

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN
EPIDEMIOLOGÍA**

**PROPUESTA DE UN MODELO PARA LA VIGILANCIA
DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD
EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
SALUD PÚBLICA EN EPIDEMIOLOGÍA**

ASUNCIÓN GÓMEZ AGUSTÍN

GENERACIÓN 2014-2016

COMITÉ

Director: Dr. Manuel Palacios Martínez

Asesora: Dra. Roxana Trejo González

Ciudad de México, febrero 2017

A Dios.

A mi Familia.

A mis Amigos.

A un gran equipo en el CMN 20 de Noviembre.

Y a todos los que confiaron en mí.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEÓRICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVO GENERAL	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
METODOLOGÍA	27
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN.....	63
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES.....	70
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	72
ANEXOS	73
BIBLIOGRAFÍA	97

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Objetivos de la vigilancia en salud.	12
Tabla 2. Etapas y actividades básicas del sistema de vigilancia página.	18
Tabla 3. Eventos adversos relacionados con el servicio de Banco de Sangre del CMN 20 de Noviembre durante el año 2015.	34
Tabla 4. Características generales de la población que participo de los servicios de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.	35
Tabla 5. Resultados sobre Frecuencia de eventos notificados de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.	39
Tabla 6. Resultados sobre percepción global del clima de seguridad de los servicios Pediatría en el CMN 20 de Noviembre	39
Tabla 7. Resultados sobre expectativas y acciones de la dirección de la unidad en apoyo de la seguridad en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	40
Tabla 8. Resultados sobre aprendizaje organizacional/mejora continua en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	41
Tabla 9. Resultados sobre trabajo en equipo dentro de los servicios de Pediatría en el CMN 20 de noviembre.	42
Tabla 10. Resultados sobre franqueza en la comunicación en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	43
Tabla 11. Resultados sobre feed-back y comunicación sobre errores en los servicios de Pediatría en el CMN 20 de noviembre	43
Tabla 12. Resultados sobre respuesta no punitiva a los errores en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	44
Tabla 13. Resultados sobre dotación del personal en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	45
Tabla 14. Resultados sobre apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.	46
Tabla 15. Resultados sobre trabajo en equipo entre unidades en el CMN 20 de noviembre.	47

Tabla 16. Resultados sobre cambios de turno y transiciones entre servicios en el CMN 20 de noviembre.	48
Tabla 17. Fortalezas identificadas en el clima de seguridad del paciente en los servicios de la Coordinación de Pediatría.	49
Tabla 18. Oportunidades de mejora identificadas en el clima de seguridad del paciente en los servicios de la Coordinación de Pediatría.	49
Tabla 19. Posibles fortalezas y oportunidades de mejora para los servicios de la Coordinación de Pediatría.	50
Tabla 20. Características de los registros o sistemas de notificación de eventos adversos en el CMN comparado con recomendaciones de la literatura.	53
Tabla 21. Relación de eventos adversos notificados al sistema de notificación de eventos adversos del área de calidad del CMN 20 de Noviembre.	59

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sistemas de información y subsistemas en salud.	15
Figura 2. Modelo del queso suizo de James Reason para explicar los errores en el proceso de atención al paciente.	20
Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.	22
Figura 4. Ruta de análisis para los eventos adversos clasificados como graves del sistema de notificación de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.	60

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Eventos adversos notificados por el personal de enfermería de los servicios de la Coordinación del Pediatría del CMN 20 de Noviembre durante el año 2015.	33
Gráfica 2. Respuestas sobre la actitud hacia los Eventos Adversos con escala tipo Likert al personal de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre 2016.	37
Gráfica 3. Respuestas sobre la actitud sobre la participación de diferentes grupos con la mejora hacia la seguridad del paciente en los servicios de Pediatría 2015.	38

INTRODUCCIÓN

Los principios de la vigilancia han tenido una mayor presencia en padecimientos de tipo infeccioso, sin embargo se han visto limitados para predecir en que momento sucederá la presencia de los padecimientos o cómo enfrentar el crecimiento acelerado de los mismos; además de estar limitada su acción en otro tipo de situaciones como son los eventos adversos que se presentan en el proceso de la atención de la población.

Con el transcurrir del tiempo diferentes países han sufrido cambios relacionados con la salud de la población; cambios demográficos, movimientos sociales y económicos, uso de nuevas tecnologías, entre otros factores han condicionado nuevos riesgos, enfermedades o eventos que afectan a la población.

Ante esta serie de situaciones es necesario actuar con el fin de anticiparse a los hechos o responder de manera rápida y eficiente, favoreciendo que no se presente el daño o este sea mínimo, del mismo modo que atender esta serie de eventos no condicione un riesgo mayor para el paciente ; que el beneficio sea mayor que el riesgo.

Dentro de los sistemas de salud el enfoque que se realiza al desarrollar la vigilancia es la identificación de elementos que participan en la producción de múltiples padecimientos para la población, sin embargo se utilizan una serie de métodos que al ejecutarse son prácticos, uniformes y en su mayoría buscan ser rápidos, generando que pierdan exactitud y un carácter anticipatorio.

Sin embargo realizar un cambio sobre el enfoque de la vigilancia requiere un cambio de paradigma que permita reestructurar el sistema y no solo medir la presencia de las enfermedades o el número de casos, sino anticiparse ante los riesgos o eventos de la salud que requieren de una actuación más rápida y oportuna, que lleve al desarrollo de una alerta temprana.

Integrar un sistema de vigilancia trae como consecuencia generar un alto nivel de vinculación entre los servicios y el personal que interviene en el proceso de atención; la generación de información y un mayor análisis, que en cierta medida obliga a los diferentes servicios de salud a reestructurar su planteamiento o el funcionamiento de los programas o servicios de atención.

El presente documento va en función de desarrollar un sistema de vigilancia que desarrolle estos elementos, al vigilar los eventos adversos que se presentan en el proceso de atención de la población usuaria del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, que permitan anticiparse a su presencia o se genere una respuesta rápida ante el hecho; que favorezcan un enfoque proactivo y reactivo y se traduzcan en acciones de mejora en pro de la calidad de los servicios.

ANTECEDENTES

Desde la época de Hipócrates se realizaron acciones enfocadas a la vigilancia en donde los padecimientos de origen infeccioso eran el punto central de su atención; estableciendo acciones como la observación, registro de datos, recolección de la información y el análisis.

El concepto de vigilancia se contextualizaba dentro de la salud pública hasta la década de los 50's, como el hecho de dar seguimiento a enfermedades transmisibles graves con el fin de aislar a las personas enfermas, además de involucrar a los contactos, (Stephen & et al, 2010) era una vigilancia enfocada en medidas de cuarentena y aislamiento.

Sin embargo, el concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo en función de las necesidades y elementos de los sistemas de salud, la transición epidemiológica y el comportamiento de los diferentes elementos que intervienen de manera favorable o desfavorable para la población.

El concepto de vigilancia epidemiológica se introdujo en el Centro de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) después de la segunda guerra mundial (1948) como parte del control de algunas enfermedades que se desarrollaban.

Uno de los eventos que favoreció el desarrollo de sistemas de vigilancia fue la vacunación, en 1955 en Estados Unidos se presentaron casos de poliomielitis asociados a la aplicación de la vacuna, por lo que fue necesario establecer un registro, la investigación y una serie de medidas enfocadas a controlar y mejorar la situación que se presentaba. (Stephen & et al, 2010)

En 1963 Alexander Langmuir quien era director del CDC definió el concepto de vigilancia epidemiológica, sin embargo no incluía la responsabilidad sobre las actividades de control; esta acción se limitaba a las autoridades de salud. En 1965 el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un área para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles; en 1980 la vigilancia se utilizó como una guía para programas relacionados con la erradicación de la viruela. (Dirección de Epidemiología, 2013)

Sin embargo, con el transcurrir del tiempo, se han presentado avances sobre la problemática en salud; la presencia de diferentes tipos de enfermedades favorece nuevos desafíos que enfrenta la salud pública, como son las enfermedades crónico degenerativas, la violencia, adicciones, envejecimiento entre otros; esto ha motivado que se desarrolle un enfoque de la vigilancia de manera integral, que abarque no solo los padecimientos, sino todos los factores que influyen en la evolución y desarrollo de las mismas; conservando además la mirada sobre las enfermedades infecciosas.

Ante estos hechos se han desarrollado diferentes sistemas de vigilancia en salud pública que permitan incidir sobre esta problemática entre los que se mencionan:

➤ **MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE COLOMBIA.** (Ministerio de la Protección Social, 2010)

Es un modelo vinculado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que permite recolectar, analizar e interpretar información epidemiológica, con el objetivo de la detección, difusión y actuación sobre los problemas que suponen un riesgo para el estado nutricional de la población; permite identificar prioridades, la evaluación de programas e intervenciones y poder aportar en la realización de investigaciones.

➤ **GUIAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIOLENCIA Y LESIONES.** (Concha & Villaveces, 2001)

Es una guía generada a partir del aumento de las lesiones intencionales y no intencionales en países de América, las cuales son un problema social y de salud pública; tiene el propósito de orientar y estimular la creación de un sistema de vigilancia, enfatizado en un nivel municipal, con el propósito de apoyar en la toma de decisiones.

➤ **GUÍA ANDINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS Y BROTES PARA ÁMBITOS DE FRONTERAS.** (Organismo Andino de Salud, 2007)

Involucra el trabajo de seis Ministerios de Salud (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) que funciona como un instrumento para fortalecer redes de vigilancia, para acercarse a la realidad que sucede dentro de los espacios fronterizos y facilitar acciones responsables de la atención a la salud de las comunidades. Las enfermedades propuestas son: cólera, dengue, dengue hemorrágico, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla, malaria, rubeola/sarampión y encefalitis equina venezolana.

- SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN PREVENCIÓN DE DESÓRDENES MUSCULOESQUELETICAS EN TRABAJADORES.
(Gutiérrez S, 2008)

Está vinculado al Sistema General de Riesgos Profesionales, busca realizar la identificación y cuantificación de enfermedades, lesiones o exposiciones excesivas y monitorizar tendencias en su ocurrencia; para proteger la salud de los trabajadores, detectar efectos adversos, evaluar métodos de control y detectar factores de riesgo y estimación del mismo.

- SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS CENTINELA Y RIESGOS (VENCER)

Es un sistema de notificación desarrollado a partir del 2005 para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Busca y propone tener un enfoque proactivo y preventivo al analizar los eventos centinela y generar planes de acción. Es exclusivo del IMSS.

MARCO TEÓRICO

1. VIGILANCIA

La palabra vigilancia procede del francés surveiller o vigilar, que se refiere a la actividad de ver una persona, un área; con el propósito de dirigir, supervisar o controlar.

El concepto de vigilancia ha tenido una serie de adaptaciones a través del tiempo, dadas las condiciones de salud que se han presentado y el enfoque con el que se ha desarrollado; en 1963 Alexander Langmuir definió a la vigilancia como:

“Vigilancia epidemiológica: observación activa y permanente de la distribución y tendencias de la incidencia (de la enfermedad) mediante la recolección sistemática, la consolidación y la evaluación de informes de morbilidad y mortalidad, así como de otros datos relevantes”.

Sin embargo era una definición que delegaba de una manera poco clara a las autoridades locales y de los estados la responsabilidad de las actividades de control, además este concepto generaba confusión al interpretarse desde un enfoque de enfermedades infecciosas favoreciendo solo la vigilancia de las mismas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la vigilancia epidemiológica como:

“Conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muerte y síndromes sujetos a vigilancia y a la notificación obligatoria, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos”.

Otros autores buscaron integrar otro concepto que abarcara un enfoque más amplio, por ejemplo Thacker y Berkelman en 1988 identificaron que el término de

“**vigilancia de la salud pública**” tiene una gran importancia, fronteras y alcances de la práctica epidemiológica respecto a la práctica de la salud pública; considerando que la vigilancia debe visualizarse dentro de este contexto.

De igual manera, en su documento “*Aspectos Básicos De La Vigilancia En Salud Publica Para Los Años Noventa*” (Sepúlveda y col) señalaron que la vigilancia desde una mirada de la salud pública debe contemplar elementos como el estudio y transformación de las condiciones de salud y las respuestas sociales desde un nivel poblacional, integrando un concepto más amplio de la vigilancia en salud donde los componentes principales son:

- Vigilancia demográfica
- Vigilancia epidemiológica
- Vigilancia de sistemas de salud

La **Vigilancia en salud** busca romper paradigmas, al no solo visualizar a las enfermedades infecciosas, sino incluir eventos, factores de riesgo, enfermedades no transmisibles y otras situaciones o elementos de la salud pública que afectan a la población.

La salud y enfermedad son parte de un proceso que dentro de la vigilancia se debe de atender de manera conjunta, involucrando diferentes dimensiones como lo son la biológica, social, ecológica, de conducta, etc., buscando no solo controlar la aparición de enfermedad o riesgos, sino también establecer acciones que se anticipen ante estas situaciones y promuevan la salud. Son múltiples los objetivos de la vigilancia, los cuales se mencionan en la tabla 1.

Tabla 1. Objetivos de la vigilancia.

Detectar la distribución de enfermedades y cambios agudos en la ocurrencia de las mismas.
Identificar, cuantificar y monitorear tendencias y patrones en el proceso salud-enfermedad.
Observar cambios en patrones de ocurrencia de agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades.
Detectar cambios en las prácticas de salud.
Investigar y controlar enfermedades.
Planear programas de salud.
Evaluar medidas de prevención y control.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades (MOPECE). Washington D.C., 2011

De igual manera son diferentes los usos que se le puede dar a la vigilancia, los cuales se diferencian en tres categorías: seguimiento de eventos de salud, vinculados con acciones de salud pública y otros usos (OPS, 2009).

Seguimiento de eventos de salud: describen patrones de ocurrencia en enfermedades, entre los que se identifican:

- Estimación de la magnitud de eventos.
- Detección de cambios en la ocurrencia y distribución de enfermedades.
- Identificación, cuantificación y monitoreo de tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad.
- Observación de cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades
- Detectar cambios en prácticas de salud

Usos relacionados a vínculos con la salud pública:

- Investigación y control de enfermedades
- Planeación de programas de salud
- Evaluación de medidas de prevención y control

Otros usos:

- Probar hipótesis
- Ser un referente histórico de la actividad de las enfermedades.

1.1 VIGILANCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

El evento adverso es una lesión o error relacionado con el proceso de atención de la salud, que no está vinculado con el padecimiento o las complicaciones de la enfermedad, por el contrario, incluye aspectos relacionados con la atención como el diagnóstico, equipamientos utilizados y derivados del tratamiento. (Bañeres & et al, 2005)

La vigilancia de los eventos adversos como consecuencia del proceso de atención de la salud en la población se debe de realizar con un enfoque de prevención de manera que se generen las condiciones para que no se vuelvan a presentar, identificando todos los factores que contribuyeron para que se presentara dicho evento.

Implementar un sistema de vigilancia de eventos adversos en salud se debe de realizar dentro de un contexto específico: enfocado a la seguridad del paciente, por lo cual es importante determinar factores como: la cultura de seguridad, el desarrollo de un entorno con herramientas metodológicas, directrices para su desarrollo y un entorno legal.

