

# HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO

## PRÁCTICA SEGURA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

HEP-G-GC-PS-2022-011

Gestión de Calidad de los Servicios de Salud

Fecha de Elaboración: 22/02/2022



	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO:</b> HEP-G-GC-PS-2022-011
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 2 DE 21</b>

<b>DOCUMENTO:</b>  <b>NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		<b>Código:</b> HEP-G-GC-PS- 2022-011	<b>Fecha de Vigencia:</b>  23/02/2022
		<b>Versión: 002</b>	<b>No. 2 de 24 hojas</b>
<b>ELABORADO POR:</b>	Dr. Carlos Delgado Gorozabel <b>ANALISTA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>		
<b>REVISADO POR:</b>	Dr. Diego Villavicencio Cerón <b>DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL</b>		
<b>REVISADO POR:</b>	Dra. Ingrid Toapanta Rea <b>COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>		
<b>VALIDADO POR:</b>	Dra. Irene Sornoza Briones <b>RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>		
<b>APROBADO POR:</b>	Dr. Byron Pacheco Mendoza <b>GERENTE DEL HOSPITAL ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>		
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>			
<b>APROBADO POR:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN</b>
Dr. Byron Pacheco M. <b>GERENTE DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	002	22/02/2022	Actualización de términos e implementación de anexos para el manejo de la practica segura.

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 3 DE 21</b>

## ÍNDICE

<b>Nº</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>0.</b>	<b>ÍNDICE</b>	<b>3</b>
<b>1.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>5</b>
<b>5.</b>	<b>ALCANCE</b>	<b>5</b>
<b>6.</b>	<b>DEFINICIONES</b>	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>6</b>
<b>8.</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>17</b>
<b>9.</b>	<b>SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN</b>	<b>18</b>
<b>10.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>19</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>21</b>

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 4 DE 21</b>

## 1. JUSTIFICACIÓN

Versión 002 para la implementación de la práctica segura en el Hospital de Especialidades Portoviejo

## 2. INTRODUCCIÓN

Toda asistencia sanitaria en sí misma implica un riesgo para el paciente. Los errores pueden estar originados por equivocaciones humanas o por fallos del sistema. En un centro sanitario, por mucho cuidado que se lleve, se pueden producir errores de medicación, diagnósticos erróneos, muertes en quirófano, equivocaciones por una caligrafía poco clara en la prescripción, la confusión entre dos fármacos con denominación similar, equivocaciones en la vía de administración, infecciones indeseadas. La mayoría de estos eventos son subsanables dentro del centro sanitario y pasan desapercibidos para la opinión pública, pero en ocasiones por su gravedad (causan la muerte, la incapacidad de un paciente o generan gran alarma social)

Es por eso que aprender de los errores impulsando el desarrollo de sistemas de notificación y registro de eventos adversos (con y sin daño) fue uno de los programas iniciales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente es un objetivo prioritario en la mejora de la calidad de los sistemas sanitarios, lo que ha llevado a la búsqueda de herramientas que permitan mejorar el conocimiento del origen de sucesos adversos(1)

Una de estas herramientas es el sistema de notificación de incidentes que tienen una finalidad de aprendizaje para los profesionales a la vez que permite reforzar el sistema para que, siendo más seguro, impida el error de los profesionales. A partir de los incidentes notificados, produzcan o no daño, podemos extraer la información de dónde, cómo y por qué ocurrió el evento para poder poner las medidas necesarias para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir. Además, como quien detecta

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 5 DE 21</b>

el error/fallo ocurrido es el profesional que está en la primera línea de actuación, puede iniciar la cadena de medidas para la finalidad indicada de fortalecimiento del sistema.

Los sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos están destinados a conocer los problemas más frecuentes y aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse. Su importancia radica en que estudian tanto EA con daño, como sin daño. No pretenden hacer una estimación de la frecuencia de los EA, sino que son una forma de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un EA.

En conclusión, el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente se postula como una de las herramientas más efectivas para la identificación, clasificación y análisis de errores y para la implementación y seguimiento de acciones correctoras prácticas seguras y finalmente creación de un banco de prácticas y recomendaciones seguras.

