



UNIVERSIDAD DON BOSCO

Vicerrectoría de Estudios de Postgrado

Maestría en Gestión de la Calidad

TRABAJO DE GRADUACION

Programa Piloto de Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

**Para Optar al Grado de
Maestro en Gestión de la Calidad**

Presentado por

**CAROLINA ZUÑIGA SUAREZ
CARLOS GABRIEL ALVARENGA CARDOZA**

**San Salvador, El Salvador
Enero de 2011**

INDICE

Contenido	Paginas
I. Introducción	4
II. Generalidades de la Organización	7
III. Marco Conceptual	13
IV. Descripción del Proyecto	17
V. Justificación	20
VI. Objetivos	21
VII. Alcance	22
VIII. Metodología	22
IX. Análisis y Planteamiento del Problema	25
X. Análisis de Causalidad	32
XI. Implantación del Proyecto	35
XII. Resultados de la Implementación	37
XIII. Conclusiones y Recomendaciones	49
XIV. Bibliografía	50
XV. Anexos	51
1. Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	
2. Capacitación	
a. Plan de Capacitación	
b. Presentación sobre seguridad del paciente	
3. Medios de Información	
a. Revista sobre Seguridad del Paciente	
b. Folleto para padres	
c. Artículos de cartelera	
4. Listas de Verificación	
a. Inducción de la anestesia - entrada	
b. Incisión cutánea – pausa quirúrgica	
c. Salida de paciente - Salida	
d. Medicamentos.	

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	TABLAS Y GRAFICOS	PAGINAS
TABLA N° 1	Eventos adversos en salud	15
TABLA N° 2.	Incidentes y errores más frecuentes	15
TABLA N° 3	Identificación de áreas	25
TABLA N° 4	Resultados de evaluación del departamento de emergencia	26
TABLA N° 5	Resultados de evaluación salas de operaciones	27
TABLA N° 6.	Nivel de implementación de las medidas de seguridad del paciente en las áreas de emergencia y salas de operaciones del HNNBB	28
TABLA N° 7	Determinación del contexto actual de seguridad del paciente, basado en el nivel de implementación de las medidas de seguridad fundamentales	30
TABLA N° 8.	Cronograma del proyecto	35
TABLA N° 9	Resultados de la implementación	37
TABLA N° 10	Evaluación final de seguridad del paciente en áreas de emergencia y salas de operaciones HNNBB	39
TABLA N° 11.	Resultados de evaluación del departamento de emergencia	40
TABLA N° 12.	Resultados de evaluación salas de operaciones	41
TABLA N° 13	Consolidados encuesta final	42
TABLA N° 14	Determinación final del contexto actual de seguridad del paciente, basado en el nivel de implementación de las medidas de seguridad fundamentales	43
TABLA N° 15.	Resumen de medidas implementadas vs medidas pendientes	47
GRÁFICO N° 1.	Consolidado encuestas personal	29
GRÁFICO N° 2.	Consolidado implementado/ no implementado	31
GRÁFICO N° 3.	Diagrama de Ishikawa	33
GRAFICO N° 4	Consolidado encuestas luego de la implementación	44
GRAFICO N° 5	Consolidado de resultados. Evaluación de contexto de seguridad del paciente	45
GRAFICO N° 6	Comparativo de antes y después de la implementación	45

I. INTRODUCCION

El ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura, a ser en la actualidad compleja, efectiva y potencialmente peligrosa, si no existen los adecuados controles.

Dentro de esta perspectiva, un tema vital para los sistemas de salud, es la Seguridad del Paciente, esta nueva perspectiva de la medicina, surge a partir de un movimiento a nivel internacional, producto de una reflexión sobre el tipo de atención medica que proporcionamos. A raíz de la publicación del libro “Errar es Humano” en 1999, por el Instituto de medicina de E.E.U.U. en el que se publicó, que cada año mueren casi 100,000 personas en ese país, por errores atribuibles a la atención médica, en su gran mayoría prevenibles.

La realidad establecida en los estudios posteriores, es que los sistemas de salud pueden ocasionar daño, y este daño se ocasiona al paciente, a sus familiares, a quienes atendieron al paciente, a la institución y al sistema de salud mismo.

El daño ocasionado se presenta cuando una serie de factores, denominados inductores, confluyen y establecen un contexto inductor del error. Partimos de la idea, que ninguna persona de los prestadores de salud tiene la intención de causar daño, sino todo lo contrario, ayudar al paciente a restablecer la salud perdida. Sin embargo, en la realidad, poniendo las circunstancias adecuadas para que se propicie el error, este lo puede ocasionar hasta la persona más entrenada en la atención medica, sin que esto signifique que esta persona es culpable de haber cometido el error o peor aún el daño ocasionado y más si este es un daño grave e incluso la muerte.

Al realizar un análisis profundo de los casos en los cuales se ha presentado un Efecto Adverso, nos percatamos que no es una sola causa la que ocasiona que se produzca el daño sino varias, de tal forma que de una u otra manera el sistema de atención está involucrado en este contexto inductor del error. A partir de este marco de referencia, surge la iniciativa de calidad denominada “Seguridad del Paciente”, que no es más que el “Conjunto de estructuras y procesos organizacionales que reducen la probabilidad

de efectos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica”¹. Es decir la Seguridad del Paciente, describe las medidas que el hospital debe de abordar para mejorar la seguridad. El seguimiento de estas medidas ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado sea lo más seguro posible.

En nuestro país y específicamente en nuestro sistema de salud, no existe actualmente un programa de seguridad del paciente, sistemáticamente establecido en las instituciones de salud, de allí la importancia del proyecto actual, que de lograr los objetivos propuestos, se propondría sistematizar en toda la institución, y posteriormente podría servir de referente para los demás establecimientos del Sistema de Salud en El Salvador.

Las estructuras organizativas creadas para la gestión de la calidad en los centros asistenciales, la incorporación de modelos de certificación y acreditación, la gestión por procesos y la gestión clínica, intentan favorecer las mejores prácticas, disminuyendo la variabilidad y mejorando la efectividad de las actuaciones y su eficiencia, y por tanto contribuyendo a minimizar los errores derivados de la práctica asistencial.

No obstante, es necesario garantizar un enfoque más preciso y directo en los centros hospitalarios sobre los aspectos relacionados con los **Efectos Adversos (EA)**, su prevención y los sistemas de información. Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de **Efectos Adversos** atribuibles a los mismos.

Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su

¹ Fuente: AMSP/OMS. International, Clasification for Patient safety, (CISP) v 1.1. 2008

ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de EA y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Es por esto que se ve la necesidad de iniciar el proceso de implementación de un programa de seguridad del paciente, estableciendo estrategias que permitan evitar o reducir la ocurrencia de efectos adversos en el Hospital de Niños Benjamín Bloom, fortaleciendo de esta manera su sistema de gestión de calidad, dado que es un tema de importancia tanto para el sector salud como para la comunidad en general.

Esta iniciativa dará la pauta para el mejoramiento de la atención del sistema de salud de El Salvador, generando además de la confianza de la comunidad, reducir los costos originados de los efectos adversos, que aunque actualmente no se conocen las cifras exactas, pues solo se notifica el 5% de los EA que se producen, es un primer esfuerzo por cambiar y contribuir a mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

II. GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA

- Los Sistema de Atención Medica, son estructuras funcionales, cuya principal responsabilidad es proveer servicios de salud a las personas y comunidades. Cada uno de estos sistemas puede tener uno o varios enfoques según los requerimientos de atención, los cuales se denominan especialidades médicas.
- Los sistemas de atención médica, operan mediante un modelo de atención organizado por niveles. Los niveles de atención se organizan en red, que incluye hospitales, clínicas y centros de salud, según el nivel de atención y la complejidad en la atención. Presentan una estructura organizativa y funcional compleja, por la amplia variabilidad de las necesidades de atención de individuos y comunidades.
- Son parte importante del Sistema Nacional de Salud, que incluye: los centros de atención gubernamental, bienestar magisterial, sanidad militar y servicios médicos privados.
- El recurso nuclear es el médico, que es el responsable directo de la atención, apoyado por personal de enfermería y de administración.

Descripción General del HNNBB



Naturaleza de la Organización

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es una Institución especializada en la atención médica infantil. Está catalogado como un centro de referencia, es decir un centro de III nivel de atención dentro del sistema de salud.

El proceso esencial del hospital es la atención médica del paciente pediátrico, enfocada principalmente en tres grandes rubros: la asistencia de emergencia, consulta externa y hospitalización pediátrica y cirugía.

Misión

Somos un hospital público de referencia, que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.

Visión

Convertirnos en un hospital público de referencia, líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente de crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.

Valores

Calidad	Humanismo
Equidad	Oportunidad
Ética	

Función Asistencial

Cuenta con 20 departamentos de atención asistencial y 25 especialidades pediátricas en las ramas médicas y quirúrgicas. Posee 334 camas censables y 35 no censables. Además posee servicios de atención ambulatoria, quirúrgica, y de diagnóstico y servicios médicos de apoyo.

Atiende todas las especialidades médicas y quirúrgicas de la especialidad de pediatría entre las que se contempla: Ortopedia, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Oncología, Hematología, Infectología, Odontología, Maxilofacial, Ortodoncia, Cardiología, Alergia, Gastroenterología, Dermatología, Fisiología, Neumología, Neurología, Nutriología, Psiquiatría, reumatología, endocrinología, neonatología, Pediatría General, Nefrología, Urología, Cirugía Oncológica, Cirugía Neonatal, Oftalmología, Psicología y Nutrición.

Área de Influencia

Área de Influencia: Nacional

Categoría

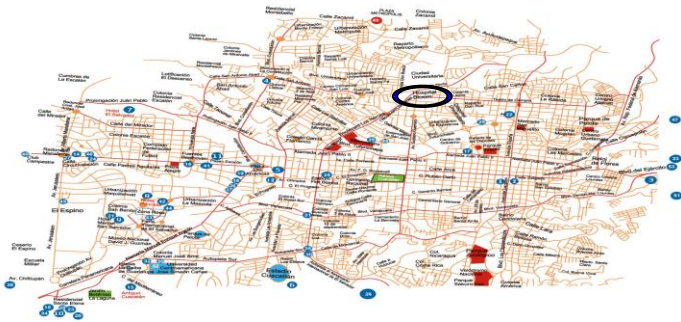
III Nivel de atención, es decir centro de referencia para la atención médica especializada de la población infantil de El Salvador.



Localización e Infraestructura

Infraestructura ubicada geográficamente en dos áreas: la torre y el anexo hospitalario.

