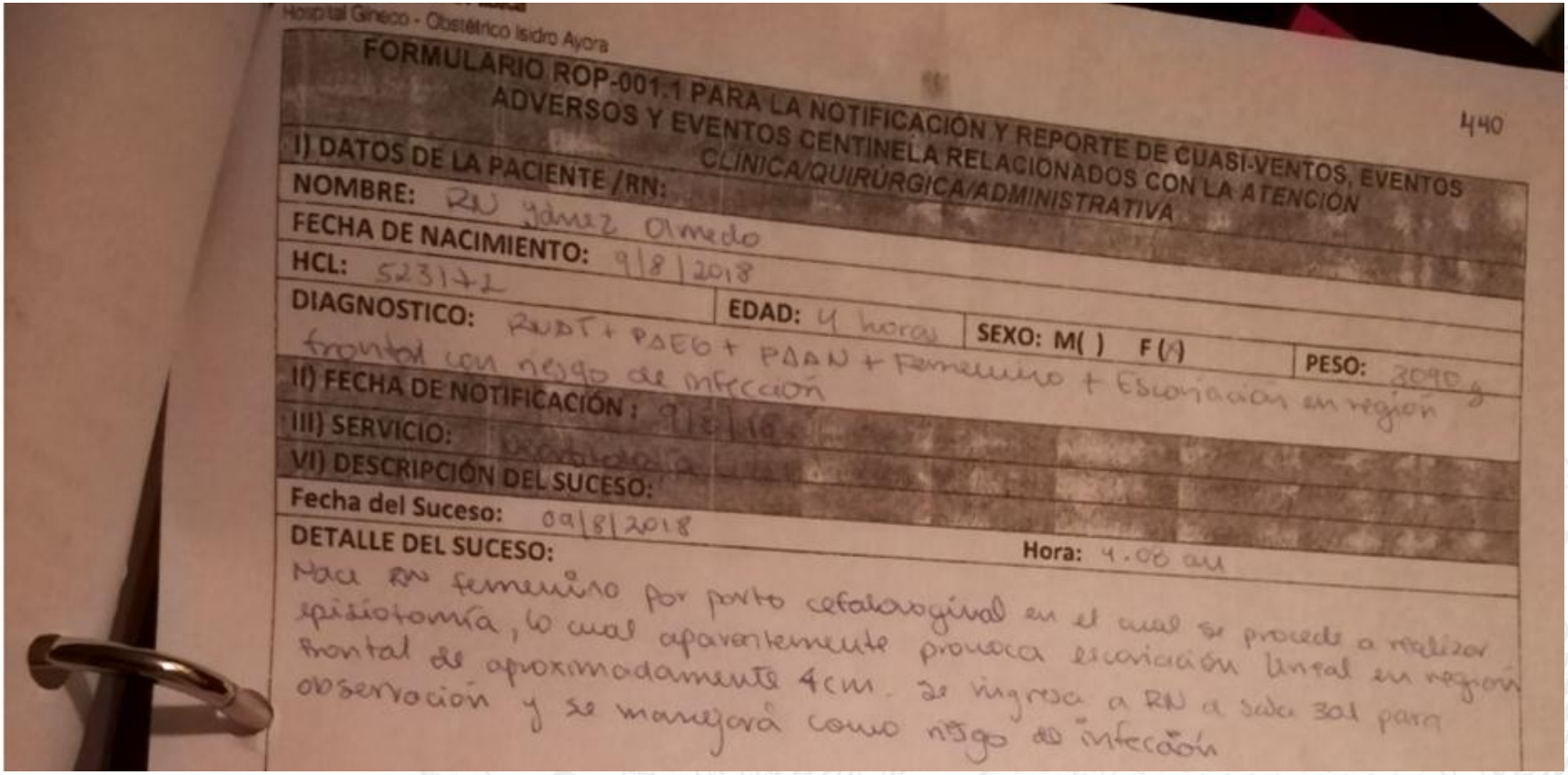
a. Médica/o ◯ b. Enfermera/o ◯ c. Obstetra ◯ d. Familiares/acompañante/cuidador ◯

e. Trabajor/a Social ◯ f. Odontóloga/o ◯ g. Psicólogo/a ◯ h. Estudiante ◯ i. Otro ◯