El presente documento se crea como necesidad de estandarizar y documentar el modo de notificación de eventos adversos, orientados a proteger la integridad de nuestros pacientes durante el proceso de la atención brindada, haciendo realidad de esta manera la política de seguridad adoptada. Fundamentándose en la identificación oportuna de los riesgos inherentes a la atención y aquellos que surgen como producto de las intervenciones realizadas.

### 3. OBJETIVO GENERAL

- Establecer un sistema de notificación de eventos adversos, eventos centinela, y cuasi accidentes, incluyendo un seguimiento adecuado.

### 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir que son los eventos adversos, eventos centinela, y cuasi accidentes.
- Socializar y capacitar sobre la política para notificar de eventos adversos.
- Definir la metodología para la investigación y el seguimiento del evento adverso.
- Generar acciones correctivas, preventivas y/o de mejora tendientes a disminuir la

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 6 DE 21</b>

incidencia de eventos adversos.

- Aprender del evento, prevenir las recurrencias y fortalecer la cultura de seguridad.

## 5. ALCANCE

Este Práctica segura es de aplicación obligatoria para todos los empleados y trabajadores del Hospital de Especialidades Portoviejo.

## 6. DEFINICIONES

**Atención segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo con el proceso de atención.

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

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

**Error:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

**Evento adverso:** Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

**Evento adverso centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011
	HABILITANTE DE ASESORÍA	22/FEBRERO/2022
	GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PÁGINA 7 DE 21

que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida

**Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

**Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

**Falla activa:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

**Falla latente:** Fallas en los sistemas de soporte

**Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Práctica segura (PS):** Es una práctica esencial que las organizaciones deben implementar para mejorar la seguridad del paciente/cliente y minimizar los riesgos. Este documento se llama Práctica segura 001: Notificación de Eventos Adversos.

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 8 DE 21</b>

riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

## 7. PROCEDIMIENTO

### CAUSALIDAD Y OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido (2).

Estos “agujeros en el queso” pueden ser de dos tipos: fallas activas, que son los cometidos por personas en contacto directo con el sistema, y las fallas latentes, que son problemas residentes en el sistema (generalmente ocultos), propios de su diseño. A esto se pueden sumar factores contributivos que facilitan que las fallas se produzcan. “Una falla en uno de los procesos puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó” (2).

### CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

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

**Voluntario:** las personas que notifican lo hacen por espontánea voluntad y no por obligación o deber, incentivando así a crear una cultura de reporte.

**Confidencial:** la identificación del paciente, del notificador y de la institución no debe ser revelada a personas ajenas al proceso de gestión de la Seguridad del Paciente, a excepción de los autorizados por

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 9 DE 21</b>

la Ley.

Independiente: la notificación de eventos y/o eventos adversos es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización y/o al notificante.

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

Análisis a tiempo: los informes son analizados de manera urgente y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas y pertinentes, especialmente cuando haya riesgos graves.

Orientación sistémica: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema y a la/as persona/as que intervinieron en el proceso que causó el evento adverso.

Capacidad de respuesta: la notificación se realizará para todos los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas, independientemente de su tipología y gravedad. La gravedad del evento en su mayoría determinará la dificultad de notificación, siendo en los casos graves en los que la orientación no punitiva, la voluntariedad y el anonimato juegan un papel destacado para que el establecimiento o el profesional a comunicar lo haga con mayor confianza.

#### RELACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD QUE PUEDEN CAUSAR EVENTOS

Los eventos para reportar responden a las siguientes categorías generales de acuerdo a su causa raíz. (Adaptación para uso en Ecuador de la propuesta en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1-Informe técnico definitivo enero de 2009 de Organización Mundial de la Salud (5)

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 10 DE 21</b>

- Eventos relacionados con procesos asistenciales clínicos.
- Eventos relacionados con procesos asistenciales quirúrgicos.
- Eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Eventos relacionados con caídas del paciente.
- Eventos relacionados con accidentes del paciente.
- Eventos relacionados con los medicamentos.
- Eventos relacionados con la dieta - alimentación.
- Eventos relacionados con el laboratorio clínico, microbiológico o patológico.
- Eventos relacionados con información de la Historia Clínica.
- Eventos relacionados con los dispositivos médicos.
- Eventos relacionados con Infraestructura/Instalaciones.
- Eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados.
- Eventos relacionados a gestión de los recursos o con la gestión organizacional (talento humano, documentación, políticas, carga de trabajo, disponibilidad de guías etc.)