El complejo central, ubicado entre el final de la 25 avenida Norte y Boulevard Los Héroes, compuesto por las construcciones siguientes: el edificio A que contiene parte de la consulta externa del complejo central; el edificio B, que contiene también parte de la consulta externa; el edificio C, la Unidad de Emergencia; el edificio D que es la torre de hospitalización y el edificio E donde se ubica la unidad de cuidados intensivos y sala de operaciones.



Recurso Humano: El hospital cuenta con una planilla de 1,319 empleados. Estratificados según la función que desempeñan; Médicos, Enfermeras, Personal Técnico, Personal de Servicio, Personal Administrativo

Unidades Piloto: Departamento de Emergencia y Centro Quirúrgico

Unidad de Emergencia

Es la unidad hospitalaria, responsable de proveer al paciente pediátrico con alteraciones agudas de su salud, una atención médica especializada, basada en la consecución de estándares de alta calidad, que garanticen un servicio ágil, oportuno y eficiente, a través de la gestión de la mejora continua.

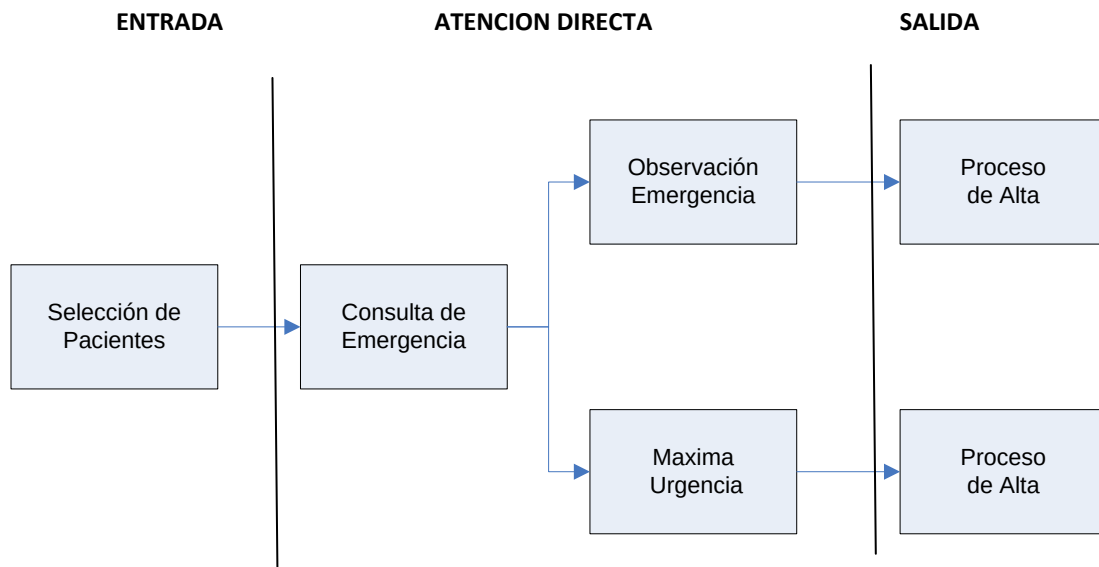
La organización del departamento esta, a esta compuesta de tres unidades complementarias para el proceso de atención del paciente de emergencia, estas son: la unidad de selección de pacientes, la unidad de observación de pacientes y la unidad de consulta de pacientes de emergencia.

Su recurso humano tiene los siguientes puestos tipos entre pediatras emergenciólogos 8, cirujanos pediatras 3, médicos especialistas, licenciadas en enfermería 5, enfermeras 22, auxiliares de servicio 6 y personal administrativo 2. El personal trabaja por equipos de atención, los cuales se disponen según la necesidad.

Proceso de Atención Médica del Paciente de Emergencia

Procesos Esenciales:

- Proceso de Selección de Pacientes.
- Proceso de Consulta de Emergencia
- Proceso de Observación en Emergencia
- Proceso de Atención en Máxima Urgencia

**Atenciones de Emergencia:**

Se brinda atención médica inicial, consulta médica, diagnóstico clínico y de laboratorio, manejo médico y estabilización de pacientes críticos. Las principales causas de consulta son malformaciones del recién nacido, infecciones, prematurez, traumas, enfermedades pulmonares, del sistema nervioso central, gastrointestinales, hematológicas, oncológicas y muchas de gran complejidad.

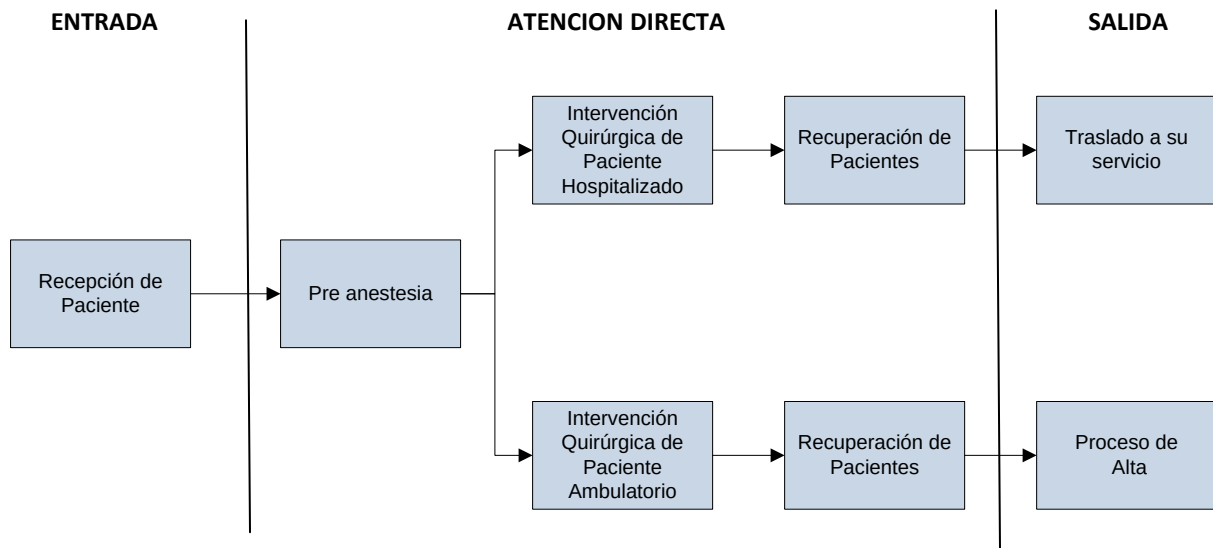
Usuarios:

- Pacientes desde recién nacidos hasta niños de 12 años, y adolescentes con patologías crónicas de gran complejidad, que consultan espontáneamente o por referencia, por enfermedad aguda o crónica agudizada, que requiere atención inmediata, ya sea de manejo médico o quirúrgico.
- Familiares de pacientes
- Centros de Salud: hospitales, unidades de salud, clínicas etc.

Centro Quirúrgico: Salas de Operaciones

Las Salas de Operaciones, son las unidades operativas donde se proporciona atención al paciente pediátrico, que requiere una intervención quirúrgica electiva o de emergencia, ambulatoria o de hospitalización.

Procesos de Atención Médica del Paciente de Sala de Operaciones



Usuarios:

- Paciente menor de 12 años, que por su condición de enfermedad o lesión requiere un procedimiento quirúrgico.
- Familiares de pacientes
- Unidades de Hospitalización

Atenciones de Sala de Operaciones:

Se realizan intervenciones quirúrgicas de menor y mayor complejidad, según la enfermedad y nivel de gravedad o grado de afectación del paciente. Entre las operaciones más representativas tenemos, apendicetomías, cura de hernias, cirugías de tumores, injertos, cirugía de trauma, cirugía de trasplantes, cirugía cardiovascular, cerebral, torácica etc.

Distribución de Quirófanos

La distribución de las zonas del área de quirófanos, se ha conformado en áreas no estériles (vestidores, baños, área administrativa) de transición (recepción de pacientes) y estériles (quirófanos, recuperación, pre anestesia).

Se cuenta con dos secciones: Quirófanos de Emergencia y Quirófanos Centrales, los primeros destinados para intervenciones de emergencia y los segundos para procedimientos electivos.

Contexto de Seguridad en las Unidades Piloto

Las Unidades de Emergencia y las Salas de Operaciones en cualquier hospital del mundo (incluyendo las nuestras) son áreas de gran dinamismo y complejidad, tanto por el tipo de paciente que atienden, los procesos que ejecutan, como por los requerimientos de atención necesarios, equipos, insumos, tecnología y recurso humano de mayor competencia.

La interacción de estos sistemas de atención de gran complejidad con el paciente, tiene por el mismo dinamismo y variabilidad (miles de patologías, diferentes edades, diferentes organismos y diferentes reacciones al mismo manejo), elevados riesgos en cuanto a los resultados esperados, a pesar de haber seguido adecuadamente los procesos vigentes al conocimiento actual, y si a esto agregamos que existen fallos en el sistema, esto convierte la atención médica, en un sistema de alto riesgo.

III. MARCO CONCEPTUAL

Concepto: Seguridad del Paciente

“Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”

Fuente: OMS International Clasification for Patient Safety (CISP) v 1.1 2008

El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de **Incidentes** y **Eventos Adversos**, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%.

A las consecuencias directas en la asistencia se suman:

- Repercusiones económicas:
- Hospitalizaciones adicionales
- Demandas judiciales
- Infecciones intrahospitalarias

Además del propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos los cuales representan en algunos países

un costo anual de entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses.

Esta información ha conducido a la comunidad a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de Efectos Adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan **notificar** los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos.

Conceptos Fundamentales:

- i. **Incidente:** Acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero por azar, la prevención o la mitigación de la misma no lo dañó.
- ii. **Efecto Adverso:** daño resultado de una intervención sanitaria relacionada con la atención clínica, y no por las condiciones basales del paciente. Estos EA son mayoritariamente prevenibles.

Los EA son lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta, que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de **no-calidad**.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos asevera que los eventos adversos causan anualmente entre 50,000 y 100,000 defunciones, mayor mortalidad que otros problemas, como accidentes, cáncer de mama o VIH/SIDA. Además del elevado costo, solo los eventos adversos evitables, cuestan de 17,000 a 29,000 millones de

dólares; es importante mencionar que el 50% o más de los eventos adversos son evitables.