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 CLINICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA

I) DATOS DE LA PACIENTE /RN:

NOMBRE: RN Yanez Olmedo

FECHA DE NACIMIENTO: 9/8/2018

HCL: 523172

DIAGNOSTICO: RNDT + PSEG + PAAN + Femenino + Escoriación 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: Maternidad A

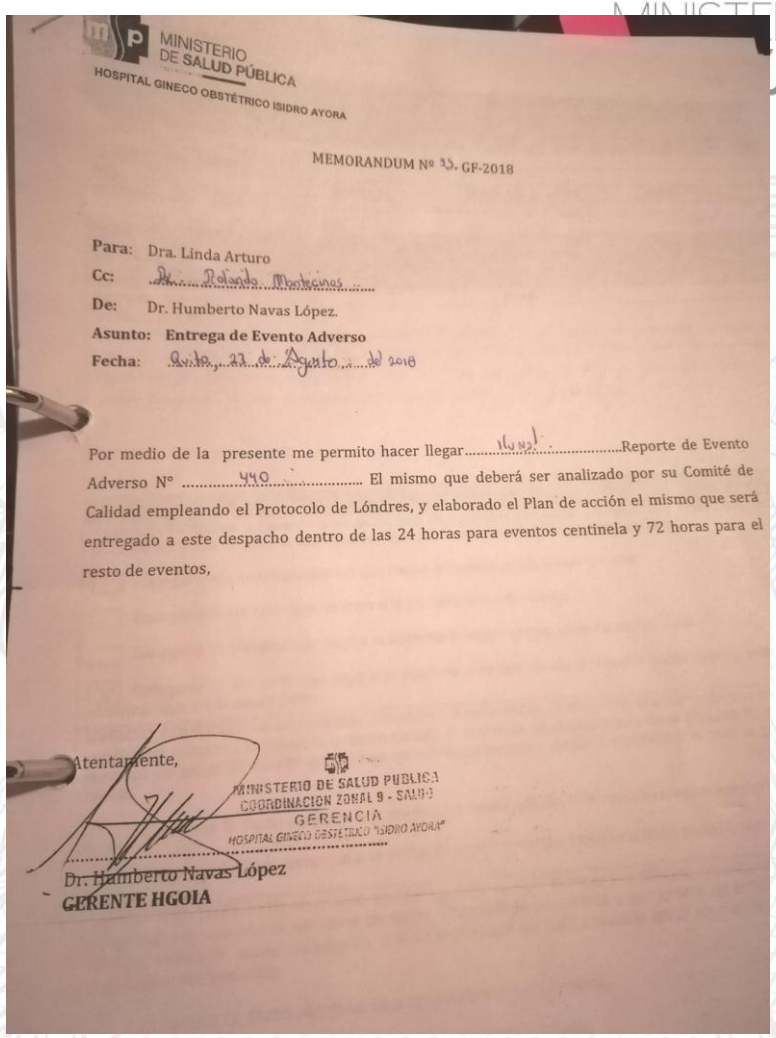
VI) DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:

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

DETALLE DEL SUCESO:

Nace RN femenino por parto cefalovaginal en el cual se procede a realizar episiotomía, lo cual aparentemente provoca escoriación lineal 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 AYORA