Los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas serán detectados en:

- Ejecución de procesos de salud de atención.
- Ejecución de procesos de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico.

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 11 DE 21</b>

- Historia clínica.
- Perfil o historia farmacoterapéutico/a.
- Registro de devolución de medicamentos.
- Registro de devolución de dispositivos médicos.
- Actividades donde no se utilice la historia clínica.
- Atenciones administrativas.
- Ejecución de procesos de apoyo (por ejemplo, tecnología, talento humano, financiero, entre otros).
- Quejas y sugerencias dadas por los usuarios.
- Auditorías de la calidad de la historia clínica.
- Auditorías programadas de la calidad de la atención en salud.

Captación por inspección directa durante la auditoría concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.

#### SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DEL EVENTO

Los eventos para notificar son de tres tipos:

- cuasi eventos
- eventos adversos

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 12 DE 21</b>

- eventos centinela

La notificación de estos eventos, cumplirán dos funciones:

- Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención de salud.
- Complementar la mejora continua de la seguridad del paciente.

#### PERSONAS QUE DOCUMENTAN

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

#### MÉTODO DE NOTIFICACIÓN

- El evento será comunicado al personal del servicio de turno en forma verbal o escrita (formato papel o electrónico), quien registrará los datos en el Formulario Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente (Anexo 1: Formularios SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016 HEP) y notificará al líder del servicio de turno.

La/el Líder, Coordinador del servicio o su delegado asignado es el responsable de revisar los formularios los mismos que deben ser legibles, precisos y completos, valida la información, realiza la gestión del evento (conforma equipo de mejoramiento de la calidad, aplica metodología, elabora y ejecuta plan de acción), luego notifica al responsable designado por el establecimiento. Finalmente, el responsable del establecimiento es responsable de consolidar toda la información del establecimiento y entregar los resultados a las entidades correspondientes. (ver Anexo 3: Flujograma del proceso)

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 13 DE 21</b>

## SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO

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

En un principio, de ser esto posible y necesario, se puede contactar con quien ha realizado la notificación para obtener más información sobre el evento. El análisis lo realizará el personal designado por el establecimiento. El tiempo de respuesta es rápido lo que permitirá realizar numerosas alertas de riesgos para evitar la ocurrencia de un nuevo evento en el servicio ó establecimiento por la misma causa, especialmente en eventos centinela.

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

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

## DIFUSIÓN Y APRENDIZAJE DEL EVENTO

El tipo de información que se transmite es variado, pero puede resumirse en los siguientes puntos:

- Elaboración y difusión de informes trimestrales, semestrales o anuales por el establecimiento

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 14 DE 21</b>

notificador. Estos informes pueden desagregarse por tipo de eventos y categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación.

- Elaboración de alertas que permiten la difusión al máximo número de trabajadores de aquellas recomendaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial y mayor relevancia.

Los esfuerzos que se hacen en educación del personal tienen que verse reflejados en una disminución real de los eventos adversos o en la no repetición de los ya producidos y analizados. Para esto se hace necesario que la institución defina claramente las normas y los procesos, y haga su despliegue a cada unidad, servicio o área de trabajo, de tal manera que quede claro para todas las personas que los procesos y estándares fueron definidos.

**ACCIONES DE MEJORA GENERALES PARA EL ESTABLECIMIENTO, EQUIPO DE SALUD, PACIENTE Y FAMILIA ANTE LA OCURRENCIA DE UN EVENTO ADVERSO.**

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

- Socialización del evento adverso al personal de salud en todos los servicios, guardando la confidencialidad de datos del paciente y del notificador.
- Diseño e implementación de nuevas prácticas seguras, en caso de requerirse.
- Revisión, socialización de protocolos, procedimientos y/o guías clínicas relacionadas con el evento.
- Campañas de sensibilización al equipo de salud y establecimiento en general.
- Circulares informativas recordando la adherencia y cumplimiento a normas, procedimientos,

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 15 DE 21</b>

protocolos y/o guías clínicas.

- Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.
- Acompañamiento al establecimiento, profesional y/o equipo de salud involucrado, con mayor énfasis si el evento adverso es centinela.

En caso de eventos adversos repetitivos donde se encuentra involucrado el factor humano por el mismo personal de salud se tomarán las acciones que correspondan en la evaluación de desempeño institucional.

Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

#### COMUNICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Una vez efectuada la revisión del caso con los profesionales y equipo de salud, se define la necesidad de comunicar el evento adverso al paciente y su familia, para lo cual debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Establezca con el paciente y/o su familia una comunicación asertiva y efectiva, esta práctica le ofrece al paciente seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a los derechos de los pacientes.
2. Utilice lenguaje común: recordemos que estamos hablando con pacientes, ellos usualmente no entienden términos médicos.
3. Exprese compasión por el sufrimiento ajeno: decir “siento mucho lo que ustedes están sintiendo” no es lo mismo que decir “fue mi culpa”.

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 16 DE 21</b>

4. Siempre de una explicación sobre lo que pasó y por qué pasó. Su silencio puede ser interpretado por el paciente y/o su familia como una falta de compasión con su dolor.
5. Recuerde que decir lo siento no significa que usted esté aceptando culpabilidad.
6. Diferentes estudios han mostrado que para los pacientes es muy importante asegurarse de que el error sucedido con ellos no volverá a pasar, por lo tanto confírmeles que la institución tomará acciones en este sentido.
7. Brinde información sobre las opciones terapéuticas para el tratamiento oportuno y efectivo de las consecuencias del evento adverso sucedido.
8. Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.

Importante: por ningún motivo prometa lo que no puede cumplir ni se comprometa con información sobre indemnización o conciliación financiera. Permita que esto sea realizado por las autoridades competentes en el marco de sus atribuciones y responsabilidades.

## 8. RESPONSABLES

### Dirección del hospital

- Aprobación del plan de acción
- Difusión del evento y su solución

### Responsable de Gestión de Calidad

- Difundir y capacitar sobre la Práctica segura: Notificación de eventos adversos
- Ejecuta las actividades de seguimiento

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 17 DE 21</b>

- Respetar y hacer respetar los plazos de cumplimiento
- Verifica la efectividad de la solución
- Informar los resultados al Comité de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud Hospitalario

#### **Comité de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud Hospitalario**

- Recepción del formulario SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016 HEP
- Obtención y organización de información
- Precisar la cronología del incidente.
- Identificar las acciones inseguras vinculadas con el evento investigado
- Identificar los factores contributivos.
- Recomendaciones y plan de acción.
- Entrega de formularios a la Dirección para su conocimiento y aprobación

#### **Responsables de servicios**

- Identifica, clasifica y corrige el evento
- Llenado del Formulario SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016 HEP
- Entrega mensual del Formulario del evento al Comité de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud Hospitalario.

#### **Personal del hospital en servicio**

- Verificación del incidente y recoge datos necesarios
- Información al responsable del servicio
- Llena y entrega inmediatamente al responsable del Servicio el Formulario SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016 HEP

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 18 DE 21</b>

## 9. SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN

El seguimiento continuo es de suma importancia para poner en evidencia el conocimiento y la cultura adquirida por el personal sanitario en la asistencia médica, así podemos determinar que las intervenciones han sido eficaces para mejorar el nivel de educación en seguridad al paciente, logrando reducir al máximo los eventos negativos al ejercicio profesional. Además, podemos contar con el apoyo de actividades educativas para personal sanitario, entre las cuales tenemos:

- **Sesiones breves de seguridad, planificaciones y capacitaciones**

El líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc. para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.

- **Uso de folletos, encuestas, protocolos y métodos**

Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) Resolución WHA55.18 [Consultado: 24 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. Quito 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

	<b>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO</b>	<b>CÓDIGO: HEP-G-GC-PS-2022-011</b>
	<b>HABILITANTE DE ASESORÍA</b>	<b>22/FEBRERO/2022</b>
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>PÁGINA 19 DE 21</b>

3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Forjemos el futuro. Ginebra. 2003. [Consultado: 24 de agosto de 2018]. Disponible en:  
[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)
4. Accreditation Canada International. Prácticas organizacionales requeridas 2016. Notificación de eventos adversos. P.[08] [Consultado: 24 de agosto de 2018]. Disponible en:  
[https://www.qmentuminternational.org/LAPPortal/Login\\_ACCQM.aspx](https://www.qmentuminternational.org/LAPPortal/Login_ACCQM.aspx)
5. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009 (Versión 1.1). [Consultado: 24 de agosto de 2018]. Disponible en:  
[www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)