TABLA N° 1. EVENTOS ADVERSOS EN SALUD

Estudio	Año(s) estudio	No. de Hospitalizados	No. eventos adversos	Tasa %
EE UU. Harvard Medical Practice Study	1984	30, 195	1, 133	3.8
EE UU. UTA-Colorado Study	1992	14, 565	787	5.4
Australia. Quality in Health Care Study	1992	14, 179	2, 353	16.6
Dinamarca	1998	1, 097	176	16.0
Reino Unido e Irlanda del Norte	1999-2000	1, 014	119	11.7

FUENTE: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2004

El grado de riesgo para la seguridad del paciente se puede inferir a partir de estudios de eventos adversos en hospitales, cuya tasa varía entre 4% y 16%.

TABLA N° 2. INCIDENTES Y ERRORES MÁS FRECUENTES

INCIDENTES Y ERRORES MÁS FRECUENTES EN SALUD	
• Errores de prescripción ▪ Errores de administración de medicamentos ▪ Leer mal una indicación ▪ Calcular mal una dosis. ▪ Equivocarse de medicamento. ▪ Equivocarse de vía de administración. ▪ Escuchar mal una indicación verbal. ▪ Programar mal la infusión de un medicamento. ▪ Equivocarse de paciente. ▪ Equivocarse en el lado del paciente en el cual se realizara un procedimiento. ▪ Confusión de historias y documentos clínicos ▪ Reingresos en menos de 48 horas	▪ Sobreutilización de tratamientos ▪ Hemorragias y hematomas postoperatorios ▪ Caída de pacientes ▪ Desconexión de drenajes ▪ Retiro de catéteres y autoextubaciones ▪ Quemaduras ▪ Errores transfusionales ▪ Infecciones hospitalarias ▪ Úlceras de decúbito, ▪ Complicaciones Anestésicas ▪ Errores y retrasos diagnósticos ▪ Cirugía inadecuada ▪ Dehiscencias de sutura ▪ Cuerpo extraño tras intervención ▪ Equivocarse de procedimiento.

FUENTE: ¹ Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004)

La tabla anterior nos muestra los errores reportados con más frecuencia en los sistemas de salud, de los hospitales europeos.

En El salvador no se cuenta con estadísticas fidedignas y sistemáticas sobre los efectos adversos en los centros de atención médica; pues a pesar de que es una problemática conocida por el personal del sistema de salud, nunca se ha realizado un estudio reconocido que muestre las estadísticas de nuestro medio.

IV. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El proyecto pretende desarrollar un Programa Piloto de Seguridad del Paciente en dos áreas de atención médica de mayor riesgo del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Este es un programa de manejo y gestión del error médico y seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, que contempla **21 medidas de seguridad del paciente** a implementar, estas han sido desarrolladas y adaptadas al contexto del hospital, por el equipo coordinador del proyecto (experto en seguridad del paciente, jefaturas de las unidades piloto y maestristas), y están basadas en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud OMS/Organización Panamericana de la salud OPS en el marco de la Alianza para la Seguridad del Paciente, además del consolidado de recomendaciones del Comité Europeo de la Sanidad.

Estas medidas se han agrupado en 5 grupos o segmentos, lo que nos ayuda a ver con claridad, el enfoque sistémico del programa. Estos segmentos son los siguientes.

- I. Estructura de Seguridad del Paciente
- II. Desarrollo de una Cultura de Seguridad
- III. Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente
- IV. Implantación de Medidas para la Seguridad del Paciente
- V. Monitoreo, Evaluación y Retroalimentación

El programa piloto contempla 21 medidas, consideradas fundamentales², en la implementación de un programa de seguridad del paciente. Las 21 medidas de seguridad son las siguientes:

1. Comité o equipo activo responsable de monitorear la seguridad del paciente.
2. Plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente
3. Medios de Comunicación interna que informen periódicamente sobre el tema

² Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004

4. Proporcionar información en forma sistemática a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente
5. Sistema de notificación de efectos adversos e incidentes
6. Plan de verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área
7. Medidas para disminuir los riesgos de medicación en pacientes
8. Estandarización de los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente
9. Plan de control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención
10. Sistema de identificación inequívoca de pacientes
11. Medidas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención
12. Sistema de categorización de riesgos de los pacientes
13. Normativa de movilización de pacientes
14. Programa de control de infecciones nosocomiales
15. Normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico
16. Normativa de manejo de expediente clínico
17. Protocolos de manejo de medicamentos
18. Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente
19. Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos
20. Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos o incidentes
21. Retroalimentación de resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo

El proyecto tiene dos fases: la primera es la **Fase Evaluativa**, que parte de la evaluación de las unidades piloto, a través de un instrumento que determina entre el personal multidisciplinario de las áreas, si se cumplen con las 21 medidas de seguridad básicos de un sistema de seguridad del paciente.

La segunda fase del proyecto, es la **Fase de Implementación de las medidas de seguridad del paciente**, que se implantarán de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación.

Finalmente, el proyecto contempla entre otras estrategias, la de impulsar y difundir la cultura de seguridad del paciente, la creación de una estructura organizativa que gestione la seguridad del paciente, implementación de metodologías para la detección y evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos

adversos, metodologías para el análisis de los eventos adversos y el diseño y la implementación de estrategias y procedimientos que permitan al personal de las áreas en cuestión, reducir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos e incidentes.

* El proyecto inicialmente, evaluaría la frecuencia de los efectos adversos e incidentes en las áreas piloto, pero hubo resistencia a realizar las notificaciones, principalmente fundamentadas en los aspectos siguientes:

- Miedo a las demandas legales (se ha suscitado en los últimos meses una serie demandas legales de mala praxis para el personal del hospital).
- Miedo a los castigos (existe una cultura punitiva)
- Falta de conciencia, que es necesario documentar y porque.
- Resistencia a documentar, argumentando exceso de trabajo
- Recelo porque el error se hará público (autoestima vulnerada)

Estos problemas, complicaron el enfoque inicial del proyecto, pero según la literatura mundial, son condiciones esperadas, por lo sensible del tema entre el personal de salud. Las estadísticas internacionales, reportan que las instituciones de salud, solamente notifican un 5% de los efectos adversos, por las mismas circunstancias encontradas entre el personal del hospital. Por lo anterior, con frecuencia ha sido necesario iniciar con un proceso de capacitación y sensibilización sistemática y permanente para lograr progresivamente la notificación de incidentes y efectos adversos.

V. JUSTIFICACION

No existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas, es por este motivo que la seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria.

Según indican las estadísticas mundiales, cada año miles de personas mueren por errores en los sistemas de salud. Entre el 10 a 15% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos. A las consecuencias directas en la asistencia se suman, el sufrimiento propio de los pacientes y sus familias, hospitalizaciones adicionales y prolongadas, demandas judiciales, discapacidades y gastos médicos importantes.

Esta información ha conducido a la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan a la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios.

Actualmente en El Salvador, las instituciones del sistema de salud no cuentan con sistemas de seguridad de paciente implementados como tal, se habla de éste tema, pero no se tiene una metodología sistemática aplicada, a pesar de ser considerada como una prioridad en la asistencia sanitaria.

El desarrollo de este proyecto piloto generará mecanismos que permitirán a nuestra institución de salud, reducir los eventos adversos e incidentes generando mejor funcionamiento, mejor calidad de servicio y mejor prestigio ante la sociedad, sumando a esto los beneficios para la población cliente, reduciendo de este modo los daños sanitarios, sociales y económicos.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar un Programa Piloto de Seguridad del Paciente en las áreas de Emergencia y Sala de Operaciones del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, basado en la implementación de las medidas de seguridad del paciente fundamentales requeridas para el desarrollo del programa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimular una cultura de la seguridad del paciente y del error médico, aumentando la concientización de los profesionales en esta problemática.
2. Crear una estructura organizativa que gestione el programa de seguridad del paciente en las unidades de atención médica.
3. Diseñar e implementar mecanismos que faciliten y permitan la notificación de Efectos Adversos e Incidente.
4. Identificar, diseñar e implementar estrategias y procedimientos de intervención en seguridad de pacientes, que nos ayuden a la gestión de los riesgos sanitarios,

VII. ALCANCE

El alcance de este proyecto está circunscrito a la implantación del programa de seguridad del paciente en dos unidades de atención médica: la Unidad de Emergencia y las Salas de Operaciones. Esta selección está basada, en el conocimiento de que las salas de emergencia y las salas de operaciones de los hospitales, son dos de las principales áreas que conllevan mayor riesgo en sus procesos de atención, por el tipo de función que desempeñan.

:

VIII. METODOLOGIA

Selección del Tema

Se llevó a cabo la Selección del Tema partiendo de los requerimientos establecidos por la institución dada la importancia del tema en la disminución de riesgos y la mejoría de la calidad de la atención médica, es un requerimiento de organismos nacionales, internacionales y la misma comunidad y finalmente, este tema está consignado en el Plan Estratégico Institucional³.

Evaluación Inicial de la Problemática - Diagnostico

1. Selección de áreas de estudio
2. Elaboración de formatos de recolección de datos

Se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo, para ello se aplicó una entrevista a los profesionales de salud que laboran en los servicios pilotos, posteriormente a proporcionarles la charla introductoria, sobre los conceptos fundamentales de la seguridad del paciente en el contexto hospitalario.

³ Línea Estratégica 8: Usuario Externo, cuyo Objetivo Estratégico establece: "Procurar la satisfacción del usuario externo, a través de la asistencia médica adecuada y oportuna, en cumplimiento con sus derechos y basado en el sistema de valores institucionales". De la Estrategia 2: "Garantizar la oportunidad y accesibilidad a los servicios médicos", y finalmente la Acción 1: "Implementar la gestión institucional de riesgos, para incrementar la seguridad del usuario externo", la cual estaba programada para implementarse en un periodo de ejecución de corto plazo.

Para el levantamiento de la información se utilizó la metodología cuantitativa, teniendo como instrumento de recolección un cuestionario estructurado tipo encuesta, que contiene preguntas, de fácil comprensión y aplicación direccionada para la captura de los datos que reflejen el grado de implementación de las 21 medidas, consideradas como fundamentales para desarrollar el programa de seguridad del paciente.

Partes del Instrumento

Parte I: Aspectos Generales

Aborda los datos generales de la unidad, nombre, puestos tipos, número de profesionales encuestados.

Parte II: Percepción del Profesional sobre la Seguridad

- I. Estructura de Seguridad del Paciente (Pregunta 1)
- II. Desarrollo de una Cultura de Seguridad (Preguntas de la 2 a la 4)
- III. Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente (Preguntas 5 y 6)
- IV. Implantación de Medidas para la Seguridad del Paciente (Preguntas de la 7 a la 17)
- V. Monitoreo y Retroalimentación sobre la Seguridad del Paciente (Preguntas de la 18 a la 21)

Proceso para la Aplicación de la Herramienta de Evaluación

A continuación se precisan una serie de preguntas guía que orientan el proceso de aplicación de la herramienta de evaluación.