Los sistemas de vigilancia de eventos adversos se desarrollan con un enfoque hacia el aprendizaje, contribuyendo al establecimiento de acciones de mejora de la atención de la salud. Dentro de los objetivos de la vigilancia están (Demetrio & et al, 2010):

- Conocer la magnitud del problema
- Conocer los factores de riesgo de eventos adversos y sus tendencias en el tiempo.
- Detectar los eventos adversos centinelas para priorizar su análisis
- Aportar información para establecer medidas de prevención
- Evaluar el impacto de las medidas de prevención

Para lograr cumplir con los objetivos del sistema de notificación de eventos adversos, es necesario considerar los tres tipos de vigilancia para su investigación: pasiva, activa y centinela.

2. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Ante las diferentes situaciones de salud y enfermedad que se presentan en la población, los sistemas de salud deben responder a las necesidades que les demanda la población, sin embargo también deben diseñar sistemas que permitan generar información que conlleve a la toma de decisiones sobre los diferentes eventos que se presenten.

La teoría general de los sistemas de L.V. Bertalanffy, describe a los sistemas con ciertas características que permitan su funcionamiento (Alazraqui, Mota, & Spinelli, 2006)

1. Los elementos formando el conjunto es diferente a la suma de las partes (totalidad).
2. El sentido de un sistema abierto mantiene una relación con el contexto que lo rodea (límites).
3. Cada sistema está formado por subsistemas y forma parte a su vez de suprasistemas (jerarquía)
4. Un sistema puede alcanzar un punto determinado de desarrollo a partir de diferentes condiciones iniciales (equifinalidad)

El enfoque de la atención de la salud va orientado hacia la teoría de los sistemas en la cual se busca realizarla de manera integral logrando la interrelación de diferentes áreas y diseñando estrategias para su funcionamiento.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define a los **sistemas de información** en salud como:

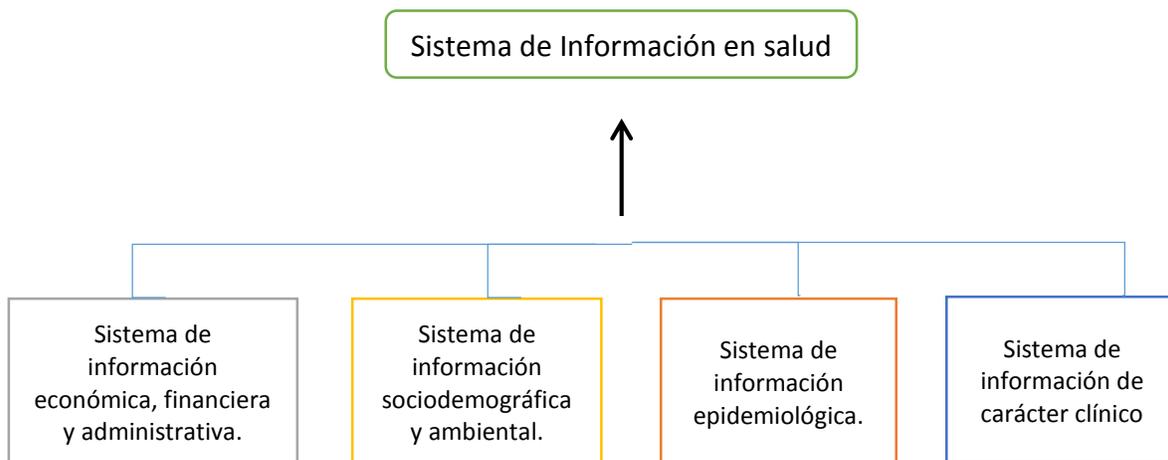
“los mecanismos que recolectan, procesan, analizan y transmiten la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, al mismo tiempo que para la enseñanza e investigación”.

Dentro de la situación de los sistemas de salud, un sistema de información integra el acopio, procesamiento, notificación, uso de información y conocimientos en salud que favorezca la acción, la investigación y formulación de políticas públicas (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Los sistemas de información requieren de una serie de herramientas que permitan generar los datos y al mismo tiempo su análisis, sin embargo ante la transición que se presentan en los agentes y determinantes sociales de la población, es necesario contar con sistemas versátiles y útiles que permitan desarrollar un conocimiento al nivel necesario para la atención dentro de la salud pública.

El sistema de información está formado por otros subsistemas, en la figura 1 se identifican:

Figura. 1. Sistemas de información y subsistemas en salud.



Fuente: Alzraqui M. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local.

En la figura se aprecian los diferentes subsistemas que se desarrollan dependiendo del área en donde se pretenda implementar, sin embargo el enfoque integral debe estar presente en cada uno de ellos.

Hay que considerar diferentes elementos que favorezcan la calidad de los sistemas de información entre los que se menciona (Galán, 2009)

- Utilizar la información necesaria porque no todos los datos son útiles.
- La información que se vaya a utilizar debe ser representativa y consensuada.
- Que la información sea suficiente e integrada que permita manejar información completa.
- La información que se utiliza debe ser precisa y no repetitiva, sin embargo dependerá de la recolección de los datos y la existencia de otros sistemas que no se integren o articulen.
- El personal de salud se debe sentir relacionado con el sistema, contribuyendo con la información, pero también siendo beneficiarios con los resultados que se obtengan en pro de la mejora.
- Debe contar con un personal calificado para su desarrollo.
- Contar con las fuentes de información necesarias, teniendo una interacción con los diferentes elementos que generan esa información.

3. SISTEMAS DE VIGILANCIA

Los sistemas de vigilancia se establecen en función de las necesidades e intereses de los sistemas de salud con que se cuentan, tomando en consideración los diferentes recursos físicos, humanos y económicos, pueden ser de distintos tipos (Dirección de Epidemiología, 2013) entre los que se mencionan:

- De carácter universal
- Fundamentado en muestras de casos
- Fundamentado en revisión de registros

- Basado en encuestas
- De carácter centinela
- De laboratorio

Sin embargo cada uno de estos tipos debe de integrar una serie de atributos, propios de cualquier sistema de vigilancia como son:

- **Simplicidad:** facilidad con que funciona un sistema de vigilancia.
- **Flexibilidad:** capacidad del sistema de adaptarse a nuevos requerimientos.
- **Sensibilidad:** capacidad del sistema para detectar los diferentes elementos que considere.
- **Representatividad:** posibilidad de aplicar a la población las observaciones obtenidas.
- **Oportunidad de la información:** está en relación con los tiempos requeridos para realizar intervenciones.
- **Difusión de la información:** fundamental para la prevención y control; estimula a mejorar la recolección de datos en los niveles locales (retroalimentación) y sirve de fuente de datos de otras investigaciones.
- **Aceptabilidad:** actitud de los trabajadores de salud y las organizaciones para participar de las tareas de vigilancia.
- **Predicción positiva:** capacidad del sistema de captar verdaderos casos positivos entre los casos notificados. Refleja la sensibilidad del sistema y especificidad del diagnóstico del caso definido y depende de su prevalencia.

Los sistemas de vigilancia funcionan con base en una metodología que permita realizar de manera efectiva sus funciones, en la tabla 3 se describen las etapas del sistema. (OPS, 2009)

Tabla 2. Etapas y actividades básicas del sistema de vigilancia.

ETAPAS	ACTIVIDADES
Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operacionalizar guías normativas ▪ Detectar casos ▪ Notificar casos ▪ Clasificar casos ▪ Validar datos
Análisis de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidar datos ▪ Analizar variables epidemiológicas
Interpretación de la información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparar con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos.
Difusión de la información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar materiales de difusión

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades (MOPECE). Washington D.C., 2011.

RECOLECCIÓN DE DATOS: permitirá tener la información precisa sobre los eventos o situaciones sujetas de vigilancia, es donde se requiere la participación de manera indirecta o directa de distintas poblaciones que permitan generar la información.

ANALISIS DE DATOS: Es un proceso de análisis sobre datos descriptivos y comparando en relación a características y atributos de tiempo, lugar y persona.

INTERPRETACION DE LA INFORMACION: Es de gran importancia ya que permite la generación de hipótesis, por lo cual es necesario considerar todos los factores que están asociados al evento; esto va enfocado a identificar las acciones que permitan el control del problema, la realización de estudios epidemiológicos y evaluar un sistema de notificación.

DIFUSION DE LA INFORMACION: Permitirá retroalimentar a los diferentes integrantes de las áreas de salud involucradas, que permita realizar intervenciones que permitan el control de los eventos que se vigilan.

- TIPOS DE VIGILANCIA

Dada las múltiples situaciones o elementos sujetos a vigilancia, además de las diferentes fuentes de información recolección de los datos es necesario establecer el tipo de vigilancia que se puede realizar, los cuales son:

VIGILANCIA PASIVA. Se realiza en cualquier nivel de salud, en la que se envía información en forma permanente y continua sobre eventos que están identificados para la vigilancia.

VIGILANCIA ACTIVA. Se realiza buscando información a partir de un equipo de salud; dirigiéndose a la fuente de información para la búsqueda del evento sujeto a vigilar, obteniendo los datos necesarios del evento que se vigila.

VIGILANCIA CENTINELA. Se centra en información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación que se encargan de estudiar una muestra de individuos que pertenecen a un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia.

4. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

La seguridad del paciente es una de las dimensiones sujetas de estudio para el presente trabajo, la OMS la define como:

“La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”.

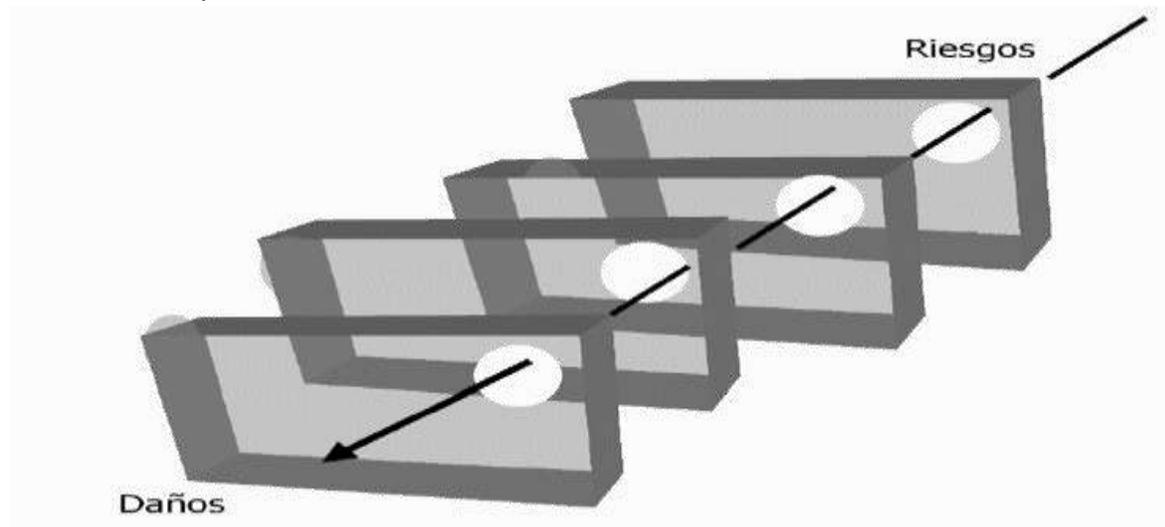
Al realizar intervenciones de atención a la salud para la población se busca beneficiarlos, sin embargo realizar una serie de procesos que requieren también lo expone y en algún momento se pueda provocar un daño, por la presencia de errores en su atención.

Para abordar el tema de los errores en la atención de la salud el psicólogo James Reason señaló dos abordajes: el humano y el del sistema.

El error humano tiene un origen en situaciones de inseguridad al realizar sus acciones de trabajo, abordaje y en omisiones a los procedimientos; cometidos por una situación de cansancio, sobrecarga de trabajo, estrés, negligencia, entre otros. El error del sistema, va en sentido que aunque sea una adecuada organización las barreras para cometer los errores se rompen, como son: barreras tecnológicas, capacitación o inducción al puesto del personal correspondiente, cuestiones administrativas, o relacionadas con la estructura de la institución. (Secretaría de Salud, s.f.)

James Reason hace una analogía con el queso y presenta un modelo denominado “el queso suizo” el cual se muestra en la figura 2.

Figura 2. Modelo del queso suizo de James Reason para explicar los errores en el proceso de atención al paciente.



Fuente: Seguridad del Paciente. Síntesis ejecutiva

En la figura se hace referencia a que en las diferentes instancias en salud, hay una serie de riesgos potenciales durante el proceso de atención, sin embargo también se presentan barreras que favorecen que los riesgos no se traduzcan en daños sobre el usuario, sin embargo como en el modelo del queso, las barreras pueden presentar orificios (fallas) que vulneran su funcionamiento, los cuales se encuentran en un continuo movimiento y cuando los diferentes orificios en las barreras confluyen o se alinean ocurre el error.

Estos orificios o fallas en el sistema pueden ocurrir por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Fallas activas se refiere a los actos cometidos por las personas que tienen un contacto directo con el usuario, traduciéndose en una equivocación o torpeza, durante el proceso de atención, son elementos que no permanecen mucho tiempo dentro de las barreras de seguridad o no la vulneran de manera prolongada. Las condiciones latentes están presente por decisiones tomadas en la organización, relacionado con la condiciones del lugar de trabajo, por ejemplo: presión, falta de personal, equipo inadecuado que genera una condición continua desfavorable sobre las barreras de seguridad o no favorece que se presenten estas barreras (Secretaría de Salud, s.f.) .

Entre los factores que intervienen para que la seguridad del paciente sea vulnerable destacan (Bañeres & et al):

- Factores humanos: turnos de trabajo, fatiga, ausencia o deficiente capacitación, cantidad del prestador de servicio.
- Factores del proceso: ausencia o deficiencia de los procesos de atención.
- Equipamiento: mantenimiento del equipo, material obsoleto, inactivo.
- Factores ambientales; ruido, espacio, mobiliario.
- Gestión de la información: comunicación poco asertiva o deficiente.
- Liderazgo: tipo de cultura organizacional, cultura de la seguridad.
- Supervisión: ausente, deficiente.

En la figura 3 se ejemplifica todos los factores que se interrelacionan para que se produzca el evento, basados en el modelo organizacional de incidentes del Psicólogo James Reason, que fundamenta el análisis de los eventos con la metodología del Protocolo de Londres.

Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Fundación FITEC, 2007. Pág. 221. ISBN: 978-958-8361-37-6

La Figura señala que desde el nivel directivo hasta el operativo se pueden precipitar los errores, de igual manera existe vulnerabilidad de las diferentes barreras con la contribución de factores precipitantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad en salud se mantiene dentro de un paradigma de salud pública fundamentado en: (Organización Mundial de la Salud, 2005)

- El foco de interés recae con un mayor peso en las enfermedades infecciosas.
- El monitoreo y vigilancia está en función de informes oficiales proporcionados solo por autoridades en salud.

- La modalidad de respuesta está dado por programas pre-diseñados.
- El control de los daños que se presentan por los eventos de salud solo está dado por las capacidades de cada país.
- La comunicación de los riesgos o eventos generalmente se da entre homólogos, dentro del mismo nivel de acción, sin vinculación con otros sectores y con un enfoque diplomático.