MEMORANDUM Nº 35. GF-2018

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

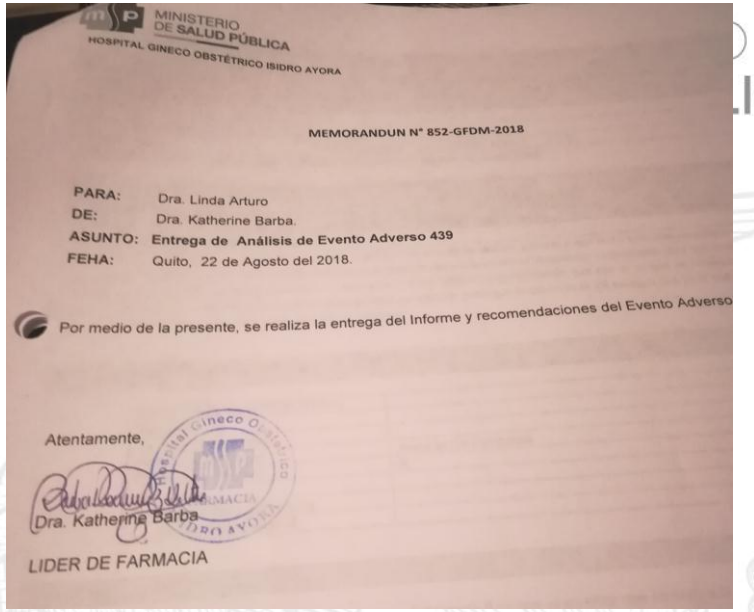
Por medio de la presente me permito hacer llegar 1 (uno) Reporte de Evento Adverso N° 449 El mismo que deberá ser analizado por su Comité de Calidad empleando el Protocolo de Lóndres, y elaborado el Plan de acción el mismo que será entregado a este despacho dentro de las 24 horas para eventos centinela y 72 horas para el resto de eventos,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
COORDINACION ZONAL 9 - SALUD
GERENCIA
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ISIDRO AYORA"

Dr. Humberto Navas López
GERENTE HGOIA

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

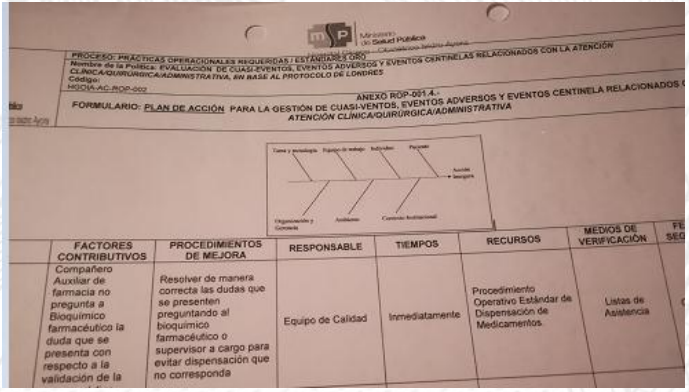
MEMORANDUN N° 852-GFDM-2018

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



PROCESO: PRÁCTICAS OPERACIONALES REQUERIDAS / ESTÁNDARES ORO
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
Código: HGOIA-AC-ROP-002

ANEXO ROP-001.4.-
FORMULARIO: PLAN DE ACCIÓN PARA LA GESTIÓN DE CUASI-VENTOS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA RELACIONADOS
ATENCIÓN CLÍNICA/QUIRÚRGICA/ADMINISTRATIVA

FACTORES CONTRIBUTIVOS	PROCEDIMIENTOS DE MEJORA	RESPONSABLE	TIEMPOS	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FE SEG
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
		N	D	
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	2	122	124	98,3%