¿A quiénes entrevistar?

Se entrevistó a los profesionales de salud, que trabajan en las unidades pilotos seleccionadas, y que están directamente relacionados con la atención del paciente en estas áreas.

¿A cuántos entrevistar?

Para que la muestra sea significativa, se consideró evaluar a la mayor cantidad del personal de la unidad, para tener la mayor representatividad.

¿Cada cuánto tiempo aplicar la encuesta?

Recomendamos que los datos se recolecten cada año, de tal forma que se pueda valorar los avances en el mejoramiento de la seguridad del paciente.

¿Quién aplica la herramienta?

En este caso, la herramienta es aplicada por los maestristas que impulsan el proyecto, con el aval y la participación de las jefaturas de las áreas seleccionadas.

Análisis y Planteamiento del Problema

Una vez realizada la evaluación inicial diagnostica, se realizo un análisis de los datos, determinando el grado de implantación de las medidas de seguridad en las áreas piloto, con lo cual es posible determinar con bastante certeza, el nivel de seguridad actual. A partir de este referente se planteo la problemática existente.

Análisis Causal

El planteamiento del problema, nos brinda el nivel basal inicial, a este se aplica la herramienta de Ichikawa, para determinar las causas raíces, por las cuales se tiene el actual nivel de seguridad del paciente.

Implantación del Proyecto

A partir de los hallazgos obtenidos en la evaluación, y el análisis causal posterior, se determinaron, las acciones de mejora, enfocadas a eliminar las causas raíces de la problemática.

Resultados de la Implementación

Se realizo una segunda evaluación diagnostica, de los resultados de la implementación de las medidas de mejora.

IX. ANÁLISIS Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Evaluación Inicial de Seguridad del Paciente en Emergencia y Salas de Operaciones - Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Se realizó la evaluación inicial de la Seguridad del Paciente en las unidades piloto, para este propósito se determinó el nivel de Seguridad, basado en la implantación de las 21 medidas básicas de seguridad del paciente,

El resultado de esta evaluación determina si se cumplen con los elementos básicos de un sistema de seguridad del paciente, de tal manera que las propuestas de mejora respondan a situaciones reales y al mejor entendimiento de las necesidades de implementar medidas apropiadas, que impacten positivamente en la calidad de la atención. Como describimos en el instrumento, cada segmento cuenta con una serie de preguntas, que nos ayudaron a determinar el nivel de seguridad en las unidades piloto.

TABLA N° 3. IDENTIFICACION DE AREAS

IDENTIFICACION DEL AREAS		
AREAS DE ATENCION	Departamento de Emergencia	Salas de Operaciones
FECHAS DE EVALUACION	Septiembre 2010	Octubre 2010
PROFESIONALES ENTREVISTADOS	35 Profesionales	24 Profesionales
PROCESOS ESENCIALES DE ATENCION	Proceso de Selección de Pacientes	Proceso de Recepción
	Procesos de Consulta	Proceso Pre Anestesia
	Procesos de Observación	P. Intervención Quirúrgica
	Proceso de Atención en Máxima Urgencia	P. de Recuperación
	Proceso de Atención en sala de Operaciones	Procesos de Traslado / Alta

La tabla N° 3 nos proporciona la información general de las áreas piloto, fechas de evaluación y el número de profesionales encuestados, en la evaluación se tomaron personal que proporciona atención directa al paciente, específicamente: emergenciólogos, pediatras, cirujanos, enfermeras, anestesiólogos etc. Las tablas siguientes, tienen respuestas graduadas en forma ascendente de 0, 1, 2 y 3, en la

medida que sea más consistente la implantación. Se ha utilizado un esquema de colores tipo semáforo, para hacer más gráfico el nivel de implantación.

TABLA N° 4. RESULTADOS DE EVALUACION DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Segmento Evaluado	N°	Medidas de Seguridad del Paciente	Si						No	
			1		2		3			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I Estructura Organizativa	1	Existe un comité o equipo activo responsable de monitorear los seguridad del paciente en el área?	0	0	0	0	0	0	35	100
	2	Existe un plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente?	0	0	0	0	0	0	35	100
II Cultura de Seguridad	3	Existe revista, cartelera, videos, folletos u otro medio comunicación interna utilizado periódicamente para proporcionar información sobre el tema ¿	0	0	0	0	0	0	35	100
	4	Se le proporciona información a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente?	29		4		0		2	
III Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente	5	Existe un sistema de notificación de efectos adversos e incidentes ¿	22		8		0		5	
	6	Existe verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área ¿	24		3		0		8	
IV Medidas para la Seguridad del Paciente	7	Existen estrategias para disminuir los riesgos de medicación en pacientes?	5		24		0		6	
	8	Tienen estandarizados los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente?	7		18		0		10	
	9	Hay control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención?	23		3		2		7	
	10	Existe un sistema de identificación inequívoca de pacientes?	24		4		0		7	
	11	Se han establecido sistemas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención?	8		2		0		25	
	12	Existe un sistema de categorización de riesgos de los pacientes?	11		24		0		0	
		Hay normativa de movilización de pacientes	3		0		0		32	
	14	Hay programa de control de infecciones nosocomiales	7		28		0		0	
	15	Existe normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico?	7		0		0		28	
	16	Se cuenta con normativa de manejo de expediente clínico?	26		7		0		2	
	17	Se tiene protocolos de manejo de medicamentos	4		29		0		2	
V Monitoreo, Retroalimentación	18	Se tienen Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente?	0	0	0	0	0	0	35	100
	19	Se Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	0	0	0	0	0	0	35	100
	20	Hay revisión y Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos e incidentes?	31		4		0		0	
	21	Existe presentación de Resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	0	0	0	0	0	0	35	100

Tabla N° 4, reporta los resultados de la evaluación, en el caso de emergencia fueron 35 profesionales multidisciplinarios, quienes determinaron el nivel de implementación de las medidas de seguridad evaluadas. Nos muestra, un pobre nivel de implementación de medidas de seguridad, principalmente en los ítems relacionados

con una estructura que promueva la seguridad, el desarrollo de una cultura de seguridad, prácticamente hay un desconocimiento del tema y no hay monitoreo y evaluación de los aspectos relacionados a la seguridad del paciente.

TABLA N° 5. RESULTADOS DE EVALUACION SALAS DE OPERACIONES

Segmento Evaluado	N°	Medidas de Seguridad del Paciente	Si						No	
			1		2		3			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I Estructura Organizativa que promueva la Seguridad del Paciente	1	Existe un comité o equipo activo responsable de monitorear los seguridad del paciente en el área?	0	0	0	0	0	0	24	100
	2	Existe un plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente?	0	0	0	0	0	0	24	100
II Cultura de Seguridad del Paciente	3	Existe revista, cartelera, videos, folletos u otro medio comunicación interna utilizado periódicamente para proporcionar información sobre el tema ¿	0	0	0	0	0	0	24	100
	4	Se le proporciona información a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente?	22		2	0	0	0	0	0
III Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente	5	Existe un sistema de notificación de efectos adversos e incidentes ¿	20		4		0		0	
	6	Existe verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área ¿	18		4		0		2	
IV Medidas para la Seguridad del Paciente	7	Existen estrategias para disminuir los riesgos de medicación en pacientes?	16		2		0		6	
	8	Tienen estandarizados los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente?	16		0		0		8	
	9	Hay control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención?	21		3		0		0	
	10	Existe un sistema de identificación inequívoca de pacientes?	20		4		0		0	
	11	Se han establecido sistemas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención?	17		3		0		4	
	12	Existe un sistema de categorización de riesgos de los pacientes?	22		2		0		0	
	13	Hay normativa de movilización de pacientes	4		0		0		20	
	14	Hay programa de control de infecciones nosocomiales	22		2		0		0	
	15	Existe normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico?	2		0		0		22	
	16	Se cuenta con normativa de manejo de expediente clínico?	5		0		0		19	
	17	Se tiene protocolos de manejo de medicamentos	17		5		0		2	
V Monitoreo, Evaluación y Retroalimentación de Seguridad del Paciente	18	Se tienen Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente?	0	0	0	0	0	0	24	100
	19	Se Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	0	0	0	0	0	0	24	100
	20	Hay revisión y Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos e incidentes?	4		4		0		16	
	21	Existe presentación de Resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	0	0	0	0	0	0	24	100

Tabla N° 5, los resultados obtenidos, son similares a la tabla 4, pero en esta última se reporta la evaluación realizada al personal de las salas de operaciones, en este

caso a 24 profesionales. Muestra los mismos resultados, en general una pobre implantación de medidas de seguridad, siendo más grave en el desarrollo de una estructura que impulse el tema, pobre cultura de seguridad, falta de capacitación y sensibilización al tema y no hay un monitoreo y evaluación consistente.

A partir de los resultados de las áreas piloto, se realizó una consolidación de resultados para determinar en forma conjunta el nivel de implantación de las medidas.