Bajo este contexto la realización de la vigilancia se ve limitada, desarrollándose con mayor interés desde un enfoque pasivo, lo que no permite explotar todas las oportunidades que puede brindar para la atención de los diferentes problemas de salud, limitando el desarrollo de una alerta temprana ante estas eventualidades.

Existen nuevos retos a los que se enfrenta la vigilancia de la salud; la presencia de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, enfermedades no transmisibles, situaciones de desastre; esta situación conlleva una exposición de eventos mayor para la población.

Actualmente se mantiene una vigilancia fundamentada en el conteo de casos, centrada en enfermedades transmisibles, o para las que ya existen un control como lo es la inmunización, que si bien es cierto es información valiosa, pero que no incluye una vigilancia que se anticipe, favoreciendo una respuesta tardía para la atención de los problemas de salud. (World Health Organization, 2014).

Un problema que dificulta la vigilancia se ve sustentando por la falta de información sobre los eventos que se presentan, sin embargo los servicios de salud han realizado esfuerzos para mejorar esta situación manejándolo dentro de contextos específicos, entre ellos la realización de un sistema de vigilancia acerca de diferentes eventos que suceden, sin embargo solo se limitan a la recolección y acumulación de información de manera pasiva, con poco análisis y publicación de resultados.

En el CMN existe una propuesta incipiente de vigilancia de efectos adversos, sin embargo, esa experiencia requiere documentarse y fortalecerse mediante una formalización del sistema de vigilancia a observar por el personal.

JUSTIFICACIÓN

Los movimientos de la población, el cambio en el patrón de comportamiento, el desarrollo económico y una serie de elementos que han evolucionado en el tiempo han condicionado un cambio en las diferentes enfermedades o eventos que afectan a la población; sin embargo ante estos cambios los sistemas de salud deben de adaptarse para poder enfrentar esta situación.

La vigilancia en salud no está alejada de estos hechos, al ser un componente esencial dentro del desarrollo de la salud pública, por lo cual debe desarrollar estrategias dentro de este contexto que permita generar una respuesta rápida y oportuna.

La recopilación y análisis de información de manera pertinente y eficaz forma parte del fundamento de una respuesta ante todos los eventos que se presentan, no solo involucrando enfermedades, sino también la serie de peligros que se puedan presentar en la salud, como los ambientales, nutricionales, o relacionados con el proceso de atención en los servicios de salud.

Desarrollar un sistema de vigilancia en salud pública con un trabajo interdisciplinario, enfocado a la acción de manera proactiva y reactiva, le permitirá tomar decisiones de manera oportuna, que de la pauta para la respuesta rápida ante los hechos que se estén presentando.

Este tipo de acciones permitirá el establecimiento de la alerta, la adopción de prácticas preventivas y el aprendizaje, contribuyendo a la seguridad durante el proceso de atención de la población usuaria de los servicios de salud.

Diferentes instituciones de salud han instaurado sistemas de notificación, documentado una serie de eventos adversos lo que ha llevado a realizar mejoras en los procesos de atención; por ejemplo en España se implementó un sistema de notificación para el servicio de anestesia, detectándose una serie de eventos adversos; 78.9% de los incidentes eran prevenibles, 81.8% no tuvieron efecto sobre el paciente, 40% fueron relacionados por la falta de equipamiento y la comunicación, lo que llevó a la instauración de 7 nuevos protocolos, modificación de 4 y otras medidas correctivas para mejorar la atención. (Kutryba & Kutaj W).

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un sistema de vigilancia en salud pública adecuado a la organización, orientado al estudio de los eventos adversos en salud ocurridos dentro del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el comportamiento epidemiológico de los eventos adversos dentro de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.
- Describir las características principales de la vigilancia de eventos adversos de la Coordinación de Pediatría dentro del CMN 20 de noviembre.
- Integrar los elementos recomendados para una propuesta de mejora del sistema de vigilancia de eventos adversos con base en la evidencia científica y bases normativas institucionales.

METODOLOGÍA

- a) OBJETO DE ESTUDIO: Epidemiológico.
- b) FUENTE DE DATOS: La información se obtendrá de fuentes primarias y secundarias como son:
 - Personal de salud
 - Fuentes bibliográficas
 - Informes finales de las áreas de Farmacovigilancia, Banco de Sangre, Enfermería y Epidemiología.
- c) TIEMPO EN EL QUE SE ESTUDIA EL EVENTO: transversal.
- d) FIN O PROPÓSITO: descriptivo

Consistió en un proyecto con metodología cuantitativa realizado en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (ISSSTE) durante el periodo septiembre a noviembre 2016.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

- **Describir el comportamiento epidemiológico de los eventos adversos dentro de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.**
 1. Se solicitó información mediante un oficio dirigido del área de calidad a las áreas de Farmacovigilancia, Banco de Sangre, Enfermería y Epidemiología sobre reporte, seguimiento y vigilancia de eventos adversos de las durante el año 2015 relacionados los servicios de la Coordinación de Pediatría.
 2. Se solicitó con el área de registros hospitalarios una clave provisional para acceder al sistema de información hospitalaria del CMN 20 de Noviembre para tener acceso a la información relacionada con eventos adversos.
- **Describir las características principales de la vigilancia de eventos adversos de la Coordinación de Pediatría dentro del CMN 20 de noviembre.**

1. Se identificó el conocimiento de eventos adversos y seguridad del paciente en el personal del área médica y enfermería de pediatría a través de un cuestionario sobre eventos adversos y seguridad del paciente adaptado de la versión española del Hospital Survey on Patient Safety (Anexo I).
2. Se realizó una prueba piloto del cuestionario (30 cuestionarios) para verificar su funcionamiento con personal de la coordinación de Medicina del CMN 20 de Noviembre
3. El cuestionario se les fue entregado con previa autorización en su área laboral, dentro de los 4 turnos (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada)
4. Se les informo que la información tiene un carácter confidencial, voluntario, sin repercusión en su área laboral y no era necesario la colocación de su nombre.
5. Se solicitó información a través de un oficio del área de calidad a la Coordinación de Pediatría sobre registros o sistemas de notificación de eventos adversos (manuales de la organización, coordinación y procedimientos).

➤ **Integrar los elementos recomendados para una propuesta de mejora del sistema de vigilancia de eventos adversos con base en la evidencia científica y bases normativas institucionales.**

1. Se participó en la capacitación por parte del área de calidad sobre eventos adversos al personal médico y de enfermería dentro de los servicios de la Coordinación de Pediatría.
2. Se aplicó una prueba piloto de la propuesta de modelo para la vigilancia de eventos adversos en salud dentro de los servicios de la Coordinación de Pediatría.
3. Se realizó una revisión de evidencia científica y con base en la buena práctica se elaboró el sistema de notificación de eventos adversos en salud para la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, con las siguientes características:

- Es un sistema no punitivo
- Voluntario
- Confidencial: la información del paciente y notificador serán utilizadas solo para el sistema de vigilancia de eventos adversos y resguardada por el área de calidad.
- Está orientado a la notificación de cuasifallas, eventos adversos leves, moderados y centinelas.
- El análisis de los eventos adversos graves y centinelas será por un grupo de trabajo interdisciplinario.
- Contempla una orientación sistémica ya que las recomendaciones se centran en mejoras hacia el sistema y no en la persona.
- El modelo de gestión será de tipo intrainstitucional, en el cual el área de calidad coordinara la ejecución del sistema de vigilancia de eventos adversos.
- El formato de notificación será en papel distribuido en todos los servicios de la Coordinación de Pediatría.

POBLACIÓN

EL sistema de vigilancia de eventos adversos fue dirigido al personal de salud relacionado con el proceso de atención del paciente (personal médico y de enfermería) del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en todos los servicios de la Coordinación de Pediatría.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Personal médico y de enfermería que laboren en el servicio de pediatría al momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Personal médico y de enfermería asignado al servicio de pediatría que se encuentre de vacaciones o comisionado a otra área o servicio

Criterio de eliminación

- Personal médico o de enfermería que sea movilizado a otro servicio durante el periodo del estudio.

Por conveniencia y con base en la organización del Centro Médico Nacional, para la realización de la prueba piloto se utilizó el personal de salud relacionado con el proceso de atención (área médica y enfermería) que labora en el servicio de Pediatría del Centro Médico Nacional.

PLAN DE ANÁLISIS

- El análisis de la información fue de tipo descriptivo en el programa Excel office 2013

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

TÉCNICA

Se contó con instalaciones apropiadas para la ejecución del proyecto, una conexión a internet y el equipo de cómputo necesario, con el apoyo de la coordinación del área de calidad para brindar insumos que sean necesarios o se requieran en determinado momento.

FINANCIERA

El proyecto fue factible económicamente ya que los insumos que se requieren para su realización como es el papel, impresiones, material de cómputo y otros elementos necesarios para su ejecución fueron financiados por el Centro Médico Nacional por ser un proyecto de gran importancia para la institución, otros gastos que son de bajo costo como son el traslado a la institución fueron absorbidos por la alumna.

POLÍTICA

El presente proyecto se realizó con base a las características y necesidades de la organización, respetando su normatividad e integrando el proyecto dentro de su área de investigación. El Centro Médico Nacional se encuentra en una fase primaria

para la certificación del hospital por lo cual uno de los elementos necesarios que se solicitan es el sistema de notificación de eventos.

SOCIAL

El personal de salud en el CMN está sensibilizado con el proceso de certificación de la institución y se han generado equipos de trabajo para poder lograrlo, esto favoreció la participación del personal de la Coordinación de Pediatría en las actividades mencionadas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto se documentó con información recabada en servicios identificados dentro del centro médico nacional y con la aplicación de un cuestionario enfocado a la obtención de datos y conocimientos sobre los eventos adversos dirigido al personal médico y de enfermería el cual será de participación voluntaria.

Se realizó una intervención en el ámbito laboral que implica la colaboración del personal médico y de enfermería al notificar un evento adverso que se presente durante la ejecución de sus actividades, sin embargo se desarrolló desde un enfoque voluntario y no punitivo.

A los participantes se les pidió su participación a través de un consentimiento oral (Anexo II) y se les proporcionó una carta de contacto (Anexo III) donde se menciona que en caso de alguna pregunta, duda o comentario relacionado con el proyecto pueda comunicarse para ser atendido.

RESULTADOS

1. REVISIÓN DOCUMENTAL

Se realizó una revisión documental del año 2015 dentro de las áreas de Farmacovigilancia, Banco de Sangre, Epidemiología y Enfermería para identificar el comportamiento epidemiológico de los eventos adversos en los servicios de la Coordinación de Pediatría.

FARMACOVIGILANCIA

Cuentan con un registro sobre las reacciones adversas a medicamentos, sin embargo estas notificaciones no corresponden a eventos adversos, ya que no es una condición asociada al desempeño del personal de salud, es inherente a la farmacodinamia de la sustancia; la ruta de análisis y manejo se desarrolla de forma diferente bajo la vigilancia de COFEPRIS.

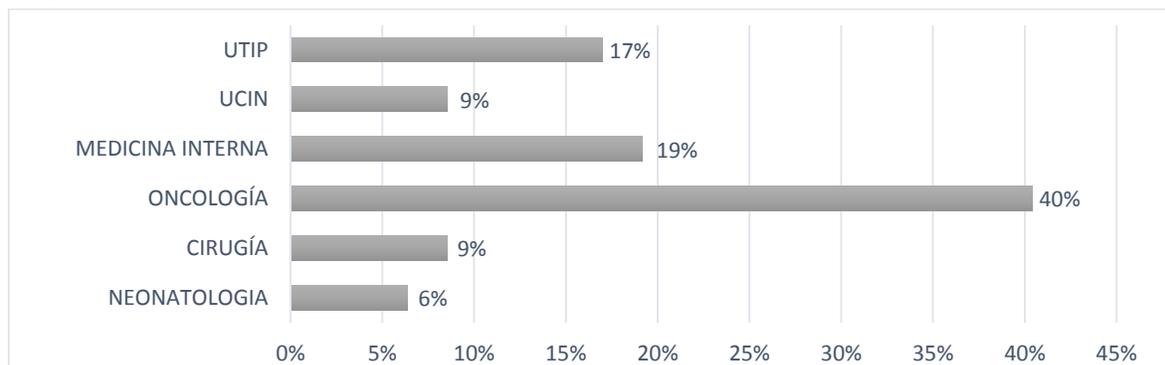
ENFERMERÍA

El área cuenta con un registro para la notificación de eventos adversos y un manual de procedimientos para la Notificación de Eventos Adversos en el CMN 20 de Noviembre.

La información que se documentó señala que solo hay participación del área de enfermería sin incluir a otro personal de salud. Durante el año 2015, en 3 turnos laborales se notificaron 100% de los eventos adversos con una distribución similar; en el matutino y vespertino 34%, y nocturno 32%.

En la gráfica 1, se señalan los servicios de la Coordinación de pediatría que notificaron eventos adversos; predomina el servicio de Oncología con 40%, seguido de Medicina Interna (19%).

Gráfica 1. Eventos adversos notificados por el personal de enfermería de los servicios de la Coordinación del Pediatría del CMN 20 de Noviembre durante el año 2015.



Fuente: Registro de Eventos Adversos de la Coordinación de Servicios Paramédicos 2015.

La información que se documentó señala que solo hay participación del área de enfermería sin incluir a otro personal de salud. Durante el año 2015, en 3 turnos laborales se notificaron 100% de los eventos adversos con una distribución similar; en el matutino y vespertino 34%, y nocturno 32%.

La notificación de los eventos adversos abarca desde caídas de los pacientes, errores en la canalización de vías periféricas, hasta errores en la administración de medicamentos, los diversos eventos son registrados en una hoja de datos, sin presentar una categorización.

BANCO DE SANGRE

El servicio de Banco de Sangre cuenta con un sistema de notificación de eventos relacionados con los procedimientos que realizan; más del 95% de los datos registrados durante el año 2015 para los servicios de pediatría fueron relacionados por causa del paciente (reacción a proteínas) sin considerarse eventos adversos; se registraron 3 eventos adversos, uno relacionado al procedimiento de transfusión sanguínea, los dos restantes fueron por errores en el servicio de banco de sangre.

En la tabla 3 se describen las características de los eventos adversos que se documentaron.

Tabla 3. Eventos adversos relacionados con el servicio de Banco de Sangre del CMN 20 de Noviembre durante el año 2015.

UTIP	Transfusión de un paquete sanguíneo diferente al grupo sanguíneo del paciente, presentando complicaciones el paciente
Banco de sangre	Confusión sobre el nombre del paciente, sin embargo se detecta el error en Banco de sangre y no se realiza la transfusión
	Se etiqueta el nombre de otro paciente en el paquete del hemoderivado.

Fuente: Registro de eventos adversos del área de Banco de Sangre 2015.

EPIDEMIOLOGÍA

Se solicitó la información al área sin embargo no pudo ser brindada por cuestiones propias del área al estar en un reacomodo en su organización y funcionamiento.

SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA (SIAH)

Por otro lado al realizar la revisión del Sistema de Información y Atención Hospitalaria (SIAH) del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se identificaron otras fuentes de registro e información de eventos adversos, el cual cuenta con un rubro para realizar dicho trámite, sin embargo, durante el año 2015 no se reportó ningún evento en el sistema.