3.- RESULTADOS

3.2- RESULTADOS 2018

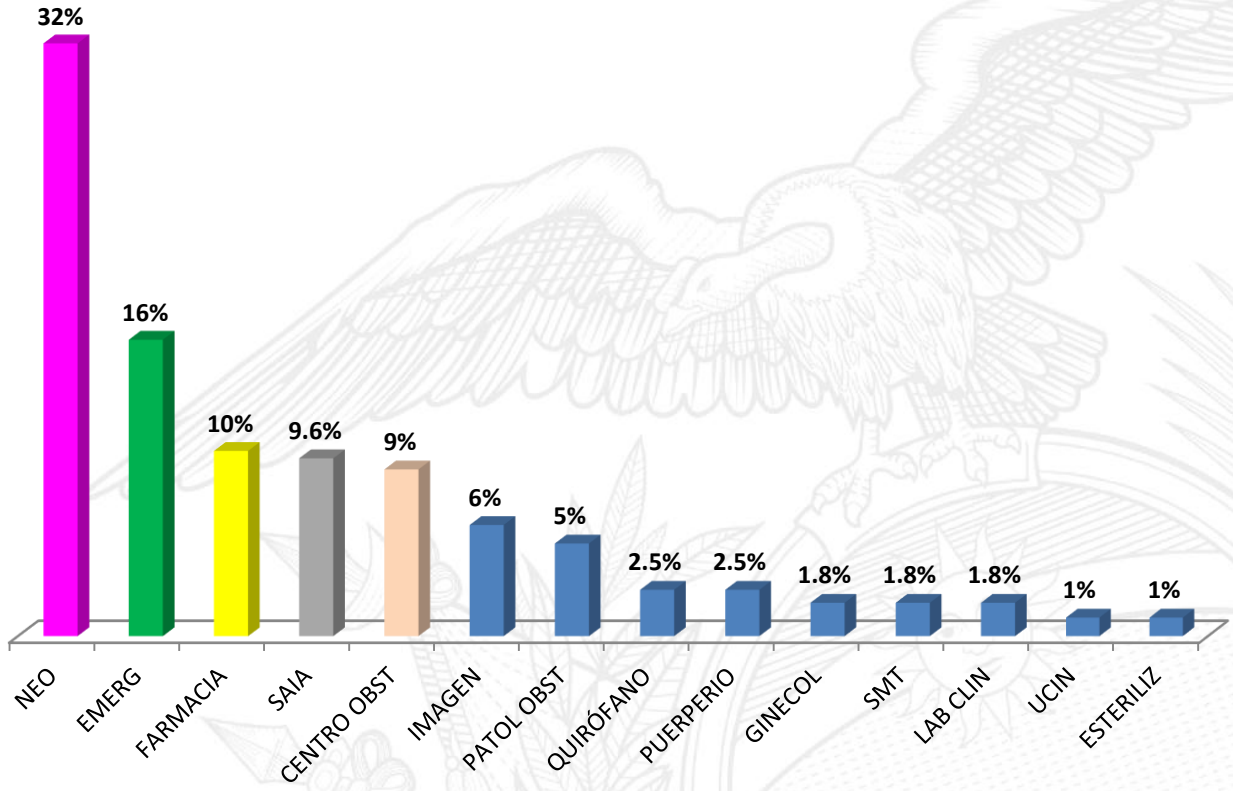
Proceso	Estándar	1ER. TRIMESTRE			2DO. TRIMESTRE			JULIO			AGOSTO			TOTAL		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	2	28	28	100	32	32	100	4	4	100	2	2	100	66	66	100

3.- RESULTADOS

3.3- RESULTADOS 2017 - 2018

Proceso	Estándar	CONSOLIDADO GENERAL DE NUMERADORES Y DENOMINADORES		% TOTAL ANUAL 2017 - 2018
		N	D	
Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente	1	188	190	99%