TABLA N° 6. CONSOLIDADO DEL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ÁREAS DE EMERGENCIA Y SALAS DE OPERACIONES DEL HNNBB

N°	Preguntas Trazadoras	Nivel 0 Medidas No Implementada	Nivel 1 Diseño sin Implementación de las Medidas	Nivel 2 Implementación Parcial de las Medidas	Nivel 3 Implementación Completa de las Medidas
1	Comité o equipo activo responsable de monitorear la seguridad del paciente.	100%	0%	0%	0%
2	Plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente	100%	0%	0%	0%
3	Medios de Comunicación interna que informen periódicamente sobre el tema	100%	0%	0%	0%
4	Proporcionar información en forma sistemática a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente	3%	87.5%	9.5%	0%
5	Sistema de notificación de efectos adversos e incidentes	7%	73%	20%	0%
6	Plan de verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área	15.5%	71.5%	13%	0%
7	Medidas para disminuir los riesgos de medicación en pacientes	20.5%	40.5%	38%	0%
8	Estandarización de los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente	31%	43.5%	25.5%	0%
9	Plan de control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención	10%	76.5%	10.5%	3%
10	Sistema de identificación inequívoca de pacientes	10%	75.5%	14%	0%
11	Medidas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención	44%	47%	9%	0%
12	Sistema de categorización de riesgos de los pacientes	0%	62%	38%	0%
13	Normativa de movilización de pacientes	87%	13%	0%	0%
14	Programa de control de infecciones nosocomiales	0%	56%	44%	0%
15	Normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico	86%	14%	0%	0%

16	Normativa de manejo de expediente clínico	42.5%	47.5%	10%	0%
17	Protocolos de manejo de medicamentos	7%	41%	52%	0%
18	Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente	100%	0%	0%	0%0
19	Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	100%	0%	0%	0%0
20	Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos o incidentes	33%	53%	14%	0%
21	Retroalimentación de resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	100%	0%	0%	0%
PROMEDIO		47.45%	38.16%	14.16%	0.14%

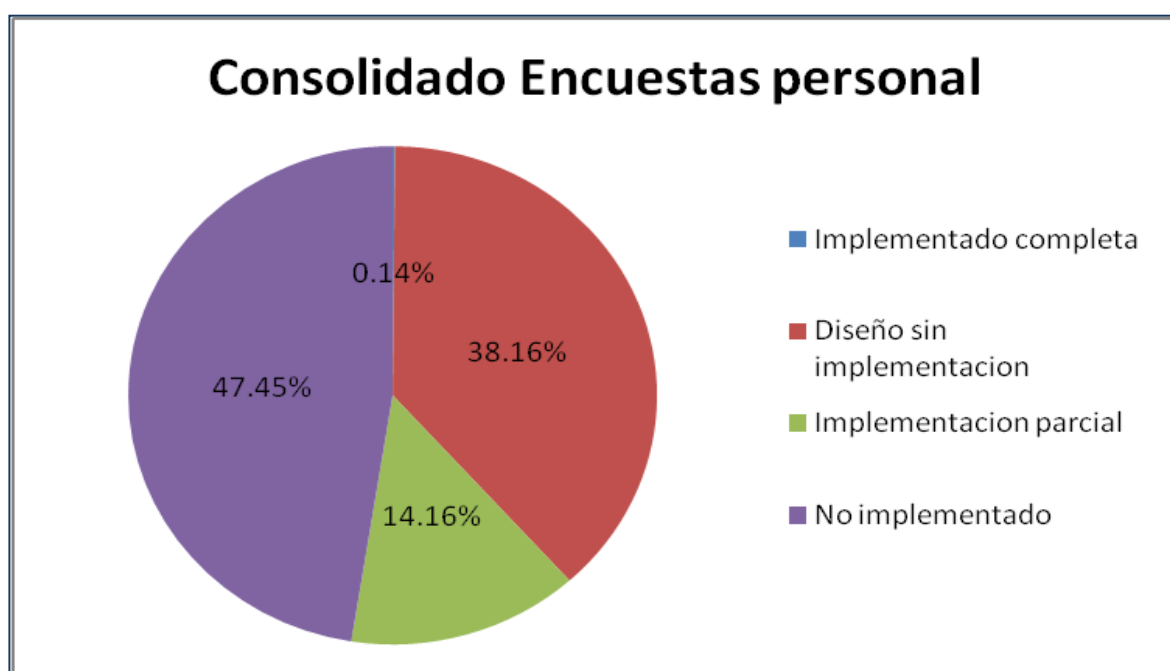
FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a profesionales de diferentes áreas en el Hospital de Niños Benjamín Bloom. El Salvador. 2010

Los resultados generales nos muestran que 8 de las 21 medidas fundamentales de un programa de seguridad del paciente, (puntaje arriba del 80%), están catalogadas como nivel 0 de evidencia de implantación, es decir, no existen ninguna evidencia de que por lo menos se haya realizado un diseño o medida escrita.

A este porcentaje elevado, podemos agregar 5 medidas más, catalogadas como nivel 1 de evidencia de implantación, es decir, por lo menos hay un diseño de la medida a implementar, pero sin que exista implantación alguna.

Podemos hablar, que tenemos por lo menos 13 de las 21 medidas de seguridad, que no tienen evidencia de estar implantadas en 2 áreas críticas de atención.

GRÁFICO N° 1. CONSOLIDADO ENCUESTAS PERSONAL



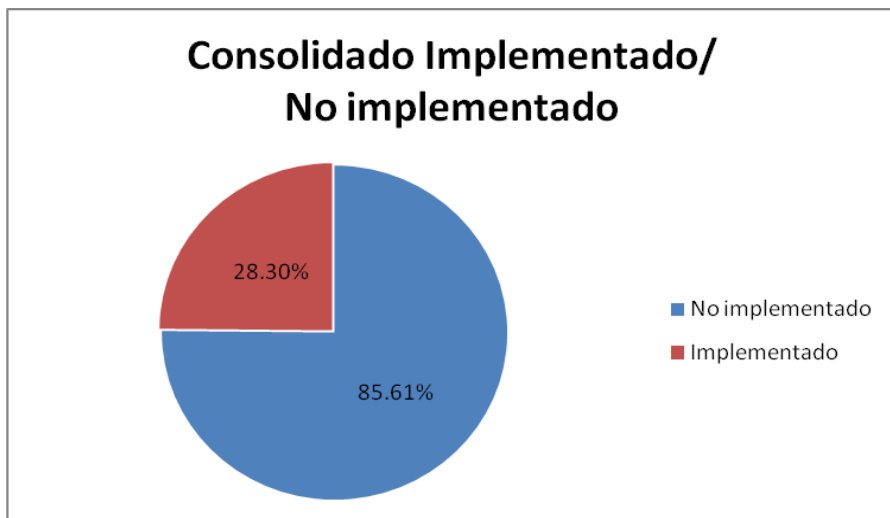
El gráfico N°1 muestra el resultado de la encuesta realizada, con respecto a la distribución de la implementación de medidas de Seguridad del Pacientes; se puede observar el alto porcentaje de medidas no implementadas, casi el 50 % (47.5), frente al 0.14% de medidas implementadas al 100%; lo anterior muestra la necesidad de este programa piloto de Seguridad del Paciente.

TABLA N° 7. DETERMINACIÓN DEL CONTEXTO ACTUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, BASADO EN EL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD FUNDAMENTALES

Contexto	Contexto No Favorable	Contexto No Favorable	Contexto Favorable	Contexto Favorable
Nivel de Implementación de las Medidas de Seguridad del Paciente	Nivel 0 Medidas No Implementadas	Nivel 1 Diseño sin Implementación de las Medidas	Nivel 2 Implementación Parcial de las Medidas	Nivel 3 Implementación Completa de las Medidas
Promedio Porcentual	47.45%	38.16%	14.16%	0.14%
Sumatoria	85.61%		28.3%	

La tabla anterior, nos muestra la distribución porcentual de las medidas, según el grado de implantación, con fines didácticos, hemos utilizado una distribución de colores tipo semáforo, según el grado de implantación, así el rojo es el nivel 0 de implantación, hasta el color verde, que significa una implantación prácticamente completa. Por otra parte, de los 4 niveles de implantación, consideramos el nivel 0 y 1, como contexto No Favorable para la seguridad del paciente, y los niveles 2 y 3, como un contexto Favorable para la seguridad del paciente.

Al analizar los resultados, nos damos cuenta que, el nivel 0, tiene un preocupante 47.45%, es decir que hay casi un 50% de falta de evidencia completa, de medidas de seguridad básicas en las unidades, pero si a esto agregamos un 38.16% del nivel 1 de implantación, tenemos un resultado de 85.61%, es decir que existe un 85% de ausencia de implantación de medidas.

GRÁFICO N° 2. CONSOLIDADO IMPLEMENTADO/ NO IMPLEMENTADO

Visto de otra manera, existe únicamente un 28.3% de contexto favorable de seguridad del paciente, en las áreas evaluadas.

Planteamiento del Problema

Las áreas de Emergencia y Salas de Operaciones del HNNBB, tienen solamente implementadas en forma parcial o completa un 28.3% de las medidas fundamentales del Programa de Seguridad del Paciente.

X. ANÁLISIS DE CAUSALIDAD

Los resultados de la evaluación diagnóstica inicial, nos muestran un contexto no favorable para la Seguridad de los Pacientes, que son atendidos en las áreas de Emergencia y Sala de Operaciones, esta aseveración es el fundamento del planteamiento del problema, y es a partir de este planteamiento, que se realizó un análisis de causa y efecto con el propósito de establecer cuáles son las causas raíces de la presente problemática.

Para esta fase se utilizó, el diagrama de causa y efecto de Ichikawa o espina de pescado, que nos ayudó a identificar las causas raíces del problema.

Los resultados de esta análisis causal, nos muestran una tendencia sostenida, a considerar, que las causas raíces de la falta de implementación de medidas de seguridad, no está basada en equipos e insumos, u otro tipo de recursos, sino más bien, en un pobre conocimiento del tema de seguridad del paciente, a una falta de sensibilización sobre el mismo, Esta falta de formación, propicia que el personal y las autoridades de las instituciones de salud, no visualicen el tremendo impacto que se genera, al tener una pobre implementación de estrategias y medidas de seguridad en la atención sanitaria.

El personal de salud, sabe perfectamente que hay errores, muchos de ellos con resultados impactantes, pero el conocimiento de la mayoría de ellos, quedan circunscritos a la persona que cometió el error, o al equipo de turno o las personas de la unidad, es decir un pequeño grupo de personas, esta falta de notificación del error, es secundaria a el temor al castigo, a las demandas legales, al que dirán, o simplemente quien cometió el error no se percató del mismo.

Las otras dos causas raíces encontradas, son la falta de gestión, y la falta de coordinación de actividades, ambas estrechamente vinculadas, con las habilidades gerenciales de las jefaturas.

A pesar de los pobres resultados, las causas raíces son factibles de abordar, a través de estrategias enfocadas a desarrollar una cultura de seguridad del paciente, en la cual se difunda el conocimiento a través de los diferentes medios de comunicación disponibles, se desarrolle un programa de capacitación sistemático y permanente para mantener el tema en constante discusión, desarrollo de una estructura organizativa que le de seguimiento a las actividades, mejora del proceso de investigación para evaluar nuevas medidas a implementar y un sistema de monitoreo, evaluación y retroalimentación de resultados.