2. CUESTIONARIOS

Para realizar la descripción de las características principales de la vigilancia de eventos adversos en la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre, primero se aplicaron 2 tipos de cuestionarios al personal médico y de enfermería que identificara su conocimiento sobre los eventos adversos y la seguridad en el paciente.

Fueron autoaplicables, se le proporcionó en cada servicio durante el horario laboral, otorgándoles 15 a 20 para que lo contestaran, sin embargo debido a la carga de trabajo pidieron retenerlo y entregarlo hasta 3 días después (particularmente en el turno nocturno por ser guardias diferentes).

El número de cuestionarios proyectados a realizarse en los servicios fueron 277 con base en la plantilla laboral vigente en el momento de la aplicación (174 del personal de enfermería y 103 del área médica).

POBLACIÓN PARTICIPANTE

Se logró la participación del 144 personas representado el 51.98% de lo que se tenía proyectado. Los cuestionarios que se aplicaron al personal fueron con preguntas tipo Likert para conocer la actitud ante preguntas relacionadas con Eventos Adversos y Seguridad del Paciente, en la Tabla 4 se describen las características generales de la población que contestaron los cuestionarios.

Tabla 4. Características generales de la población que participo de los servicios de la Coordinación de Pediatría en el CMN 20 de Noviembre.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA				
	General	Mujer	Hombre	No contestó
Edad (mediana)	40 (24 a 78)	41 (24 a 66)	31.5 (27 a 78)	
Sexo		110 (77.4%)	32 (22.2%)	2 (1.4%)
PROFESIÓN				
Medicina	69 (48%)	40 (36%)	29 (91%)	
Enfermería	73 (51%)	70 (64%)	3 (9%)	
No contestó	2 (1%)	0	0	
SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN				
ACP	4 (2.8%)	3 (2.7%)	1 (3.1%)	
Cirugía	18 (12.5%)	13 (11.8%)	5 (15.6%)	
Hematología	10 (6.9%)	7 (6.4%)	3 (9.4%)	
Infectología	4 (2.8%)	4 (3.6%)	0	
Medicina Interna	8 (5.6%)	8 (7.3%)	0	
Neonatología	18 (12.5%)	15 (13.6%)	3 (9.4%)	
Neurología	9 (6.3%)	2 (1.8%)	7 (21.9%)	
Oncología	16 (11.1%)	14 (12.7%)	2 (6.3%)	
UCIN	26 (18.1%)	23 (20.9%)	3 (9.4%)	
UTIP	26 (18.1%)	19 (17.3%)	7 (21.9%)	
Otro	3 (2.1%)	2 (1.8%)	1 (3.1%)	
No contestó	2 (1.4%)	0	0	

TURNO LABORAL				
Matutino	66 (45.8%)	56 (50.9%)	10 (31.3%)	
Vespertino	22 (15.3%)	18 (16.4%)	4 (12.5%)	
Nocturno	27 (18.8%)	24 (21.8%)	3 (9.4%)	
Mixto	18 (12.5%)	8 (7.3%)	10 (31.3%)	
No contestó	11 (7.6%)	4 (3.6%)	5 (15.6%)	2
PUESTO QUE DESEMPEÑA				
Auxiliar E.	13 (9%)	13 (11.8%)	0	
E. General	42 (29.2%)	40 (36.4%)	2 (6.3%)	
E. Especialista	13 (9%)	12 (10.9%)	1 (3.1%)	
E. Jefa de servicio	5 (3.5%)	5 (4.5%)	0	
Residente	34 (23.6%)	17 (15.5)	17 (53.1%)	
M. Adscrito	35 (24.3%)	23 (20.9%)	12 (37.5%)	
No contestó	2 (1.4%)	0	0	
HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE EVENTOS ADVERSOS				
Si	55(38.1%)	48 (87.2%)	6 (10.9%)	1 (1.8%)
No	80(55.5%)	53 (66.2%)	26 (32.5%)	1 (1.2%)
No contestó	9(6.2%)	9 (100%)	0	-

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016.

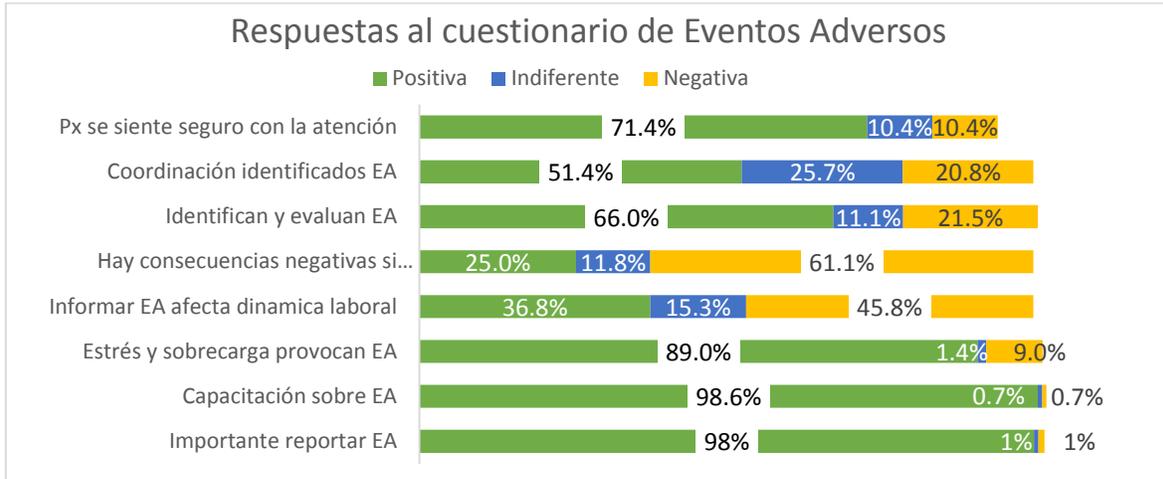
En la tabla se observa que personal de enfermería predominó con 51%, del área médica el personal residente representó 23.6% de los participantes y con relación a los servicios la participación fue mayor de UTIP Y UCIN.

El horario matutino predominó la realización de los cuestionarios con 45.8% y 55% no ha recibido capacitación sobre eventos adversos.

CUESTIONARIO SOBRE EVENTOS ADVERSOS

Consistió en 9 preguntas, en la Gráfica 2 se señalan las respuestas a 8 preguntas en donde el color verde es una actitud positiva (Muy de acuerdo/de acuerdo), el azul es indiferente y el rojo una actitud negativa (muy en desacuerdo/en desacuerdo).

Gráfica 2. Respuestas sobre la actitud hacia los Eventos Adversos con escala tipo Likert al personal de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre 2016.



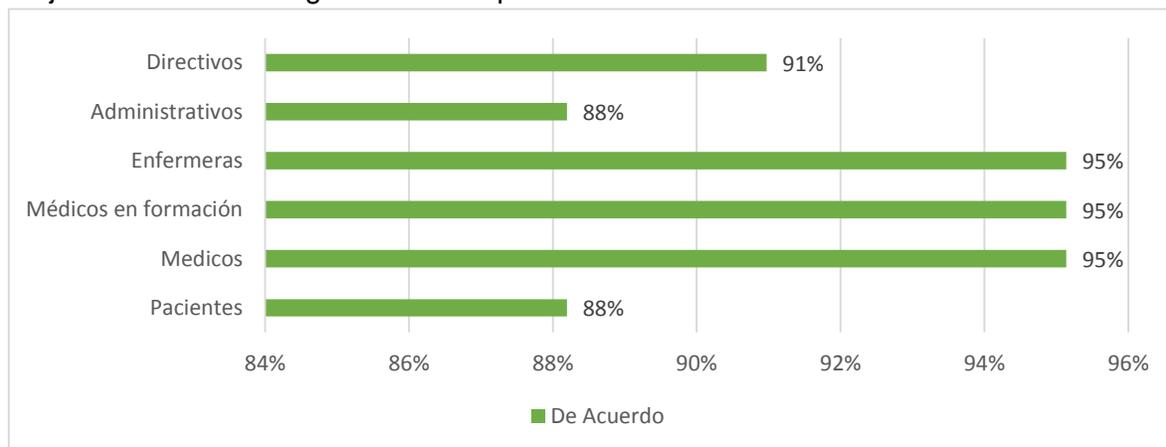
Fuente: Cuestionario sobre conocimiento de Eventos Adversos 2015.

En la gráfica 2 se observa que los encuestados tienen en general una actitud positiva (muy de acuerdo/de acuerdo) hacia ámbitos como capacitación, notificación, identificación y evaluación de los eventos adversos.

Por otro lado, 61.1% de los encuestados tienen una actitud negativa (muy en desacuerdo/en desacuerdo) sobre si hay consecuencias negativas al reportar los eventos adversos y 45.8% sobre que informar eventos adversos afectaría su dinámica laboral dentro de sus servicios de atención.

Otro aspecto que se documentó fue la participación que deben tener diferentes grupos con la seguridad del paciente en el proceso de atención, en la gráfica 3 se señala la pregunta 9 relacionada con ese rubro.

Gráfica 3. Respuestas sobre la actitud sobre la participación de diferentes grupos con la mejora hacia la seguridad del paciente en los servicios de Pediatría 2015.



Fuente: Cuestionarios sobre el conocimiento de Eventos Adversos 2015.

En la gráfica se observa que los encuestados tienen una actitud positiva hacia la participación de otros grupos diferentes al área de la salud para la mejora en la seguridad en el paciente.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El cuestionario está integrado por 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones, da información global sobre la percepción del clima de seguridad; además el porcentaje obtenido de respuestas positivas o negativas a cada pregunta sirve para identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

Con relación a los criterios de clasificación propuestos en el Cuestionario sobre seguridad de los Pacientes (Anexo IV) son Fortalezas si tienen respuesta positiva >75% de las respuestas y oportunidades de mejora si tienen respuesta negativa >50% de las respuestas).

- DIMENSIONES SOBRE CLIMA DE SEGURIDAD

Hacen referencia a la percepción de la frecuencia de eventos adversos que no llegan a producir un daño al paciente y miden la percepción en relación a si se están trabajando o no comprometiendo la seguridad del paciente. En la tabla 5 se describen los resultados obtenidos.

Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados

Tabla 5. Resultados sobre Frecuencia de eventos notificados de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

Preguntas	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque probablemente podrían haber dañado al paciente
Respuestas			
Muy/En desacuerdo	12.5%	16.7%	15.3%
Indiferente	12.5%	18.8%	13.2%
Muy/De acuerdo	70.8%	61.8%	67.4%
No contestó	4.2%	2.8%	4.2%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo 14.8%			
Indiferente 14.8%			
Muy/De acuerdo 66.7%			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Dimensión 2. Percepción global del clima de seguridad

Tabla 6. Resultados sobre percepción global del clima de seguridad de los servicios de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.

Preguntas	Se producen errores por casualidad.	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	9.7%	43.8%	50.0%	18.8%
Indiferente	11.1%	21.5%	14.6%	14.6%
Muy/De acuerdo	76.4%	29.2%	32.6%	65.3%

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

No contestó	2.8%	5.6%	2.8%	1.4%
Total de la dimensión				
Muy/En desacuerdo	30.6%			
Indiferente	15.5%			
Muy/De acuerdo	50.9%			

En la tabla se observa que según los criterios para identificar las fortalezas y oportunidades de mejora, ninguna pregunta o en su totalidad la dimensión 1 alcanza el puntaje necesario. En la dimensión 2, solo la pregunta “se producen errores por casualidad” alcanza el puntaje para ser considerada como fortaleza (76.4%).

- **DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE SERVICIO**

En este rubro se encuentran 27 preguntas distribuidas en 8 dimensiones, su análisis se realizó por cada dimensión y hacen referencia a la percepción que se tiene sobre la importancia que le dan los jefes a la seguridad del paciente.

Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección de la unidad en apoyo de la seguridad

Tabla 7. Resultados sobre expectativas y acciones de la dirección de la unidad en apoyo de la seguridad en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	13.2%	9.0%	64.6%	72.9%
Indiferente	25.7%	20.8%	16.7%	9.7%
Muy/De acuerdo	59.7%	68.8%	16.7%	13.9%
No contestó	1.4%	1.4%	2.1%	3.5%

Total de la dimensión	
Muy/En desacuerdo	39.9%
Indiferente	18.2%
Muy/De acuerdo	39.8%

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

La tabla señala que los resultados individuales y en conjunto no alcanzan el puntaje necesario, sin embargo destaca que 72.9% de los encuestados rechazan la pregunta sobre si hay indiferencia del jefe ante los problemas de seguridad.

Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

Esta dimensión incluye preguntas para identificar la actitud proactiva para la seguridad hacia el paciente, la tabla 8 muestra los resultados.

Tabla 8. Resultados sobre aprendizaje organizacional/mejora continua en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.
Respuestas			
Muy/En desacuerdo	17.4%	50.0%	18.8%
Indiferente	13.9%	22.2%	24.3%
Muy/De acuerdo	67.4%	26.4%	54.2%
No contestó	1.4%	1.4%	2.8%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo	28.7%		
Indiferente	20.1%		
Muy/De acuerdo	49.3%		

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

50% tiene una percepción negativa (muy/en desacuerdo) respecto a que, cuando se detecta un error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio

Esta dimensión señala la percepción solo al trabajo en equipo que realizan dentro de cada servicio.

Tabla 9. Resultados sobre trabajo en equipo dentro de los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	El personal en mi servicio se apoya mutuamente.	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	En este servicio nos tratamos todos con respeto	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	6.9%	9.7%	6.3%	6.9%
Indiferente	7.6%	6.3%	7.6%	6.9%
Muy/De acuerdo	84.0%	83.3%	85.4%	84.7%
No contestó	1.4%	0.7%	0.7%	1.4%
Total de la dimensión				
Muy/En desacuerdo 7.5%				
Indiferente 7.1%				
Muy/De acuerdo 84.4%				

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Se observa que la dimensión en su totalidad y por cada pregunta alcanzan el puntaje para ser considerada una fortaleza (84.4%) y la pregunta con el puntaje más alto (85.4%) es la relacionada con el respeto.

Dimensión 6. Franqueza en la comunicación

Esta dimensión señala la libertad que tiene el personal para comunicarse dentro de su servicio.

Tabla 10. Resultados sobre franqueza en la comunicación en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece
Respuestas			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

	que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	acciones de sus superiores.	que se ha hecho de forma incorrecta.
Muy/En desacuerdo	13.2%	43.1%	57.6%
Indiferente	16.0%	13.9%	11.1%
Muy/De acuerdo	68.1%	41.0%	26.4%
No contestó	2.8%	2.1%	4.9%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo 38%			
Indiferente 13.7%			
Muy/De acuerdo 45.1%			

En la tabla se observa que no alcanza el puntaje para considerarse fortaleza u oportunidad de mejora; sin embargo lo relacionado a hablar en total libertad cuando la atención del paciente se puede ver afectada alcanza una percepción positiva con 68.1%.

Dimensión 7. Feed-back y comunicación sobre errores

Se describen los resultados relacionados con la percepción de los encuestados al comunicar la presencia de errores.