EVENTOS ADVERSOS PORCENTAJE POR SERVICIO, 2016 - 2018 HGOIA

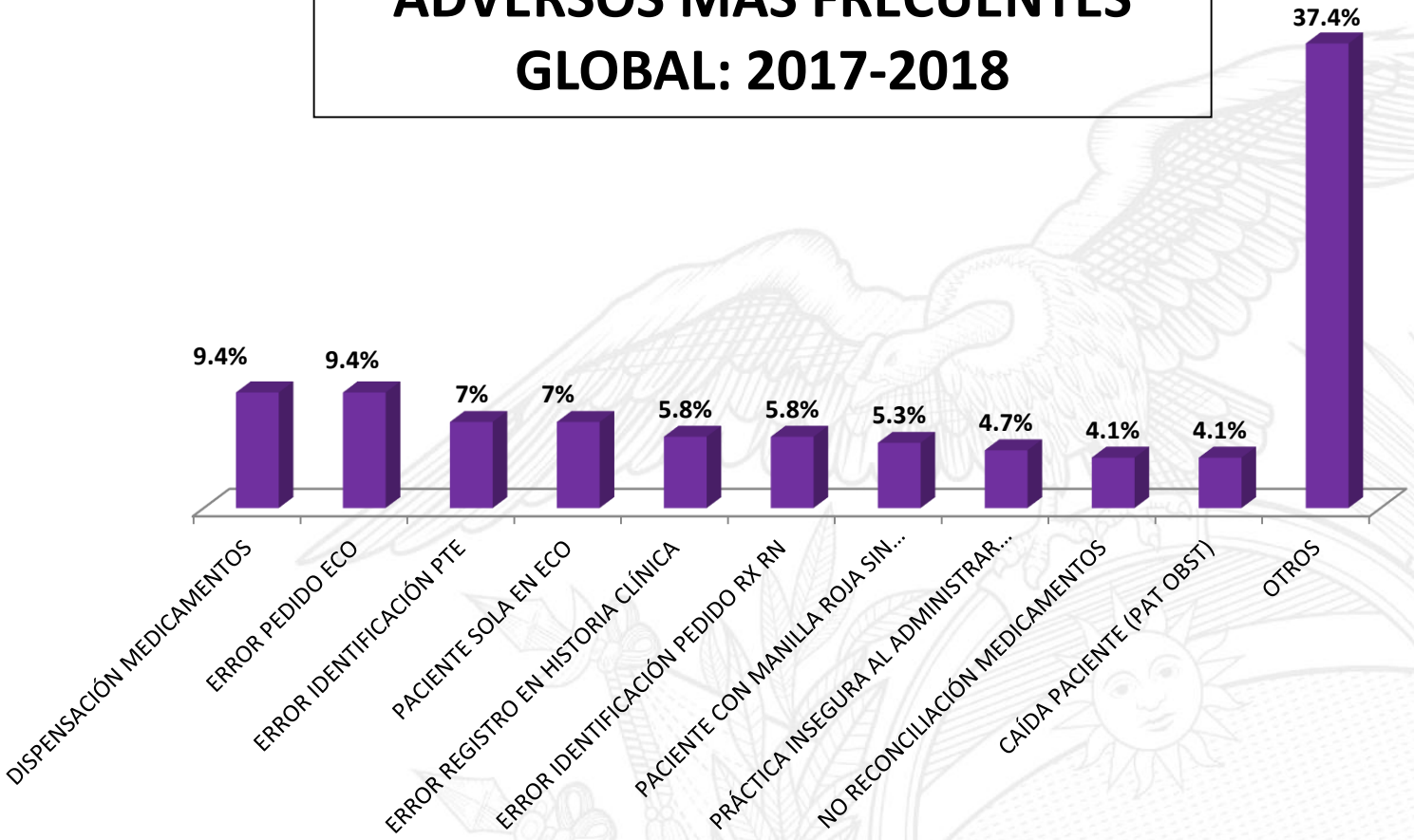


	TIPO DE EVENTO
1	ERROR EN DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
2	ERROR IDENTIFICACIÓN PEDIDO ECO
3	ERROR IDENTIFICACIÓN PACIENTE
4	PACIENTE SOLA EN ECO
5	ERROR REGISTRO DE DATOS EN HISTORIA CLÍNICA
6	ERROR IDENTIFICACIÓN PEDIDO RX RN
7	PACIENTE DE ALTO RIESGO (MANILLA ROJA) SIN ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL AL DEAMBULAR
8	PRÁCTICA INSEGURA AL ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
9	NO SE REALIZA RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOS
10	CAÍDA PACIENTE (PAT OBST)
11	HERIDA CORTOPUNZANTE RN POSTCESAREA
12	ERROR EN IDENTIFICACIÓN DE RN
13	EGRESO DE RN INADECUADO (sin exámenes, equivocación)
14	FRACTURA DE CLAVÍCULA RN
15	ERROR EN REPORTE DE ECO
16	FRACTURA DE CLÁVÍCULA RN NO IDENTIFICADA
17	ERROR EN TRASLADO DE RN (SALA A SALA)
18	HERIDA CORTOPUNZANTE RN POSTEPISIOTOMÍA
19	ERROR IDENTIFICACIÓN MUESTRAS SANGRE RN
20	ERROR IDENTIFICACIÓN PLACA RX
21	INADECUADA COMUNICACIÓN INTERSERVICIOS (EM-C.OBST-PAT.OBST)
22	ESTERILIZACIÓN INADECUADA
23	QUEMADURA QUÍMICA RN
24	ERROR LLENADO FORMULARIO SOLICITUD SANGRE
25	CAÍDA PACIENTE (RN)
26	FALTA DE IgAntiD
27	DOS NEONATOS EN LA INCUBADORA DE TRANSPORTE
28	ERROR EN TIPIFICACIÓN DE PACIENTE