XI. IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO

TABLA N° 8. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Objetivo General	Desarrollar un Programa Piloto de Seguridad del Paciente en las Areas de Emergencia y Salas de Operaciones del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.				
Objetivo Estratégico	Estrategia	Actividad	Responsable	Plazo	Medición
Estimular una cultura de la seguridad del paciente y del error médico, aumentando la concientización de los profesionales en esta problemática.	Aprobación del Proyecto por Cuerpo Directivo	Presentación y Validación de Proyecto por Cuerpo Directivo	Equipo de Maestristas	Julio	Reunión realizada Acta de Reunión
	Coordinación con Comité de Calidad y Unidad de Capacitación Institucional (UCP)	Presentación de proyecto y coordinación de actividades	Equipo de Maestristas	Julio	Reunión realizada Acuerdos de Reunión
	Plan de Sensibilización y Capacitación al Personal de las Unidades Asistenciales (UCP)	Diseño de Plan de Capacitación	Maestristas UCP	Agosto	Plan de Capacitación
		Programación de Capacitaciones	Maestristas UCP	Agosto	Plan de Capacitaciones
		Ejecución de Capacitaciones	Maestristas UCP	Agosto y Septiembre	Listado de capacitaciones
Crear estructura organizativa que gestione el programa de seguridad del paciente en las unidades de atención medica	Estructuración de Equipos de Calidad de Unidades Asistenciales	Coordinación con Jefaturas de las Unidades Asistenciales	Maestristas Jefaturas	Septiembre	Reunión realizada Acuerdos de Reunión
		Estructuración de Equipos de Calidad en Unidades Asistenciales (ECA)	Maestristas Jefaturas	Septiembre	Equipos conformados
	Programación de Actividades de Seguimiento del Programa	Elaboración de Plan de Seguimiento	Maestristas y ECA	Septiembre	Plan elaborado
Implementar mecanismos de reporte de efectos adversos e incidentes	Implementación de Sistema de Notificación de Efectos Adversos e Incidentes	Desarrollo de Instrumento	Maestristas ECA	Septiembre	Instrumento elaborado
		Levantamiento de la línea de base	ECA	Noviembre	Resultados del sistema
		Tabulación y análisis de datos	ECA	Noviembre	Resultados de tabulación
Identificar, diseñar e implementar Medidas y Procedimientos de intervención en la	Implementación de Estrategias y Procedimientos sobre seguridad del paciente	Selección de acciones y procedimientos	Maestristas ECA	Septiembre	Acciones seleccionadas
		Diseño de Herramientas	Maestristas y ECA	Septiembre	Herramientas diseñada
		Socialización de	Maestristas y	Octubre	Reuniones de socialización

seguridad de pacientes		procedimientos y herramientas	UCP		
		Implantación de Procedimientos y Herramientas	ECA	Octubre	Resultados de la medición
Monitoreo y Evaluación de Resultados	Implantación de un Sistema de Monitoreo y evaluación	Plan de Monitoreo y Evaluación	Maestristas y ECA	Septiembre	Plan elaborado
		Medición de resultados de la implementación	ECA	Octubre, Noviembre y Diciembre	Resultados de la medición
		Estandarización de procedimientos	ECA	Enero	Procedimiento estandarizado

Se elaboro un cronograma que contiene las estrategias y actividades más importantes a desarrollar, fundamentadas en los hallazgos del diagrama de causa y efecto, así como en el enfoque sistémico de un programa de seguridad del paciente, y determinado además, por la evaluación particular de cada una de las medidas de seguridad de paciente y su necesidad de implementación.

XII. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

TABLA N° 9. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION

Estrategias	N°	Actividades a Implementar	Resultados
I Desarrollar una Estructura Organizativa para Seguridad del Paciente	1	Creación de comités locales responsable de monitorear los seguridad del paciente en el área	Se llevó a cabo la conformación de un equipo de seguridad del paciente en cada una de las dos áreas piloto, con el fin de poder llevar a cabo las diferentes actividades de capacitación y concienciación, además de garantizar la continuidad el proyecto. El equipo es multidisciplinario, formado por 5 profesionales.
	1	Capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente	Se han impartido 14 conferencias sobre el tema de seguridad del paciente, desde el cuerpo directivo, hasta personal médico, especialistas, enfermeras, residentes y personal administrativo, hay 258 personas capacitadas.
II Promover la Cultura de Seguridad	2	Elaboración de Revista de Seguridad del Paciente	Se elaboro la Revista de Seguridad del Paciente, en conjunto con estudiantes de la Universidad Tecnológica, estará siendo distribuida bimensualmente. Se pretende realizar un tiraje de 100 revistas, las cuales estarán disponibles en las áreas de atención directa. Inicialmente será de tipo virtual.
	3	Cartelera con Artículo Quincenal	Se ha iniciado, la colocación de un artículo sobre Seguridad del Paciente, se inicio mensualmente, pero la meta es cada 15 días.
	4	Guía de información a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente	Se elaboro una guía de información para padres sobre el tema de seguridad del paciente, esta será tipo folleto, y contiene la forma de participación del usuario, en su propia seguridad.
III Desarrollo de Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente	1	Elaboración de sistema de notificación de efectos adversos e incidentes	Se elaboro esquema general del Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos, se pretende hacerlo a través de un programa informático, a ser utilizado en cada unidad de trabajo.
	2	Auditorias de verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área	Los equipos discutieron el proceso de verificación por áreas, pero han pedido una capacitación más completa sobre la forma de verificación, está pendiente elaborar el instrumento de evaluación de riesgos.
	1	Estrategias de mejora en el manejo de medicamentos	Pendiente de implementar: ▪ Calculo de Dosis ○ Formulas Medicas en escritorio ○ Calculadora en escritorio ▪ Listado de Medicamentos y dosis ▪ Protocolos de Usos de Medicamentos principales ○ Analgesia ○ Antibioticoterapia
	2	Estandarizar los procesos esenciales y procedimientos	Se Selecciono y programo la estandarización de los siguientes procedimientos:

IV Implementación de Medidas para la Seguridad del Paciente		relacionados directamente con el paciente	▪ Procedimientos Quirúrgicos ▪ Transfusión Sanguínea Normal ▪ Paciente con Pérdida Sanguínea Severa ▪ Movilización y Traslado de Pacientes ▪ Control de Equipo
	3	Plan de control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención	Se discutió la necesidad del Plan de control de los equipos con el departamento de mantenimiento, solicitaron profundizar en el tema.
	4	Sistema de identificación inequívoca de pacientes	Se discutió normativa de Identificación inequívoca de paciente, pendiente de aprobación.
	5	Sistemas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención	Se elaboro Listas de Verificación: ▪ Recepción de Paciente (Doble Cotejo: Servicios / SOP) ▪ Lista de Verificación Quirúrgica (OMS) ▪ Control de Seguridad Anestésica ▪ Recuperación y Entrega de Pacientes (SOP/Servicios) ▪ Cumplimiento de Medicamentos (5 Correctos)
	6	Sistema de categorización de riesgos de los pacientes	Promoción del Sistema ASA y TISS para categorización de pacientes según riesgo.
	7	Normativa de movilización de pacientes	Pendiente de elaboración
	8	Programa de control de infecciones nosocomiales.	▪ Control de Infecciones Nosocomiales a través de campañas de Lavado de manos. ▪ Elaboración de artículos de campaña ▪ Corresponsabilidad del paciente en verificación del lavado manos.
	9	Estrategias de comunicación interna para la atención del paciente crítico	▪ Normativa PALS voz de mando en el manejo del paciente crítico ▪ Repetición verbal de indicación, al cumplir medicación a paciente crítico.
	10	Normativa de manejo de expediente clínico	▪ Indicación de Control en el Uso de Abreviaturas ▪ Normativa para Hoja de Indicaciones
V Desarrollo de un Sistema de Monitoreo, Retroalimentación de la Seguridad del Paciente	1	Elaboración de Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente	Se han establecido los estándares e indicadores principales.
	2	Se Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	Programado para etapa posterior.
	3	Diseño de Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos e incidentes	Se elaboro Proceso de Revisión y Análisis de Causalidad de Casos para ser utilizado por Comité de morbilidad y Divisiones Asistenciales.
	4	Presentación de Resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	Pendiente retroalimentación de resultados.

TABLA N° 10. EVALUACIÓN FINAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ÁREAS DE EMERGENCIA Y SALAS DE OPERACIONES DEL HNNBB

IDENTIFICACION DEL AREAS		
AREAS DE ATENCION	Departamento de Emergencia	Salas de Operaciones
FECHAS DE EVALUACION	Enero 2010	Enero 2010
PROFESIONALES ENTREVISTADOS	28 Profesionales	22 Profesionales
PROCESOS ESENCIALES DE ATENCION	Proceso de Selección de Pacientes	Proceso de Recepción
	Procesos de Consulta	Proceso Pre Anestesia
	Procesos de Observación	P. Intervención Quirúrgica
	Proceso de Atención en Máxima Urgencia	P. de Recuperación
	Proceso de Atención en sala de Operaciones	Procesos de Traslado / Alta

Se realiza la segunda evaluación de las 21 medidas de seguridad básicas en las mismas áreas pilotos, en un periodo promedio de 3 meses posteriores a la evaluación inicial. La evaluación en este caso es realizada siempre al personal multidisciplinario de las áreas piloto, aunque el número de personas entrevistadas fue levemente menor. La preguntas son las mismas.

TABLA N° 11. RESULTADOS DE 2 EVALUACION DE EMERGENCIA

Segmento Evaluado	N°	Medidas de Seguridad del Paciente	Si						No	
			1		2		3			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I Estructura Organizativa	1	Existe un comité o equipo activo responsable de monitorear los seguridad del paciente en el área?	6		20		2	0	0	0
	2	Existe un plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente?	0	0	24		4		0	0
II Cultura de Seguridad	3	Existe revista, cartelera, videos, folletos u otro medio comunicación interna utilizado periódicamente para proporcionar información sobre el tema ¿	0	0	6		22		0	0
	4	Se le proporciona información a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente?	8		20		0		0	
III Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente	5	Existe un sistema de notificación de efectos adversos e incidentes ¿	22		6		0		0	
	6	Existe verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área ¿	24		4		0		0	
IV Medidas para la Seguridad del Paciente	7	Existen estrategias para disminuir los riesgos de medicación en pacientes?	4		24		0		0	
	8	Tienen estandarizados los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente?	8		20		0		0	
	9	Hay control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención?	3		23		2		0	
	10	Existe un sistema de identificación inequívoca de pacientes?	0		2		26		0	
	11	Se han establecido sistemas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención?	0		8		20		0	
	12	Existe un sistema de categorización de riesgos de los pacientes?	4		24		0		0	
	13	Hay normativa de movilización de pacientes	2		24		0		0	
	14	Hay programa de control de infecciones nosocomiales	6		22		0		0	
	15	Existe normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico?	20		0		0		8	
	16	Se cuenta con normativa de manejo de expediente clínico?	22		2		0		4	
	17	Se tiene protocolos de manejo de medicamentos	4		22		0		2	
V Monitoreo, Retroalimentación	18	Se tienen Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente?	23	0	5	0	0	0		0
	19	Se Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	28	0	0	0	0	0	0	0
	20	Hay revisión y Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos e incidentes?	28		0		0		0	
	21	Existe presentación de Resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	28	0	0	0	0	0	0	0

Esta segunda evaluación del área, reporta una mejoría marcada, en la medida que se han desarrollado actividades específicas para cada uno de las medidas de seguridad evaluadas en la unidad de emergencia.