Tabla 11. Resultados sobre feed-back y comunicación sobre errores en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Cuando notificamos algún evento adverso, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Se informa al personal de salud de los errores que ocurren en este servicio.	En su servicio discuten de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.
Respuestas			
Muy/En desacuerdo	27.1%	19.4%	11.8%
Indiferente	18.1%	10.4%	13.2%
Muy/De acuerdo	52.8%	68.1%	72.9%
No contestó	2.1%	2.1%	2.1%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo 19.4%			
Indiferente 13.9%			
Muy/De acuerdo 64.4%			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

En esta dimensión no se presenta ninguna fortaleza u oportunidad de mejora, sin embargo la percepción acerca de comunicarse sobre la ocurrencia de errores es positiva en las tres preguntas; 72.9% de los encuestados están muy/de acuerdo sobre discutir en su servicio para evitar que se presenten nuevamente errores.

Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores

Esta dimensión señala la percepción sobre las implicaciones que tienen cometer un error durante la atención de un paciente.

Tabla 12. Resultados sobre respuesta no punitiva a los errores en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
Respuestas			
Muy/En desacuerdo	59.0%	57.6%	20.1%
Indiferente	17.4%	8.3%	13.2%
Muy/De acuerdo	22.2%	32.6%	65.3%
No contestó	1.4%	1.4%	1.4%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo 45.6%			
Indiferente 13%			
Muy/De acuerdo 40%			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Se observa en la tabla una oportunidad de mejora a partir de la pregunta “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente”, 65.3% manifiestan estar en muy/de acuerdo; por otro lado llama la atención que 59% está muy/en desacuerdo sobre utilizar los errores que comentan en contra de los compañeros.

Dimensión 9. Dotación de personal

Esta dimensión valora la percepción sobre la disposición de recursos humanos para atender a la población en los servicios.

Tabla 13. Resultados sobre dotación del personal en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados interinatos y suplencias	Trabajamos bajo presión para realizar muchas cosas y rápidamente
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	65.3%	35.4%	63.9%	44.4%
Indiferente	3.5%	3.5%	12.5%	9.0%
Muy/De acuerdo	27.1%	61.1%	20.8%	43.8%
No contestó	4.2%	0.0%	2.8%	2.8%
Total de la dimensión				
Muy/En desacuerdo	52.3%			
Indiferente	7.1%			
Muy/De acuerdo	38.2%			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Esta dimensión contiene 2 oportunidades de mejora; 65.3% tienen la percepción de que no cuentan con el personal suficiente y 61.1% percibe que no se puede proporcionar la mejor atención por tener jornadas laborales agotadoras; sobre suplencias e interinatos, 63.9% no lo consideran un factor para no brindar una adecuada atención, de igual forma 44.4% están en muy/en desacuerdo sobre estar bajo presión para realizar rápidamente sus actividades.

Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Este rubro señala la percepción que tienen sobre la actuación que tiene dirección del hospital en los servicios sobre seguridad del paciente.

Tabla 14. Resultados sobre apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en los servicios de pediatría del CMN 20 de noviembre.

Preguntas	La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.
Respuestas			
Muy/En desacuerdo	38.2%	36.1%	31.9%
Indiferente	29.2%	21.5%	16.0%
Muy/De acuerdo	31.3%	39.6%	49.3%
No contestó	2.1%	2.8%	2.8%
Total de la dimensión			
Muy/En desacuerdo 35.4%			
Indiferente 22.2%			
Muy/De acuerdo 40%			

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Aquí se señala una posible oportunidad de mejora al identificar un puntaje cercano al solicitado; 49.3% de los encuestados consideran estar muy/de acuerdo acerca de que la dirección del hospital solo se interesa de la seguridad cuando se han presentado los eventos adversos.

- DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL.

Este apartado está conformado solo por 2 dimensiones, con 4 preguntas en cada una y valora la percepción que tienen sobre el hospital.

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades

Esta dimensión está conformada por 4 preguntas que valoran la percepción que se tiene sobre su relación con otros servicios dentro del CMN.

Tabla 15. Resultados sobre trabajo en equipo entre unidades en el CMN 20 de noviembre.

Preguntas	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	27.8%	25.0%	59.0%	22.9%
Indiferente	22.9%	14.6%	18.8%	18.1%
Muy/De acuerdo	46.5%	56.9%	19.4%	56.3%
No contestó	2.8%	3.5%	2.8%	2.8%
Total de la dimensión				
Muy/En desacuerdo 33.7%				
Indiferente 18.6%				
Muy/De acuerdo 3%				

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Se identifica que ninguna pregunta alcanza el puntaje requerido, sin embargo llama la atención que a 46.5% considera que los servicios no se coordinan bien ellos, sin embargo 56.9% perciben una buena cooperación entre servicios que trabajan mutuamente y 56.3% respondió estar muy/de acuerdo en que los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención y 59% rechaza que sea incómodo trabajar con personal de otros servicios.

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.

Tabla 16. Resultados sobre cambios de turno y transiciones entre servicios en el CMN 20 de noviembre.

Preguntas	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren de un servicio a otro	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno
Respuestas				
Muy/En desacuerdo	38.9%	52.1%	56.9%	38.2%
Indiferente	12.5%	9.0%	16.0%	10.4%
Muy/De acuerdo	46.5%	36.8%	24.3%	48.6%
No contestó	2.1%	2.1%	2.8%	2.8%
Total de la dimensión				
Muy/En desacuerdo 46.5%				
Indiferente 12%				
Muy/De acuerdo 2.4%				

Fuente: Cuestionarios de seguridad del paciente 2016.

Solo 2 preguntas destacan por que se acercaron al puntaje de 50% para ser oportunidades de mejora; por un lado lo relacionado con la perdida de información de los pacientes al realizar una transferencia de servicio, 46.5% consideran estar muy/de acuerdo y 48.6 consideran que hay problemas en la atención en los cambios de turno.

RESUMEN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS EN EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- **Fortalezas**

A continuación se describen las fortalezas identificadas, con la dimensión a la que pertenecen cada pregunta.

Tabla 17. Fortalezas identificadas en el clima de seguridad del paciente en los servicios de la Coordinación de Pediatría.

DIMENSIONES	% Total	PREGUNTAS	% Parcial
Trabajo en equipo en el Servicio	84.4%	El personal se apoya mutuamente.	84.0%
		Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	83.3%
		En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	85.4%
		Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	84.7%

Fuente: Cuestionario de Seguridad en el Paciente 2016.

En la tabla 17 se identifica que la dimensión “Trabajo en equipo en el servicio” fue la única que se considera como fortaleza.

- **Oportunidades de mejora**

La información se registra en la tabla 18 mostrando que los resultados no se concentraron en una sola dimensión.

Tabla 18. Oportunidades de mejora identificadas en el clima de seguridad del paciente en los servicios de la Coordinación de Pediatría.

DIMENSIÓN	% Total	PREGUNTAS	% Parcial
Respuesta no punitiva a los errores	N/A	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	65.3%
Dotación del personal	N/A	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	65.3%
		A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	61.1%
Aprendizaje organizacional/ mejora continua	N/A	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	50%

Fuente: Cuestionario de Seguridad en el Paciente 2016.

Se registraron 4 oportunidades de mejora distribuidas en 4 dimensiones; la percepción de los encuestados fue de estar muy de acuerdo/de acuerdo con el temor de que al cometer errores quede registrado en su expediente y que la jornada laboral es agotadora limitando la atención.

Por otro lado su actitud es de muy en desacuerdo/en desacuerdo hacia la suficiencia del personal para la carga de trabajo y que se realicen medidas para evitar la ocurrencia de eventos adversos una vez que son detectados.

De acuerdo a los resultados otras preguntas que si bien no alcanzaron el puntaje solicitado, se aproximaron notoriamente por lo cual es necesario considerarlas, en la tabla 19 se describen.

Tabla 19. Posibles fortalezas y oportunidades de mejora para los servicios de la Coordinación de Pediatría.

FORTALEZAS			
DIMENSIÓN	% Total	PREGUNTAS	% Parcial
Feed-back y comunicación sobre errores	N/A	En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	72.9%
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del Servicio en apoyo de la seguridad	N/A	Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	72.9%
OPORTUNIDADES DE MEJORA			
Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	N/A	La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	49.3%

Fuente: Cuestionario de Seguridad en el Paciente 2016.

La percepción positiva de los encuestados fue de 72.9% sobre discutir saber de qué manera se pueden evitar los eventos adversos y que el jefe se pasa por alto los problemas de seguridad del paciente; 49.3% también tiene una percepción positiva acerca de que la dirección del hospital solo se interesa por la seguridad cuando ya ocurrió un evento adverso.

3. CARACTERÍSTICAS QUE CONTIENEN LOS REGISTROS O SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS PARA LOS SERVICIOS DE LA COORDINACIÓN DE PEDIATRÍA

A través de un oficio emitido por el área de calidad a la Coordinación de calidad y reuniones con personal del área de Planeación, Epidemiología, Enseñanza, Enfermería, Banco de Sangre y de la misma coordinación se logró documentar material relacionado con registros o sistemas de notificación de eventos adversos, a continuación se describe lo que se encontró:

ÁREA DE ENFERMERÍA

Cuenta con un Manual de Procedimiento para la notificación de Evento Adverso con las siguientes características:

- Solo es aplicable para el área de enfermería.
- Es obligatoria la notificación por el personal que cometió el evento.
- Cuenta con un formato para realizar la notificación.
- Cuenta con un registro electrónico de los casos notificados en cada servicio
- Realiza una revisión del manual de procedimientos relacionado con el evento, entre la enfermera que cometió el evento y el personal de enfermería adscrito al turno y servicio.
- Realiza el seguimiento de las consecuencias y manejo del evento adverso durante 72 hrs.
- Desarrolla propuestas de mejora al servicio.
- Integran la información para sus indicadores internos y externos.

ÁREA DE BANCO DE SANGRE

No cuentan con un documento (manual de procedimientos) que plasme la notificación de eventos adversos, sin embargo realizan el registro de aquellos relacionados a los procesos dentro del servicio, las características que tiene son:

- Solo es aplicable para el servicio de Banco de sangre.
- Cuenta con los formatos relacionados con los procedimientos que realizan para la identificación de posibles reacciones que se presenten en los pacientes.
- A partir de ese formato documentan la cadena de hechos para identificar si la falla fue parte del proceso que se realiza en el servicio.
- Si la falla no se relaciona con el servicio lo indican en el formato y no realizan ninguna revisión o análisis.
- Si el evento fue a partir de fallas en sus procesos, realizan el registro y análisis.

ÁREA DE LA DIVISIÓN DE POSGRADOS

Es el área que recibe información relacionada con eventos adversos que haya sucedido por los residentes del CMN, cuenta con los siguientes puntos:

- La información es dada por el personal médico adscrito responsable del residente que haya cometido el evento adverso.
- Su análisis es relacionado con la formación y competencias del residente.
- El resultado final del análisis tiene como fin una amonestación o la baja del residente.
- No es obligatorio notificarlo, sin embargo se indica realizar el reporte sobre lo que suceda con el actuar de los residentes en sus prácticas clínicas.
- Los registros y notificaciones no son sistematizados.

EPIDEMIOLOGÍA

No se pudo obtener información relacionada con el registro o sistema de notificación de eventos adversos durante el 2015 por cuestiones internas del área.

A partir de las recomendaciones de la OMS, OPS y otras fuentes bibliográficas se construyó una tabla con elementos que deben tener los sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de salud, para realizar una comparación con los que se identificaron en el CMN 20 de Noviembre.

Tabla 20. Características de los registros o sistemas de notificación de eventos adversos en el CMN comparado con recomendaciones de la literatura.

Área	Enfermería	Banco de Sangre	División de Posgrado
Característica	X	X	X
No punitivo	X	X	X
Confidencial	X	X	X
Categoriza los eventos	✓	✓	✓
Analizan los eventos	✓	✓	✓
Contempla una orientación sistémica	X	X	X
Cuenta con un formato de notificación	✓	✓	X
Es Voluntario	X	X	X

Fuente: Elaboración propia 2015.

En la tabla se identifican que se cuenta de manera muy parcial con las características que se recomiendan para el desarrollo de un sistema de notificación; 3 áreas coinciden en que categorizan los eventos adversos y solo dos cuentan con los formatos de notificación.

PROPUESTA DE UN MODELO PARA LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

Se realizó una revisión de evidencia científica y con base en la buena práctica se elaboró el sistema de notificación de eventos adversos en salud para la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, a continuación se señalan los puntos de la propuesta la versión completa se encuentra en el Anexo (V).

OBJETIVO GENERAL

- Realizar el monitoreo de Eventos Adversos (cuasifallas, eventos adversos leves, moderados y centinela) mediante el seguimiento continuo y sistemático, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección, análisis y seguimiento de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, control y acciones de mejora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar el proceso de registro y reporte de incidentes y eventos adversos en la coordinación de Pediatría.
- Caracterizar en términos de variables de persona, tiempo, lugar, clínico y epidemiológico los eventos adversos que se notifican en la coordinación de pediatría.
- Establecer el desarrollo metodológico para el análisis de los eventos adversos graves/centinela.
- Estimar la proporción de eventos adversos según el tipo y la clasificación final.
- Aportar información para establecer medidas de prevención y mejora.

ALCANCE

- Solo será aplicable para los Servicios de la Coordinación de Pediatría.

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS

- La notificación de eventos adversos será de manera general, no especificando el evento exclusivo a notificar.

FORMATOS /REGISTROS

- Se dispone de un formato validado (elaboración propia) en papel para la notificación de eventos adversos (Anexo VI)

RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

- Personal médico y de enfermería relacionado con el proceso de atención.
- Responsable de la Coordinación de Pediatría y Jefes(as) de Servicios médicos y de enfermería
- Personal del área de Calidad y Seguridad del Paciente.

PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN

- Tiene como objetivo lograr la organización del equipo humano, logístico y otros elementos necesarios para la implementación de la vigilancia de Eventos Adversos, involucrando en el proceso a la Responsable de la Coordinación de Pediatría, jefes de servicios y personal médico y de enfermería.

IMPLEMENTACION DE LA VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

- Inicia con la detección y reporte de cuasifallas y eventos adversos.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS

- Conformar un equipo para el análisis
- Todos los eventos adversos serán integrados en una base de datos

- Los eventos adversos clasificados como cuasifallas y leves se analizarán de forma general por medio de patrones y tendencias.
- Los eventos clasificados como graves o centinela se confirmarán inmediatamente con la información proporcionada y serán sujetos a investigación y análisis inmediato por medio de un “Análisis Causa-Raíz”.
- La herramienta utilizada para el análisis de los eventos centinelas será el “Análisis Causa-Raíz” (Anexo VII).

RESULTADOS DEL ANÁLISIS

- Semestralmente el Equipo de Análisis de Eventos Adversos emitirá un informe que contendrá:
 - No. de eventos centinelas registrados por tipo, grado de afectación, servicio y personal notificante.
 - No. de notificaciones
 - No. de casos analizados
 - Resolución de casos analizados
 - Acciones de mejora propuestas y acciones de mejora implantadas
- Se deberá integrar un programa de reconocimiento para el personal o servicio de mejor desempeño con el sistema de notificación de eventos adversos.