EL GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

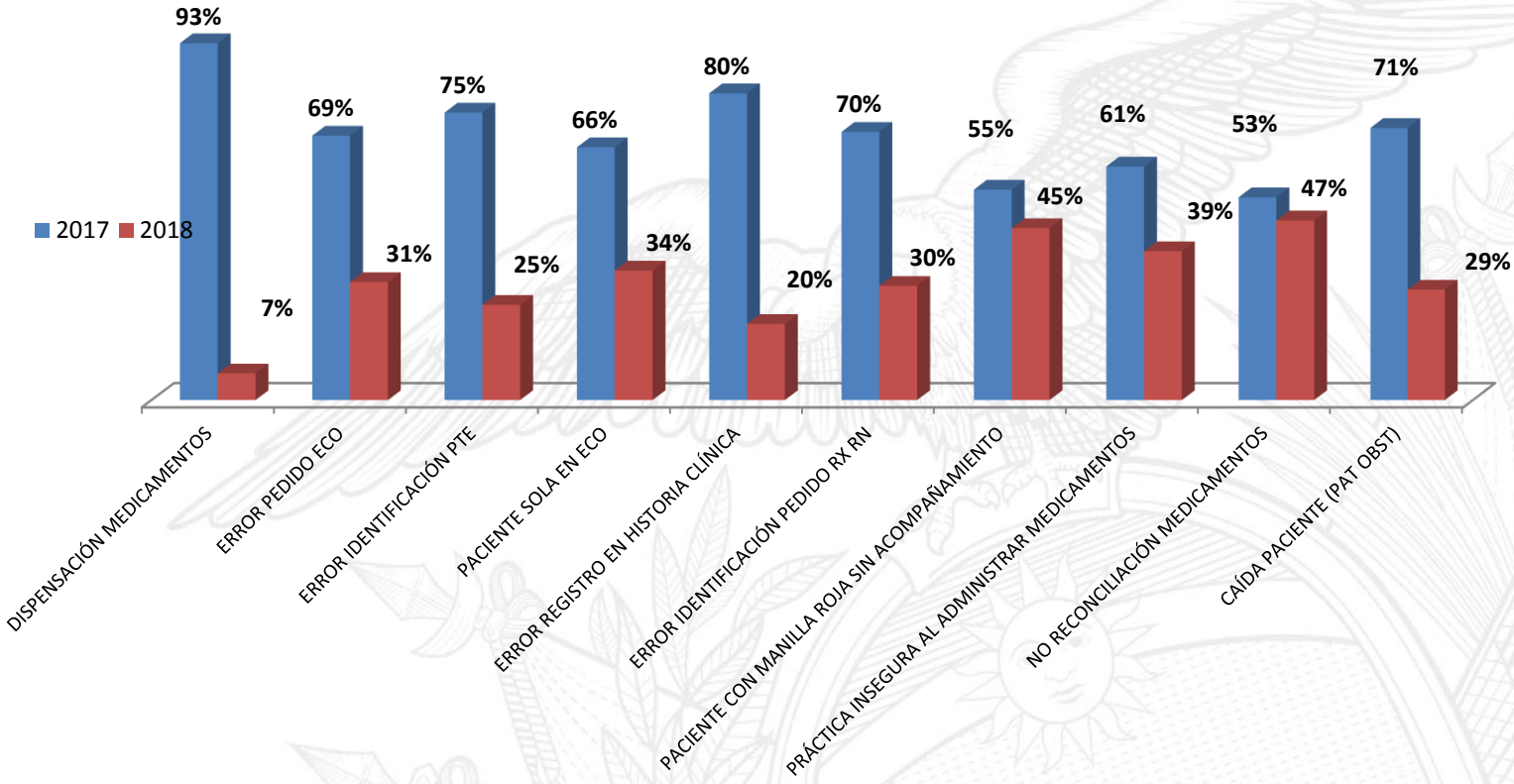
DIEZ TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES GLOBAL: 2017-2018