TABLA N° 12. RESULTADOS DE 2 EVALUACION SALAS DE OPERACIONES

Segmento Evaluado	N°	Medidas de Seguridad del Paciente	Si						No	
			1		2		3			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I Estructura Organizativa que promueva la Seguridad del Paciente	1	Existe un comité o equipo activo responsable de monitorear los seguridad del paciente en el área?	0	0	22		0	0	0	0
	2	Existe un plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente?	0	0	20	0	2	0	0	0
II Cultura de Seguridad del Paciente	3	Existe revista, cartelera, videos, folletos u otro medio comunicación interna utilizado periódicamente para proporcionar información sobre el tema ¿	0	0	6	0	16	0	0	0
	4	Se le proporciona información a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente?	10		12	0	0	0	0	0
III Sistemas de Evaluación de Seguridad del Paciente	5	Existe un sistema de notificación de efectos adversos e incidentes ¿	8		14		0		0	
	6	Existe verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área ¿	4		18		0		0	
IV Medidas para la Seguridad del Paciente	7	Existen estrategias para disminuir los riesgos de medicación en pacientes?	10		12		0		0	
	8	Tienen estandarizados los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente?	12		10		0		0	
	9	Hay control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención?	2		10		10		0	
	10	Existe un sistema de identificación inequívoca de pacientes?	0		10		12		0	
	11	Se han establecido sistemas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención?	0		4		18		0	
	12	Existe un sistema de categorización de riesgos de los pacientes?	10		12		0		0	
	13	Hay normativa de movilización de pacientes	4		18		0		0	
	14	Hay programa de control de infecciones nosocomiales	8		10		4		0	
	15	Existe normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico?	11		9		2		0	
	16	Se cuenta con normativa de manejo de expediente clínico?	12		10		0		0	
V Monitoreo, Evaluación y Retroalimentación de Seguridad del Paciente	17	Se tiene protocolos de manejo de medicamentos	7		9		6		0	
	18	Se tienen Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente?	2	0	17	0	3	0		
	19	Se Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	0	0	20	0	2	0		
	20	Hay revisión y Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos e incidentes?	4		18		0		0	
	21	Existe presentación de Resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	12	0	10	0	0	0	0	0

Esta segunda evaluación en sala de operaciones, al igual que lo reportado por la unidad de emergencia, denota un avance significativo en la implementación de las medidas de seguridad del paciente..

TABLA N° 13. CONSOLIDADOS EVALUACION FINAL.

N°	Preguntas Trazadoras	Nivel 0 Medidas No Implementada	Nivel 1 Diseño sin Implementación de las Medidas	Nivel 2 Implementación Parcial de las Medidas	Nivel 3 Implementación Completa de las Medidas
1	Comité o equipo activo responsable de monitorear la seguridad del paciente.	0	10.5	85.5	3.5
2	Plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente	0	0	88.5	11.5
3	Medios de Comunicación interna que informen periódicamente sobre el tema	0	0	24	76
4	Proporcionar información en forma sistemática a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente	0	37	63	0
5	Sistema de notificación de efectos adversos e incidentes	0	57.5	42.5	0
6	Plan de verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área	0	52	48	0
7	Medidas para disminuir los riesgos de medicación en pacientes	0	29.5	70.5	0
8	Estandarización de los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente	0	42	58	0
9	Plan de control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención	0	10	63.5	26
10	Sistema de identificación inequívoca de pacientes	0	0	26	74
11	Medidas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención	0	0	23.5	76.5
12	Sistema de categorización de riesgos de los pacientes	0	29.5	70.5	0
13	Normativa de movilización de pacientes	0	16	84	0
14	Programa de control de infecciones nosocomiales	0	28.5	62	9
15	Normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico	14.5	60.5	20.5	4.5
16	Normativa de manejo de expediente clínico	7	67	26	0
17	Protocolos de manejo de medicamentos	3.5	23	60	13.5
18	Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente	0	45.5	47.5	7
19	Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	0	50	45.5	4.5
20	Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos o incidentes	0	57	43	0
21	Retroalimentación de resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	0	77.5	22.5	0
	TOTAL	25	693	1074.5	306
	PROMEDIO	1.19%	33%	51%	15%

Se logra apreciar claramente en los datos, que existen medidas puntuales que han tenido un avance significativo en los resultados, hay un desplazamiento hacia la derecha de los logros.

TABLA N° 14. DETERMINACIÓN FINAL DEL CONTEXTO ACTUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, BASADO EN EL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Contexto	Contexto No Favorable	Contexto No Favorable	Contexto Favorable	Contexto Favorable
Nivel de Implementación de las Medidas de Seguridad del Paciente	Nivel 0 Medidas No Implementadas	Nivel 1 Diseño sin Implementación de las Medidas	Nivel 2 Implementación Parcial de las Medidas	Nivel 3 Implementación Completa de las Medidas
Promedio Porcentual	1%	33%	51%	15%
Sumatoria	34%		66%	

Se observa una mejora significativa, al haber desarrollado e implementadas medidas puntuales de seguridad del paciente. Existe un 66% de contexto favorable para la seguridad.

CUADRO COMPARATIVO DE CONTEXTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Contexto	Contexto No Favorable	Contexto No Favorable	Contexto Favorable	Contexto Favorable
Nivel de Implementación de las Medidas de Seguridad del Paciente	Nivel 0 Medidas No Implementadas	Nivel 1 Diseño sin Implementación de las Medidas	Nivel 2 Implementación Parcial de las Medidas	Nivel 3 Implementación Completa de las Medidas
Primera Evaluación	47.45%	38.16%	14.16%	0.14%
	85.61%		28.3%	
Segunda Evaluación	1%	33%	51%	15%
	34%		66%	

Al observar los resultados en el tiempo, y comparar el contexto de seguridad entre ambas evaluaciones, observamos una clara tendencia de mejora. Los datos demuestran que el nivel 0, es decir ningún nivel de implementación, paso de un 47% a un 1%, convirtiéndose en el mayor logro. Luego el nivel 1, solo diseño de medidas, tuvo una disminución leve. Por el

contrario el nivel 2, tuvo el máximo incremento de un 16% a un 51% y finalmente el nivel 3, paso de 0.14% a un no despreciable 15%. Al realizar las sumatorias de los contextos, apreciamos, que el contexto no favorable, disminuyo de un 85% a un 34%, por el contrario el contexto favorable se incremento considerablemente de 28% a un 66%.

En conclusión, se ha avanzado con acciones puntuales de mejora, pero aun se requiere mover mucho más los datos hacia la derecha, es decir a una mayor implementación de las medidas, pero de forma completa, sistemática y sostenible en el tiempo.

GRAFICO N° 4. CONSOLIDADO ENCUESTAS LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN

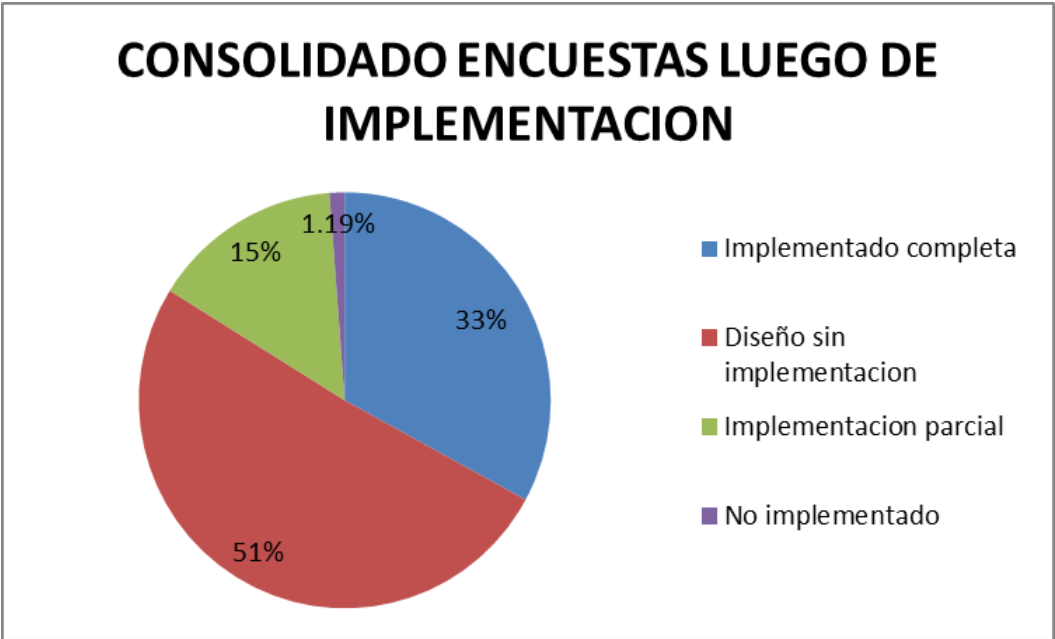


GRAFICO N° 5 CONSOLIDADO DE RESULTADOS. EVALUACION DE CONTEXTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

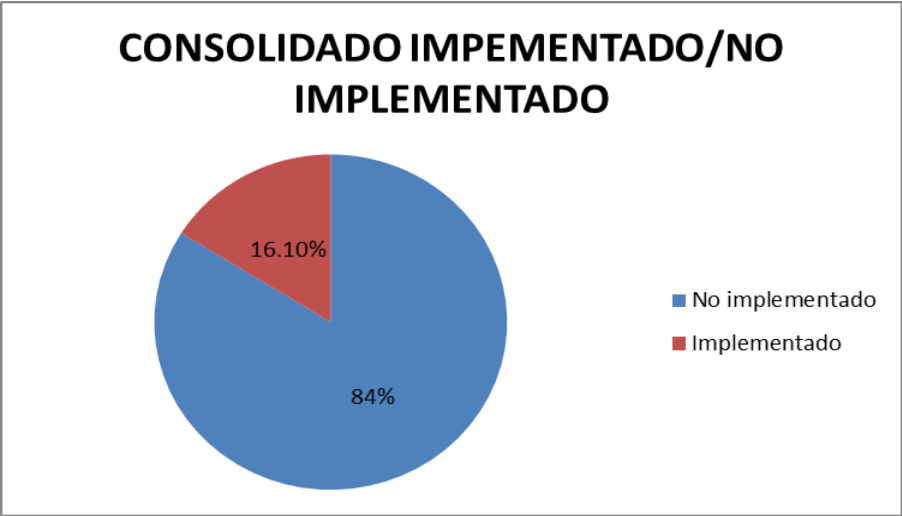
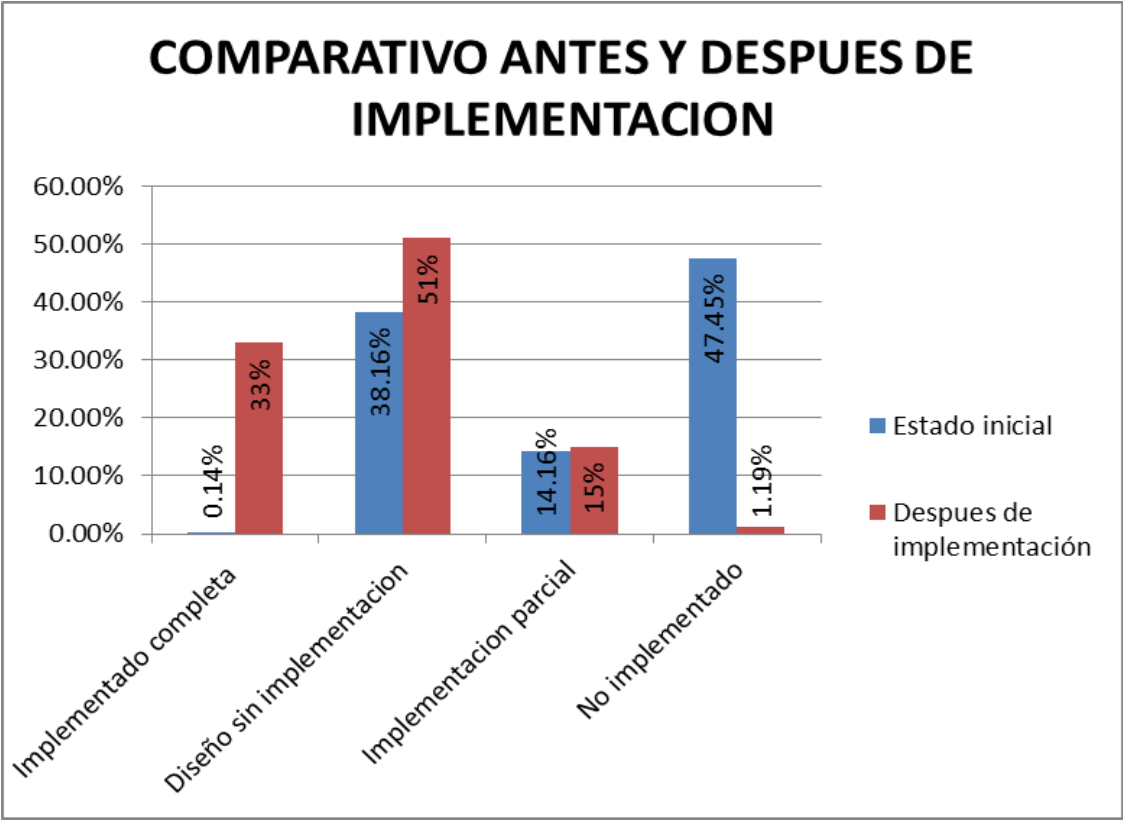


GRAFICO N° 6. COMPARATIVO DE ANTES Y DESPUES D ELA IMPLEMENTACION



En el gráfico N° 6 se puede apreciar de manera clara el impacto causado por la implementación del programa piloto de seguridad del paciente, pues la implementación de las medidas paso del estado “No Implementado” correspondiente a un 47.45% en el estado inicial; a un 1.19% después de la implementación; por otra parte hay un incremento del 14% al 51% en el nivel de evidencia, y de 0.14% al 15% en el nivel 3, de esta manera queda demostrado que es posible implementar mejoras en la seguridad del paciente en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

TABLA N° 15. RESUMEN DE MEDIDAS IMPLEMENTADAS VS MEDIDAS PENDIENTES

N°	MEDIDA DE SEGURIDAD	ESTADO
1	Comité o equipo activo responsable de monitorear la seguridad del paciente	REALIZADO
2	Plan de capacitación del personal sobre el tema de seguridad del paciente	REALIZADO
3	Medios de Comunicación interna que informen periódicamente sobre el tema	REALIZADO
4	Proporcionar información en forma sistemática a los pacientes y/o familiares sobre el tema de seguridad del paciente	REALIZADO
5	Sistema de notificación de efectos adversos e incidentes	EN PROCESO
6	Plan de verificación directa de riesgos de la seguridad de los procesos de atención en el área	EN PROCESO
7	Medidas para disminuir los riesgos de medicación en pacientes	REALIZADO
8	Estandarización de los procesos esenciales y procedimientos relacionados directamente con el paciente	PENDIENTE
9	Plan de control de la seguridad de los equipos e insumos para la atención	EN PROCESO
10	Sistema de identificación inequívoca de paciente	REALIZADO
11	Medidas de verificación (listas de verificación) de seguridad en los procesos de atención	REALIZADO
12	Sistema de categorización de riesgos de los pacientes	REALIZADO
13	Normativa de movilización de pacientes	
14	Programa de control de infecciones nosocomiales	REALIZADO
15	Normativa de comunicación interna para la atención del paciente crítico	REALIZADO
16	Normativa de manejo de expediente clínico protocolos de manejo de medicamentos	REALIZADO
17	Protocolos de manejo de medicamentos	REALIZADO
18	Estándares e indicadores de Medición de la Seguridad del Paciente	EN PROCESO
19	Evalúa periódicamente el Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos	PENDIENTE
20	Revisión y Análisis de Casos con Efectos Adversos o incidentes	EN PROCESO
21	Retroalimentación de resultados a Personal, Jefaturas y Cuerpo Directivo	EN PROCESO

Lo Pendiente de Realizar

Existen aun una serie de medidas que aun necesitan ser completadas, principalmente las relacionadas con el sistema de notificación de efectos adversos e incidentes, el monitoreo y evaluación de riesgos directamente en las áreas, la estandarización de procesos y procedimientos, estándares e indicadores, la mayoría de estas medidas requieren un mayor

involucramiento del personal de las áreas, a pesar de la buena voluntad mostrada, se requiere una mayor inversión de tiempo en este proyecto. Además de alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones interesadas en este proyecto, como la Defensoría del Consumidor y la OPS, con quienes se han tenido algunas pláticas para financiar la continuidad del proyecto.

Consideramos que existe un avance importante en la implementación del programa, hemos completado 2 fases, pero esperaríamos tener por lo menos 2 fases más, una de complemento de los logros y otra para consolidarlos.

Consideramos que se requiere por lo menos 6 meses más para consolidar las medidas implementadas, y un año para implementar completamente el programa

Lo Realizado

En la Tabla 9. Resultados de la implementación, se muestran las medidas implantadas, en los anexos del proyecto, mostramos evidencias de las medidas desarrolladas, material elaborado, planes, procedimientos etc.

Cuáles son los logros más tangibles del proyecto actual:

- El hablar por primera vez del tema con el personal del hospital.
- Sensibilización de la Dirección y Cuerpo Directivo
- Capacitación al 80% del personal de las áreas piloto, se capacito adicionalmente a otro personal fuera de las unidades en cuestión.
- Tenemos solicitudes de varios hospitales estatales y privados para capacitar sobre el tema.
- Desarrollo de Revista Virtual para Seguridad del Paciente, en este formato es fácil extender los usuarios, para todo el personal del hospital, e incluso para el mismo Sistema de Salud.
- Elaboración de artículos para cartelera y Folleteria para Padres
- Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos
- Se ha planificado iniciar la estandarización de procedimientos por parte de los equipos de seguridad del paciente.
- Sistema de Identificación Inequívoca de paciente.

XIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. La seguridad es un atributo de la calidad por tanto había que plantearlo desde la mejora de la calidad.
2. El tema de seguridad del paciente, es vital en una institución de salud.
3. La Seguridad del Paciente, es un enfoque nuevo para un problema viejo.
4. Se requiere la sensibilización previa del personal de salud, para poder desarrollar un sistema de notificación de incidentes y efectos adversos.
5. Persiste en los ámbitos hospitalarios la cultura de la penalización de las personas, sin enfocarse a la búsqueda de las causas.
6. Es importante la participación de los pacientes y sus familiares en el desarrollo de estrategias de seguridad del paciente.
7. No se utiliza actualmente ninguna metodología de abordaje a problemas en el análisis de casos con efectos adversos.
8. Es necesario tener una estructura que implante y desarrolle la gestión de riesgos.

Recomendaciones

1. El hospital debe incorporar la Gestión de Riesgos a su Sistema de Gestión.
1. Es necesario fomentar la cultura de la información y la formación de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.
2. Se requiere desarrollar alianzas con nuevas organizaciones e instituciones interesadas en el tema.
3. Se requiere introducir de forma progresiva un Sistema de Notificación de Incidentes y Efectos Adversos de forma anónima, y en formato digital para que los usuarios puedan realizar estas notificaciones de forma más rápida y sin complicaciones.
4. Es necesario desarrollar un sistema de monitoreo, evaluación y retroalimentación de la seguridad del paciente, a partir del cual deberán surgir nuevas oportunidades , herramientas y metodologías de mejora.
5. Desarrollar un Cuadro de Mandos en Seguridad del Paciente
6. Implicar a los Líderes de la Organización

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- XV.** Política de seguridad del paciente del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- XVI.** Aguiló J, Peiró S, García del Caño J, Muñoz C, Garay M, Viciano V. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 185-192.
- XVII.** Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. Int J Qual Health Care 2005; 17: 95-105.
- XVIII.** AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, -30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>
- XIX.** AHRQ Quality Indicators—Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub 03-R203.
- XX.** AHRQ Quality Indicators-Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 4 (December 22, 2004). AHRQ Pub 02-O204.
- XXI.** AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revision 4. (November 24, 2004). AHRQ Pub 02-R0203.
- XXII.** Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170(11): 1678-86.

XV. ANEXOS