CAPACITACIÓN SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y PRUEBA PILOTO PARA EL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA SOBRE EL MODELO DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

Personal del área de calidad en conjunto con la Coordinación de Pediatría y el área de enseñanza de la Coordinación de Servicios Paramédicos programaron dos sesiones con duración de 50 minutos cada una en el auditorio y 2 sesiones de 60 minutos en el aula del área de enseñanza para capacitar e informar al personal médico de los servicios sobre los eventos adversos y el proyecto sobre el sistema de notificación que se iba a realizar en sus servicios.

En total se capacitaron a 51 residentes y 41 médicos adscritos, representando el 89% de la plantilla vigente para el momento de la capacitación.

Con relación al personal de enfermería la logística fue diferente, de igual manera se realizaron sesiones pero fueron en su horario y lugar laboral, en un horario programado solo por la Coordinación de Servicios Paramédicos (área de enseñanza) ya que la demanda de trabajo y la diversidad en los turnos dificultaba reunir al personal en un solo momento.

Se logró la participación de 141 enfermeras (81%) de la plantilla vigente, en 27 sesiones abarcando los 4 turnos existentes (Matutino, Vespertino, Nocturno A y Nocturno B).

También se realizó una sesión acerca del sistema de notificación de eventos adversos, que se iba a desarrollar en los servicios de Pediatría al grupo de apoyo que se conformó para que participara en el análisis solo de los eventos adversos clasificados como graves.

PRUEBA PILOTO PARA EL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA SOBRE EL MODELO DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

- Se realizó la prueba piloto en los servicios de la coordinación de Pediatría, previa capacitación y sensibilización del tema al personal de salud.
- Se les comento que la participación era voluntaria y se les entregó personalmente el formato para la notificación de eventos adversos, al igual que se dejó un paquete de formatos en cada servicio y de manera electrónica; se le indico al personal que la recepción de los formatos podría realizarse en el área de calidad si así lo querían o se podía colocar en los buzones que se encontraban instalados exclusivamente para tal fin.
- Se colocaron 3 buzones para realizar la recepción de los formatos, uno se colocó en un pasillo cerca del servicio de UTIP, otro cerca del elevador del personal y otro en el pasillo donde se encuentra el área de calidad; solo la secretaría del Personal conto con la llave para realizar la revisión de los mismos de lunes a viernes en el transcurso del día.
- Se construyó una base de datos para registrar y analizar la información sobre los eventos adversos notificados.
- En caso de que el personal considerara que el evento adverso que notifica es grave debería informar al área de calidad en las primeras 24 horas de sucedido.
- Se instaló el grupo de apoyo interdisciplinario para el análisis de eventos adversos graves, constituido por personal de las Coordinaciones de Bioética, Enseñanza, Servicios Paramédicos, Medicina y Pediatría con el objetivo de brindar un aporte a la revisión del caso, desde una visión menos clínica se

les hizo la invitación de participar voluntariamente, respondiendo estar de acuerdo.

- Se construyó una guía para el análisis de eventos adversos con base en la buena práctica y que se adaptara a las condiciones de los servicios de pediatría.
- En total se documentaron 13 eventos adversos a través del buzón y dos directamente al área de calidad considerados como eventos graves durante el periodo octubre a diciembre del 2016; en la tabla 21 se describen los eventos que fueron documentados.

Tabla 21. Relación de eventos adversos notificados al sistema de notificación de eventos adversos del área de calidad del CMN 20 de Noviembre.

Servicio	Tipo de evento adverso	Personal que notifica	Turno	Categoría del evento notificado
UCIN	Moderado	Residente	Nocturno	Proceso/procedimiento
UCIN	Moderado	Residente	Matutino	Proceso/procedimiento
UCIN	Grave	Médico adscrito	Nocturno	Proceso/procedimiento
UCIN	Leve	Enfermera	Leve	Proceso/procedimiento
UTIP	Leve	Enfermera	Matutino	Proceso/procedimiento
UTIP	Moderado	Médico adscrito	Matutino	Proceso/procedimiento
UTIP	Moderado	Médico adscrito	Moderado	Proceso/procedimiento
Oncología	Moderado	Médico adscrito	Matutino	Accidente del paciente
Oncología	Leve	Médico adscrito	Vespertino	Proceso/procedimiento
Oncología	Leve	Médico adscrito	Leve	Proceso/procedimiento
Oncología	Leve	Médico adscrito	Leve	Proceso/procedimiento
Oncología	Leve	Médico adscrito	Leve	Proceso/procedimiento
Imageneología	Grave	Médico adscrito	Matutino	Proceso/procedimiento

Fuente: Base de datos del sistema de notificación de eventos adversos 2016.

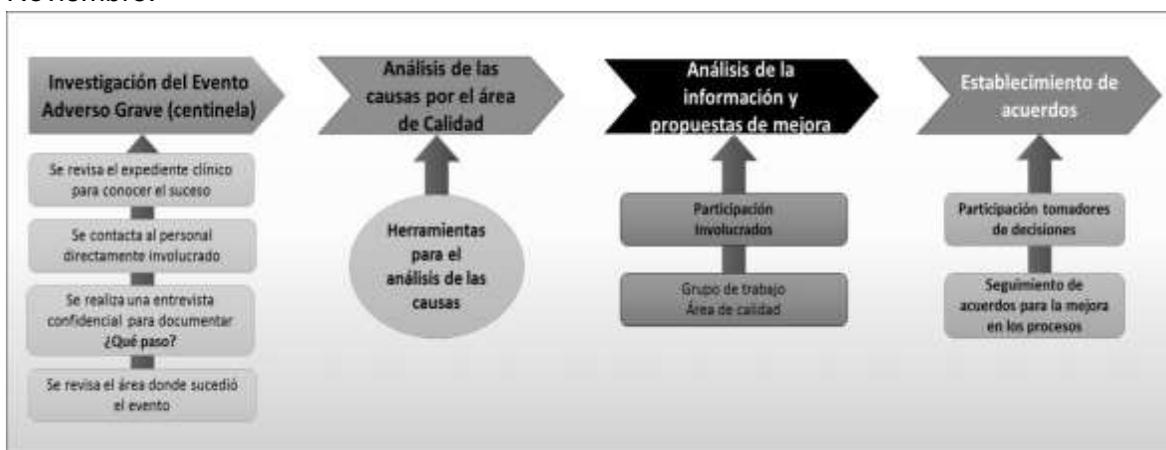
En la tabla se observa que se notificaron 12 eventos adversos de 3 servicios de la Coordinación de Pediatría y un evento adverso del área de Resonancia Magnética,

a pesar de no ser un servicio de la coordinación, se presentó el evento en un paciente pediátrico.

11 eventos adversos fueron clasificados como leves/moderados de acuerdo al impacto en la salud del paciente, el análisis se desarrollara entre integrantes del área de calidad al final del trimestre de iniciado el piloto.

2 eventos adversos fueron clasificados como graves, por lo cual se realizó un análisis en las primeras 24 horas de notificado, la ruta de análisis se ejemplifica en la figura 4.

Figura 4. Ruta de análisis para los eventos adversos clasificados como graves del sistema de notificación de eventos adversos para la Coordinación de Pediatría del CMN 20 de Noviembre.



Fuente: Elaboración propia.

Utilizando la guía para el análisis del evento adverso, se inició la investigación con la revisión del expediente clínico, posteriormente se contactó al personal involucrado para conocer su versión y se revisó el área donde sucedió el evento.

Posteriormente se utilizó la espina de Ishikawa para identificar las causas que condicionaron la presencia del evento; el primer análisis se realizó por el equipo de calidad, posteriormente se presentó el caso con el grupo de apoyo y los involucrados que aceptaron su participación dando su punto de vista y establecieron propuestas de mejora.

Por último se presentó el caso con los tomadores de decisiones que para estos casos fue necesaria la participación de los Coordinadores de las áreas involucradas y el cuerpo directivo, estableciendo los siguientes acuerdos:

I. Todo paciente neonato que ingrese al servicio de Admisión Continua Pediatría deberá ser valorado por UCIN en las primeras 24 hrs. de ingreso; esto deberá ser considerarlo dentro de las políticas de operación del manual de procedimientos.

II. Todos los pacientes que soliciten atención por medio de la Referencia deberá contar con un resumen amplio de su condición clínica.

III. Revisar manuales de procedimientos de manera periódica y en conjunta con el personal involucrado: 1. Ingreso del paciente pediátrico 2. Colocación de procedimientos invasivos (catéter)

IV. Todos los procedimientos invasivos que realice el personal en formación (residentes) deberá ser bajo supervisión directa de un médico adscrito (en caso de no encontrarse en el área se solicitará el apoyo de otra área); esto deberá establecerse como una política dentro de los servicios de la Coordinación de Pediatría.

V. Establecer dentro de las políticas la descripción detallada de por qué el paciente es contra referido a otro unidad.

VI. Implementar el método de evaluación de competencias para los médicos residentes en la ejecución de procedimientos invasivos y toma de decisiones, esto será a través del área de enseñanza de pediatría con la División de Posgrados.

VII. Establecer presentación de casos a través de sesiones clínicas; en donde se someterá a consideración el riesgo beneficio del paciente, con la participación de todos los servicios involucrados y en los casos que se considere la participación del comité de ética.

VIII. Gestionar el servicio de microbiología las 24 horas y fines de semana.

IX. Gestionar los insumos necesarios para el control radiológico.

X. Establecer una agenda de trabajo para el rediseño de procesos de la atención pediátrica y establecer la cadena de comunicación interdepartamental e interdisciplinaria.

XI. Revisión del proceso del Consentimiento Informado para la ejecución de procedimientos invasivos: esta solo podrá ser llevada a cabo por el médico adscrito.

XII. Sistematizar los servicios de anestesiología y resonancia magnética a través de un protocolo de actuación.

El periodo de revisión de los acuerdos será dentro de tres meses para valorar su ejecución y desarrollo, a partir de lo identificado se construirán indicadores que permita monitorizar de manera trimestral los acuerdos y el funcionamiento del sistema de notificación.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente proyecto se obtuvieron a través de cuestionarios, entrevistas y revisión documental de información obtenida en diferentes áreas relacionadas con los servicios de pediatría y de los mismos.

En el caso de las herramientas utilizadas para la investigación y desarrollo del proyecto fueron adaptadas de acuerdo al contexto del CMN 20 de Noviembre y los servicios de pediatría.

REVISIÓN DOCUMENTAL

Solo una parte del personal de salud (enfermería) esta sensibilizado con la notificación de eventos adversos, sin embargo en la práctica diaria se encuentra en general baja su participación; el personal de enfermería es el que mayoritariamente trabaja este aspecto y las demás áreas concentran su atención solo a eventos relacionados con los procesos que desarrollan, sin identificar la vinculación con otros servicios para realizar el análisis y seguimiento.

La participación del personal del área médica es casi nula sobre la notificación de eventos adversos, solo se documentó la notificación por los médicos adscritos a la División de Posgrados de eventos relacionados con los residentes para valorar el desarrollo de sus habilidades y competencias, sin embargo representa una amonestación o la salida del programa para los residentes, contrastando con las recomendaciones sobre la vigilancia de los eventos y la enseñanza que debe realizarse con el personal en formación.

Se documentó que existe información relacionada con la vigilancia de eventos adversos, sin embargo de acuerdo a la buena práctica no funciona como un sistema para la vigilancia, es un registro de eventos que solo es aplicable al área de enfermería, de la misma forma sus acciones para evitar que sucedan nuevamente

se concentran en una revisión que abarca solo un aspecto de las causa que favorecieron su origen.

Los sistemas de vigilancia deben desarrollarse con un enfoque hacia el aprendizaje, a través del desarrollo de sus objetivos, que contribuyan a la implementación de acciones de mejora para la atención de la salud, sin embargo al comparar la información obtenida, las acciones que se realizan en las áreas de enfermería, banco de sangre y la división de posgrados son de corto alcance al trabajar como islas y no comunicarse con otros servicios que permita atender la situación en su punto medular.

A través de los resultados plasmados se observa que los diferentes registros de eventos adversos presentan un componente punitivo, lo cual contrasta con la literatura en la que refiere que uno de los elementos para que se pueda desarrollar favorablemente la vigilancia de eventos adversos es la participación voluntaria.

Contar con un sistema de información es de suma importancia para la toma de decisiones, que contenga una serie de atributos como recomienda la OMS, que favorezca recolectar datos, analizarlos, interpretarlos y difundirlos; analizando la información obtenida en las diferentes áreas, solo el área de enfermería cumple parcialmente con los atributos, al solo concentrarse a su servicio y no analizar de manera sistematizada.

CUESTIONARIOS

Si bien hubo una mayor participación del personal de enfermería, también se observó participación del personal médico, específicamente el personal en formación (residentes médicos), además hubo mayor participación de los servicios que atienden población con situaciones críticas (UCIN y UTIP).

Con relación a la capacitación sobre eventos adversos, en general más de la mitad de la población no la ha recibido, el personal de enfermería es el que

mayoritariamente ha recibido la capacitación, esto puede contribuir a tener una limitada participación de otras áreas.

Dentro de los resultados obtenidos llama la atención que en general la actitud de los encuestados es favorable sobre realizar la vigilancia de eventos adversos, al estar de acuerdo en puntos como: recibir capacitación, notificar la presencia de eventos adversos y analizar la información obtenida, además consideran importante que no solo el personal de salud participe, también el personal directivo, administrativo e incluso los pacientes.

Por otro lado llama la atención que tienen una actitud de desacuerdo con relación a que reportar los eventos adversos tenga consecuencias negativas y que informar los eventos adversos provocaría una afectación en su dinámica laboral dentro de sus servicios de atención, sin embargo cuando se compara la respuesta con el cuestionario de seguridad del paciente, la mayoría de los encuestados refirieron estar de acuerdo que si cometen un error temen que se quede registrado en su expediente. Esta diferencia de opinión puede ser como refiere la OMS por falta de una definición clara que debe tenerse sobre la definición de error o evento adverso que debe diferenciarse de la negligencia que conlleva otro manejo, sin embargo el personal, al no tener el concepto claro tiende a generalizarlo, además de actualmente la notificación de eventos adversos que se realiza en sus servicios es obligatorio.

De acuerdo a las respuestas obtenidas en el cuestionario de seguridad del paciente, se identificaron fortalezas para su desarrollo, por un lado el trabajo en equipo es algo muy importante para los encuestados, sin embargo esto solo es aplicable de manera interna en sus servicios; al compararlos con el resto del hospital, su percepción cambia al no considerar que entre servicios se desarrolle un trabajo en equipo, consideran que es necesario solamente tener una vinculación para la atención el paciente.

Y al realizar la comparación con los resultados de un cuestionario sobre clima organizacional aplicado al mismo personal, los resultados son diferentes, ya que al considerar el trabajo en equipo solo como compañeros de trabajo sin vincular al paciente, su actitud es de indiferencia.

Con relación a las oportunidades de mejora, los resultados refieren que las jornadas de trabajo son agotadoras y no se cuenta con personal suficiente para brindar la atención, sin embargo como se comenta en el informe sobre análisis de cultura de seguridad, 2009, estos son puntos comunes que se presentan en las instituciones de salud, a los que no se deben de restar importancia; si bien sabemos que los recursos nunca serán suficientes, es importante diseñar su organización y disposición.