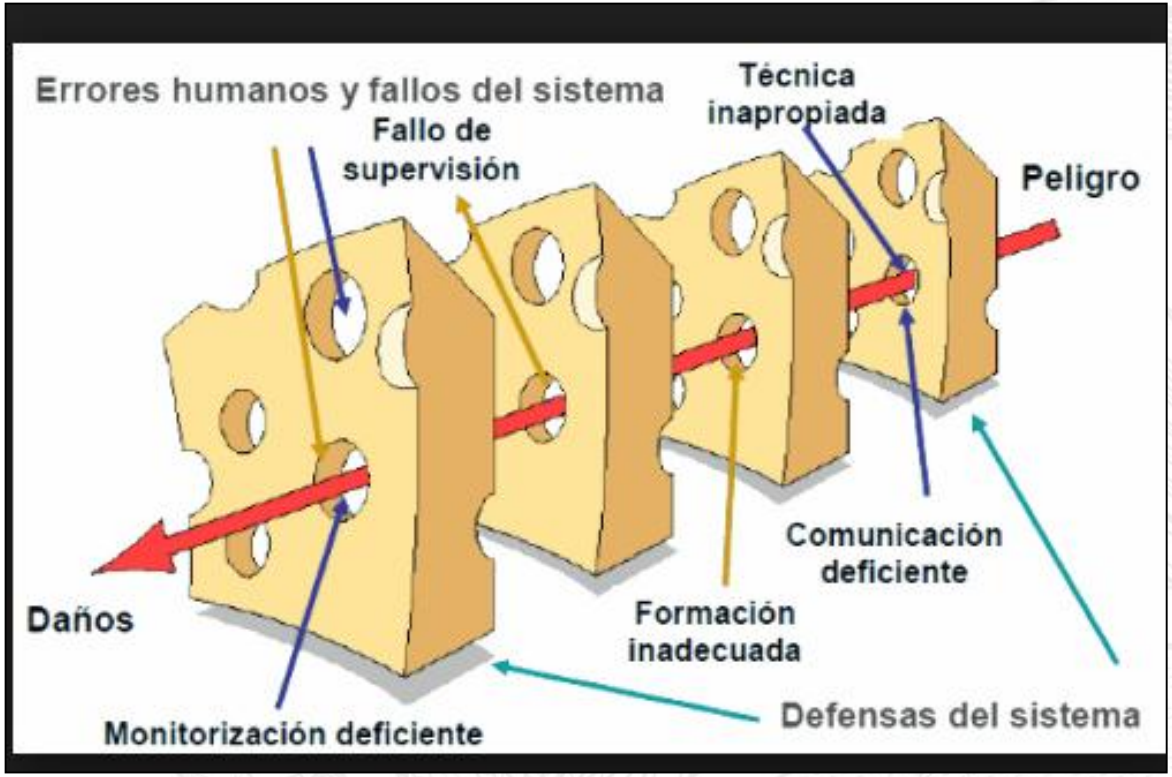
EL GOBIERNO DE TODOS

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS COMPARATIVO: 2017-2018, HGOIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



CONCLUSIÓN


Errores humanos y fallos del sistema
Fallo de supervisión
Técnica inapropiada
Peligro
Comunicación deficiente
Formación inadecuada
Daños
Monitorización deficiente
Defensas del sistema

Gracias