Otra oportunidad de mejora es relacionada con que al detectar fallas en la atención, se llevan medidas apropiadas que favorezcan que no ocurran de nuevo, esto se relaciona parcialmente con las acciones que realiza el personal de enfermería al llevar un seguimiento de 3 días sobre el evento que se presentó en el paciente y solicitar la valoración médica, además de reunirse el personal para revisar material con respecto a evento que se presentó, sin embargo la recomendación de la OPS es que realizar acciones de mejora se debe integrar al personal involucrado pero sobre todo un abordaje sistémico para que realmente se desarrollen.

SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Implementar un sistema de vigilancia para eventos adversos, conlleva primeramente a sensibilizar al personal a que no se buscan culpables, es identificar las fallas en los procesos para implementar barreras que eviten que se vuelvan a presentar, al igual que capacitar sobre los conceptos necesarios para su ejecución.

La propuesta del sistema de vigilancia de eventos adversos desarrollada en los servicios de Pediatría, durante el periodo de 2 meses que fue observada, presentó

solo 13 notificaciones, siendo un dato escaso (Informe “An organization with a memory”, señala 850,000 casos anuales) sin embargo, considerando que la notificación es voluntaria y confidencial, se considera un dato importante.

Como se refiere en el informe sobre notificación de eventos adversos 2007, la confidencialidad tiene un papel importante para lograr la participación del personal involucrado en la atención, bajo este argumento la propuesta que se generó contiene ese elemento.

Otro aspecto es que solo un personal del área de enfermería notifico la presencia de un evento adverso, sin embargo es el personal que mayoritariamente notifica, esto se vio favorecido por que el registro que realiza la Coordinación de Servicios Paramédicos se sigue desarrollando por lo cual el personal de enfermería refirió durante las capacitaciones que al ser obligatorio tendría que reportar y se les dificultaba realizar un reporte doble por la carga laboral.

Por otro lado, el personal del área médica tuvo la mayor participación (médicos adscritos y residentes), se integraron a la notificación de eventos adversos, que no se había presentado anteriormente.

El análisis de los eventos adversos clasificados como centinela provoco que se establecieran grupos de trabajo interdisciplinarios que favoreció el desarrollo de acuerdos y propuestas de mejora.

CONCLUSIONES

La vigilancia de los eventos adversos es necesaria e importante actualmente, ya que no solo se concentra en las enfermedades, incluye identificar factores de riesgo, eventos, otras enfermedades no transmisibles, que favorezcan anticiparse al fenómeno, y se establezcan acciones que favorezcan la salud de la población, y concretamente dentro una institución de salud, contribuya a mejorar su atención.

El comportamiento epidemiológico actual de los eventos adversos es parcial, dada la vigilancia que se realiza y las personas que participan en su desarrollo, predominando ampliamente el área de enfermería.

El área de enfermería concentra la notificación de eventos adversos, sin embargo no establece puentes de comunicación con otro personal que facilite una notificación y análisis con una visión más amplia.

A pesar de tener una participación del 51% en contestar los cuestionarios, la participación aumento en las sesiones que se desarrollaron para brindar información y orientación sobre la notificación y el sistema de vigilancia de eventos adversos.

El trabajo en equipo es un elemento muy importante para el desarrollo de la atención de los pacientes y vinculado a la seguridad del paciente, el personal de salud busca realizar acciones que favorezca que su desarrollo de manera interna, sin embargo no se generaliza entre los servicios.

Establecer la obligatoriedad como parte de la notificación, puede comportarse como un factor que limite la notificación, a pesar de que el personal de enfermería lo realiza bajo esa condición, el no hacerlo conlleva consecuencias en su área laboral, lo que provoca que no todo lo que se notifica sea en efecto un evento adverso.

El tener que notificar a dos áreas (enfermería y calidad) limita la participación del personal de enfermería para realizarlo, al considerar que es doble carga de trabajo y dada la cantidad elevada de la demanda laboral se ve restringida su participación.

Si bien coinciden en que es importante realizar la vigilancia de los eventos adversos, en la práctica la participación del personal de salud es muy baja, presentando una nula participación del área médica y una participación de manera obligatoria para el personal de enfermería, los demás servicios solo realizan la notificación cuando se ven involucrados los procesos propios de sus servicios.

RECOMENDACIONES

- Favorecer la capacitación periódica sobre la vigilancia de eventos adversos en todo el personal relacionado con la atención del paciente.
- Fomentar una retroalimentación práctica y oportuna al personal que ha participado en la notificación de eventos adversos.
- Promover la implantación y desarrollo de un sistema de vigilancia de eventos adversos con una orientación hacia el aprendizaje.
- Desarrollar estrategias que favorezcan la notificación de eventos adversos (integrar un programa de reconocimiento al personal notificante), dentro del contexto del CMN 20 de Noviembre.
- Desarrollar acciones dirigidas para la notificación de eventos adversos, en personal de nuevo ingreso (médicos residentes) con el fin de familiarizarlos con el tema al ingreso.
- Establecer una vía de comunicación efectiva que favorezca realizar acciones de mejora de manera interdisciplinaria.
- Implicar a los líderes de la organización en la difusión sobre la vigilancia de los eventos adversos y la importancia de su aplicación.
- Proporcionar las competencias necesarias al personal encargado del análisis de los eventos adversos.
- Informar al personal de la organización sobre los eventos notificados y las acciones de mejora que contribuyan a mejorar la notificación (boletines informativos, infografías, correos, etc.).

- Avanzar en la implementación de acciones de mejora a partir del análisis de la notificación, con indicadores de monitorización que permita evaluar la presencia de cambios en la organización y el impacto en la seguridad del paciente.
- Favorecer la integración de los registros que se encuentran actualmente documentados a la propuesta del sistema de vigilancia de eventos adversos, con el fin de unificar criterios y disminuir la carga de trabajo en el personal.
- Integrar la participación de la Coordinación de epidemiología en el análisis de eventos adversos, sobre todo a lo relacionado con las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), que favorezca una visión más amplia y un manejo adecuado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La Coordinación de Servicios Paramédicos (encargados de enfermería) decidió no adherirse a la propuesta del sistema de vigilancia y seguir realizando la notificación de eventos adversos como ya la tienen programada, ya que al inicio de la intervención solo se le informó a la Coordinación de Pediatría, limitando la participación del personal de enfermería en la notificación.

Dada la carga laboral y organización del personal de enfermería solo se pudo realizar una sesión informativa sobre la intervención que se desarrolló y sobre eventos adversos.

Por las características del CMN 20 de Noviembre, de ser un hospital de alta especialidad los resultados no son extrapolables a otras instituciones que no cuenten con similares características, sin embargo si podría ser aplicable a sus mismos servicios.

El personal médico empezó a realizar la notificación de eventos adversos, sin embargo como solo los eventos adversos clasificados como graves son sujetos a un análisis inmediato, esto contribuyó a que la notificación de los mismos disminuyera (la mayoría fueron eventos adversos leves/moderados) su análisis en lento y de acuerdo a la frecuencia (se realiza por patrones y tendencias).

Otra situación que se presentó fue que la Coordinación de Epidemiología no pudo participar por una reestructuración que presentó, por lo cual lo relacionado con su información no pudo ser compartida para la realización del proyecto, al igual que su participación en el análisis de los eventos adversos.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE EVENTOS ADVERSOS

Estos cuestionarios son estrictamente confidenciales, toda la información recabada será utilizada solo por el área de calidad.						
INFORMACIÓN GENERAL QUE SE LE SOLICITA						
Sexo						
Edad						
Profesión						
Servicio de Adscripción						
Turno laboral						
Puesto que desempeña						
Tiempo que lleva en el cargo						
<p>Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y eventos adversos DENTRO DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA</p> <p>Son 2 cuestionarios que tendrá q responder, la información proporcionada es estrictamente confidencial y será utilizada por el área de calidad.</p> <p style="text-align: center;">CONCEPTOS QUE USTED DEBE CONOCER:</p> <p>1.- Un evento adverso es una lesión o error relacionado con el proceso de atención de la salud, que no está vinculado con el padecimiento o las complicaciones de la enfermedad y puede o no producir un daño al paciente.</p> <p>2.-La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.</p>						
SEÑALE CON UNA X SU RESPUESTA EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE, SOLO MARQUE UN RECUADRO POR PREGUNTA						
Folio	PREGUNTA	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Considera importante reportar los eventos adversos					
2	Se debe realizar capacitación sobre eventos adversos a todo el personal en su servicio					
3	El estrés y la sobrecarga de trabajo provoca que se presenten eventos adversos					
4	Informar la presencia de eventos adversos afecta la dinámica laboral					

5	Hay consecuencias negativas si reporta eventos adversos					
6	En su área de trabajo se toman el tiempo necesario para identificar y evaluar los eventos adversos					
7	La coordinación de pediatría tiene identificados los tipos de eventos adversos que ocurren actualmente					
8	Considera que el paciente se siente seguro con la atención que se le proporciona en su área					
9	Considera que los grupos que se mencionan a continuación deben estar involucrados en la mejora de la seguridad del paciente.					
A	Los pacientes					
B	Los médicos adscritos					
C	Los médicos en formación					
D	Las enfermeras					
E	Los administrativos					
F	Los directivos del hospital					
CONTESTE LAS PREGUNTA Y SEÑALE CON UNA X SU RESPUESTA EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE						
		SI	NO	¿Cuántas veces en un año?		
	Ha recibido capacitación sobre eventos adversos					

Fuente: Adaptado de Imbacuan M. María. Conocimiento de los trabajadores de la Salud sobre eventos adverso como proceso de mejoramiento de calidad Hospital de Tambo Causa, Abril-Mayo 2001. Trabajo de Investigación para obtención de título de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud.

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD EL PACIENTE

POR FAVOR, SEÑALE CON UNA X SU RESPUESTA EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE, SOLO MARQUE UN RECUADRO POR PREGUNTA

Folio	PREGUNTA	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Sección A. Relacionado con su Servicio						
1	El personal en mi servicio se apoya mutuamente.					
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En este servicio nos tratamos todos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados interinatos y suplencias					
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente					

	se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10	Se producen errores por casualidad.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14	Trabajamos bajo presión para realizar muchas cosas y rápidamente					
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17	En este servicio hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					

19	<p> Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. </p>					
20	<p> Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. </p>					
21	<p> Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. </p>					
22	<p> Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente. </p>					

Sección B. Relacionado con su Hospital

Folio	PREGUNTA	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23	<p> La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. </p>					
24	<p> Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas. </p>					
25	<p> La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren de un servicio a otro </p>					

26	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.					
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31	La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.					
32	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

Sección C. Comunicación en su Servicio

Folio	PREGUNTA	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
34	Cuando notificamos algún evento adverso, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36	Se informa al personal de salud de los errores que ocurren en este servicio.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En su servicio discuten de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					

42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque probablemente podrían haber dañado al paciente.					
----	---	--	--	--	--	--

Fuente: Adaptado de Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL

Para el personal médico y de enfermería de la Coordinación de Pediatría

Título de la investigación:

Propuesta de un modelo para la vigilancia de eventos adversos en salud en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Estimado(a) personal de salud:

Introducción/Objetivo: Parte de la formación de los alumnos que están cursando la Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública es la de realizar un Proyecto de Terminal de Titulación que recabe información sobre aspectos de salud. En este estudio, se pretende desarrollar un modelo de vigilancia de eventos adversos que se presentan durante el proceso de atención de la población beneficiaria de su institución, específicamente de los servicios de pediatría, considerando identificar las características laborales del personal de salud que labora y aspectos relacionados con la vigilancia de los eventos adversos.

Procedimientos: Si Usted acepta participar en el estudio, le realizaremos algunas preguntas sobre el conocimiento que tiene sobre los eventos adversos y seguridad del paciente; que factores considera usted que puede condicionar que se presenten y quienes son los actores involucrados ante estos hechos. Se le aplicará el cuestionario en su área laboral, en un horario que sea disponible para usted, tendrá una duración aproximada de 20 minutos. No se grabará dicha intervención. Le aclaramos que será aplicado por el grupo de trabajo del área de calidad y mejora continua de la atención que realizan esta investigación y quienes están capacitados para ello.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si acepta participar, estará colaborando con el desarrollo de un sistema de notificación de eventos adversos que permita identificar todos los elementos que contribuyen a su desarrollo, con el fin de establecer acciones de mejora que condicionen que no se presenten y pongan en riesgo la atención del paciente y no favorezca situaciones de riesgo en su salud. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus ideas y

sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de personas como usted.

Confidencialidad: La información que nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos, ya que solo se aplicará un cuestionario. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, puede externarla inmediatamente. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria; está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en área laboral.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el director responsable del proyecto de titulación: Dr. Manuel Palacios Martínez 55 54 87 10 54 Ext.4609, de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono 01 (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

ANEXO III

CARTA DE CONTACTO

Título de la investigación:

Propuesta de un modelo para la vigilancia de eventos adversos en salud en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

De antemano, agradecemos su participación

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con el Director responsable del proyecto: Dr. Manuel Palacios Martínez 55 54 87 10 54 Ext.4609, de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética en Investigación de este Instituto, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs. o si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@insp.mx

Fecha de elaboración:

05/09/2016

Día Mes Año

ANEXO IV

ANÁLISIS PARA EL CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Para ver el cuestionario completo acuda a la siguiente dirección electrónica

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

ANEXO V

PROPUESTA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

- Es un sistema no punitivo
- Voluntario
- Confidencial: la información del paciente y notificador serán utilizadas solo para el sistema de vigilancia de eventos adversos y resguardada por el área de calidad.
- Está orientado a la notificación de cuasifallas, eventos adversos leves, moderados y centinelas.
- El análisis de los eventos adversos graves y centinelas será por un grupo de trabajo formado por personal de las áreas de: Bioética, Enseñanza, Pediatría, Medicina, Enfermería y Calidad.
- Contempla una orientación sistémica ya que las recomendaciones se centran en mejoras hacia el sistema y no en la persona.
- El modelo de gestión será de tipo intrainstitucional, en el cual el área de calidad coordinará la ejecución del sistema de vigilancia de eventos adversos.
- El formato de notificación será en papel distribuido en todos los servicios de la Coordinación de Pediatría.

1. OBJETIVO GENERAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Realizar el monitoreo de Eventos Adversos (cuasifallas, eventos adversos leves, moderados y centinela) mediante el seguimiento continuo y sistemático, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección, análisis y seguimiento de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, control y acciones de mejora.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar el proceso de registro y reporte de incidentes y eventos adversos en la coordinación de Pediatría.
- Caracterizar en términos de variables de persona, tiempo, lugar, clínico y epidemiológico los eventos adversos que se notifican en la coordinación de pediatría.
- Establecer el desarrollo metodológico para el análisis de los eventos adversos graves/centinela.
- Estimar la proporción de eventos adversos según el tipo y la clasificación final.
- Aportar información para establecer medidas de prevención y mejora.

3. ALCANCE

- Esta propuesta de manera inicial se aplicara para todos los Servicios de la Coordinación de Pediatría.

4. DEFINICIONES OPERATIVAS

- CUASIFALLA: Incidente que pudo haber dañado al paciente durante el proceso de atención pero no lo dañó.
- EVENTO ADVERSO LEVE: Incidente que provoca en el paciente síntomas leves y un daño mínimos de corta duración.
- EVENTO ADVERSO MODERADO: Provoca en el paciente una intervención que prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- EVENTO ADVERSO GRAVE: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función.

5. TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS

- La notificación de eventos adversos será de manera general, no especificando el evento exclusivo a notificar, sin embargo se contara con 13 categorías señaladas por la OMS para la distribución de los eventos notificados, las cuales son:
 1. Administración clínica
 2. Proceso/procedimiento clínico
 3. Documentación
 4. Infección asociada a la atención sanitaria
 5. Medicación/líquidos para administración IV
 6. Sangre/productos sanguíneos
 7. Nutrición
 8. Oxígeno/gases/vapores
 9. Dispositivos/equipos médicos
 10. Comportamiento
 11. Accidentes de los pacientes
 12. Infraestructuras/locales/instalaciones
 13. Recursos/gestión de la organización

6. FORMATOS /REGISTROS

- Se dispone de un formato validado (elaboración propia) en papel para la notificación de eventos adversos (Anexo VI).

7. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

- Personal médico y de enfermería relacionado con el proceso de atención: que sea testigo o ejecute una cuasifalla, evento adverso, evento centinela, en funciones permanentes o transitorias; realizara la notificación en el sistema de eventos adversos establecido, además en un caso de evento centinela se deberá reportar al jefe directo.
- Responsable de la Coordinación de Pediatría y Jefes(as) de Servicios médicos y de enfermería: Serán los responsables de estimular la notificación, de facilitar la investigación, realizar las intervenciones iniciales, colaborar con la búsqueda de las causas, participar en el análisis e implementar planes de mejora y seguimiento del cumplimiento de éstos.
- Área de Calidad y Seguridad del Paciente: Es responsable de mantener el sistema de notificación operativo, recibir las notificaciones y tipificar el evento según cumpla o no los criterios para incluir en el análisis; consolidar y resguardar los datos reportados para generar investigación de incidencia y/o prevalencia, realizar revisión de informes de los análisis de eventos, citar y participar en las reuniones de análisis. Elaborar alertas de seguridad (acciones de mejora) con relación a los eventos analizados para resguardar la seguridad en la atención de los pacientes dentro de la coordinación de Pediatría.

8. PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Tiene como objetivo lograr la organización del equipo humano, logístico y otros elementos necesarios para la implementación de la vigilancia de Eventos Adversos, involucrando en el proceso a la Responsable de la Coordinación de Pediatría, jefes de servicios y personal médico y de enfermería.

En esta etapa se debe realizar las siguientes actividades:

- Reuniones con los jefes de los servicios: Se busca involucrar en todo el proceso de implementación a los jefes de servicios y de la coordinación; se debe realizar la presentación del Formato de Reporte de Eventos Adversos enfatizando su impacto en la reducción de eventos adversos.
- Capacitación inicial al personal médico y de enfermería: Se deberá dar instrucciones al personal de salud sobre el correcto llenado de los instrumentos, flujo de notificación y conocimiento sobre los eventos adversos.
- Capacitación periódica, con énfasis en los periodos de ingreso de nuevo personal (Residentes, personal de enfermería que realiza sus prácticas profesionales)
- Campaña de sensibilización: Consiste en sensibilizar al personal de salud sobre la vigilancia de eventos adversos para para la detección de oportunidades de mejora, las cuales deben ser aprovechadas para tener un establecimiento más seguro; con el apoyo de integrantes del área de calidad de una institución de salud (Hospital Español) y representante de la Red Panamericana de Pacientes por la Seguridad del Paciente.
- Recepción de los formatos de notificación: para tal fin se designará un tipo de buzón para realizar exclusivamente las notificaciones de eventos adversos, los cuales

serán colocados en los lugares designados y revisados solo por el equipo del área de calidad diariamente. Además la misma área también podrá recibir las notificaciones de quienes así lo soliciten.

- Se integrara un grupo de trabajo intrainstitucional para el análisis de eventos adversos graves/centinela, el cual se irá desarrollando en dos fases:

1ª Fase

1.- El grupo de manera inicial estará conformado por personal voluntario del área médica (Servicios de Pediatría y Medicina), área de Bioética, Enseñanza y Enfermería (un representante por cada área) quedando la Coordinadora del área del Calidad como líder del grupo.

2.- Realizaran reuniones solo cuando se presente un caso confirmado de Evento Adverso grave/centinela para integrar una visión objetiva con relación al hecho, identificar las causas y establecer acciones de mejora.

3.- Participaran según las disposiciones de tiempo y trabajo en actividades relacionadas con la sensibilización para la notificación de eventos adversos y seguridad del paciente.

4.- Se integrara un informe final de cada evento analizado.

2ª. Fase

1.- Se buscara ampliar el grupo de trabajo con la participación de otros actores internos (otros servicios del CMN) o la participación de un asesor externo (invitado) que contribuyan al desarrollo del grupo.

2.- Establecerán un plan de monitorización y seguimiento sobre las acciones de mejora.

3.- Elaboraran un boletín o “alerta” informativa sobre el evento adverso, orientado a informar y generar acciones preventivas dentro del CMN.

4.- Generaran un informe trimestral o semestral sobre las actividades desarrolladas, los objetivos cumplidos y los retos a vencer.

9. IMPLEMENTACION DE LA VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

DETECCIÓN Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (EA) Y EVENTOS CENTINELAS (EC)

El procedimiento inicia con vigilancia pasiva (notificación anónima y voluntaria), basada en la notificación por parte del personal de salud que participa o se percata del evento adverso ocurrido.

DETECCION: Todo evento adverso generará un reporte en el formulario implementado, donde se solicita la información sobre lo sucedido.

REPORTE: Aplicación del formato de notificación de Eventos Adversos

- Llenar el formato de notificación de Eventos Adversos detallando el suceso.
- Depositar el formato de notificación de eventos adversos en los lugares designados para tal función (buzones) o entregarlo directamente al área de calidad.

- Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un evento adverso.

Cuando el personal de salud detecte un evento centinela, se comunicará a la jefatura directa durante las primeras 24 horas de ocurrido el evento e inmediatamente al área de Calidad, a través del sistema de reporte y notificación vigente.

Ante la presencia de un EA se debe realizar SIEMPRE revisión del caso y evaluar si se aplicaron medidas de prevención específicas de acuerdo al evento reportado.

10. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS

EQUIPO PARA EL ANÁLISIS

Estará conformado por:

- Un integrante del área de calidad
- Coordinadora del servicio donde sucedió el evento adverso (Pediatría)
- Jefe/a de Servicio del área Médica y de Enfermería donde sucedió el evento adverso.

El personal relacionado con el evento adverso no formara parte del equipo de análisis, sin embargo se entrevistará y recabará información sobre el caso con el fin de realizar y brindar una retroalimentación y acciones de mejora.

ANÁLISIS DEL EVENTO ADVERSO.

- Todos los eventos adversos serán integrados en una base de datos que permitirá brindar información a la institución sobre incidencia y prevalencia de los mismos, consecuencias sobre el paciente y acciones de mejora.
- Los eventos adversos clasificados como cuasifallas y leves se analizaran de forma general por medio de patrones y tendencias, buscando contestar las interrogantes: que, quien, como, donde, cuando, porque, de manera semanal con el fin de definir acciones comunes y evitar que progresen a eventos adversos de mayor magnitud.
- Los eventos clasificados como moderados y graves (centinela) se confirmaran inmediatamente con la información proporcionada y serán sujetos a investigación y análisis inmediato.
- El grupo de apoyo participara solo cuando haya un caso confirmado de evento adverso grave/centinela

INSTRUMENTO PARA EL ANÁLISIS

La herramienta utilizada para el análisis de los **eventos centinelas** será el “Análisis Causa-Raíz” (Anexo III), permite preguntarnos de un modo estructurado y objetivo el “qué”, “cómo” y “por qué” ha ocurrido el evento. Su objetivo es investigar y evidenciar todos los factores que han contribuido al evento (enfoque sistémico) y el resultado es un plan de acción que identifica las medidas que la organización tiene que implementar.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS

- Los casos serán analizados por un equipo definido.

- La información que se genere tendrá carácter confidencial.
- Como resultado del análisis se elaborará un informe con las acciones de mejora, se remitirá al equipo directivo del hospital y las personas implicadas en el caso.
- Semestralmente el Equipo de Análisis de Eventos Adversos emitirá un informe que contendrá:
 1. No. de eventos centinelas registrados por tipo, grado de afectación, servicio y personal notificante.
 2. No. de notificaciones
 3. No. de casos analizados
 4. Resolución de casos analizados
 5. Acciones de mejora propuestas y acciones de mejora implantadas
- Integrar un programa de reconocimiento para el personal o servicio de mejor desempeño con el sistema de notificación de eventos adversos.
- Generar una retroalimentación de manera específica, oportuna y con un enfoque proactivo, por medio de:
 1. Boletines informativos (infografías, carteles o algún medio de difusión)
 2. Realización de una sesión o foro con una participación multidisciplinaria
 3. Retroalimentación verbal con el personal que participo en el análisis del evento adverso.
- La información se archivara y estará bajo el resguardo del área de calidad.

ANEXO VI

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

DATOS DEL ÁREA

Servicio:

Turno:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Edad

Sexo

No. Expediente

Diagnóstico

DATOS DEL PROFESIONAL

Marque con una X la categoría correspondiente

Médico Adscrito

Residente

Enfermería

Otra

(especifique)

DATOS DEL EVENTO

Fecha de la
notificación:

Fecha del
suceso:

Marque con una X el tipo de evento que reporta:

1.- Cuasiincidente: Evento que podría haber dañado al paciente durante el proceso de atención pero no lo dañó.

2.-Evento adverso: Incidente que produce un daño al paciente durante el proceso de su atención.

a) Leve: El paciente presenta síntomas leves, daño mínimo o intermedio, de corta duración.

b) Moderado: El paciente necesita una intervención que prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

c) Grave (centinela): Incidente que le produce un daño grave físico o mental o incluso el fallecimiento del paciente.

Descripción breve del evento que reporta:

Describa los factores que crees que pudieron influir para que se presentara el evento:

Describa las medidas o propuestas de mejora para evitar que se produzcan estos eventos:

ANEXO VII

GUÍA PARA EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

A continuación se describen los 7 pasos y los elementos que cada uno de ellos incluye para poder realizar el análisis de eventos adversos con metodología Causa-Raíz. (Ruíz López, González Rodríguez, & Alcalde Escribano, 2005)

1. Identificar el evento adverso a investigar de primera instancia para corroborar la presencia o descartarlo:

- Definir qué es lo que se hizo de manera incorrecta
- Focalizarse en el resultado y no en sus causas
- Clasificar el nivel de gravedad del daño del evento adverso
- Definir en una oración el problema.

2. Recopilar información del evento adverso

- Descripción exhaustiva y objetiva de los sucedido mediante la utilización de las siguientes HERRAMIENTAS con sus elementos :

- **Entrevistas a las personas relacionadas directa e indirectamente con el evento, considerando las siguientes preguntas:**

- a) ¿Qué cree que ocurrió?
- b) ¿En que se basó para tomar su decisión?
- c) ¿Cuál era su objetivo en ese momento?
- d) ¿Qué ocurrió entonces?

- **Evidencia física si es necesario**

- a) Muestras de laboratorio
- b) Documentos
- c) Equipo utilizado, etc.

- **Evidencia documental a través de material en papel o digital**

- a) Documentos con datos del paciente: historia clínica, prescripciones médicas, resultados de laboratorio, resultados anatomo-patológicos, estudios complementarios, etc.
- b) Vinculados a políticas/procesos/procedimientos: protocolos, manuales, guías de práctica clínica, reglamentos, etc...
- c) Recurso humano: evaluaciones de desempeño, competencias; calificación del personal.
- d) Estadísticas del servicio sobre los procesos de atención o resultados vinculados al evento que se analiza.
- e) Documentos vinculados al mantenimiento de los equipos.

- **Utilizar el expediente clínico como herramienta para identificar eventos adversos,**

3. Elaborar el mapa de los hechos

- En este paso es necesario realizar una descripción detallada del evento adverso (cuando, donde y como sucedió), presentando el relato narrativo en una representación gráfica del proceso de atención que precedió el evento, para realizar este paso es necesario reunirse con el equipo involucrado en el evento adverso, para describir la cadena de acontecimientos que lo causaron. Esto debe incluir:
 - Breve descripción de lo sucedido
 - Descripción de donde y cuando ocurrió el evento (lugar, fecha, día, hora).
 - Identificar áreas, servicios y personal de salud relacionados con el evento.
- Las herramientas que se requieren para identificar las relaciones causales y cadenas de error son:
 - Cronología Narrativa: utilizando entrevistas y expediente clínico se obtienen los datos para saber que sucedió **(Herramienta I)**.

4. Analizar la información

- En este paso se busca identificar y analizar las causas subyacentes del evento adverso, esto se realizara mediante la herramienta conocida como Espina de Ishikawa. **(Herramienta II)**
 - Se realizará una espina e pescado para cada evento adverso a analizar
 - Para abordar cada espina se utilizara una lluvia de ideas oral o escrita. **(Herramienta III)**
 - Para tener una espina se debe considerar que contemple las siguientes categorías:
 - Condiciones del paciente
 - Factores individuales
 - Factores relacionados con las tareas
 - Factores relacionados con la comunicación
 - Factores relacionados con el trabajo en equipo
 - Factores relacionados con la formación y el aprendizaje
 - Factores relacionados con el equipamiento y recursos
 - Factores relacionados con las condiciones de trabajo y del medio ambiente (entorno)

5. Categorizar las causas y analizar las barreras.

- En este paso se identificarán las protecciones o barreras que fallaron para que se haya producido el evento adverso, por ejemplo: barreras físicas, naturales, humanas y administrativas.
 - Para realizar este paso se utilizará la herramienta análisis de barreras.

- Con la información recabada el equipo de análisis causa-raíz categorizarán las causas que originaron el evento adverso a partir de:
 - Proximales
 - Subyacentes
 - Raíz

6. Elaborar estrategias de mejor y plan de acción

- En este paso se deberán de desarrollar las estrategias de mejora y plasmarlas en un plan de acción para prevenir y/o reducir la ocurrencia de eventos adversos.
- Se estructurarán las posibles acciones de mejora que se deben de realizar a partir de las siguientes herramientas:
 - Lluvia de ideas
 - Flujograma para estructurar un proceso si es necesario
 - Cronograma de actividades para definir a los actores involucrados y el tiempo que será necesario para realizar la mejora.
- Es necesario identificar al responsable de poner en marcha el plan de mejora, cuando se va a desarrollar y como se va a evaluar la efectividad de las acciones.

7. Se realizará el informe final y se compartirán las acciones aprendidas

Se escribirá en forma concreta y fácil de leer, para que toda la coordinación o si es necesario todo el hospital conozca el resultado de la investigación del evento adverso, considerando los siguientes elementos:

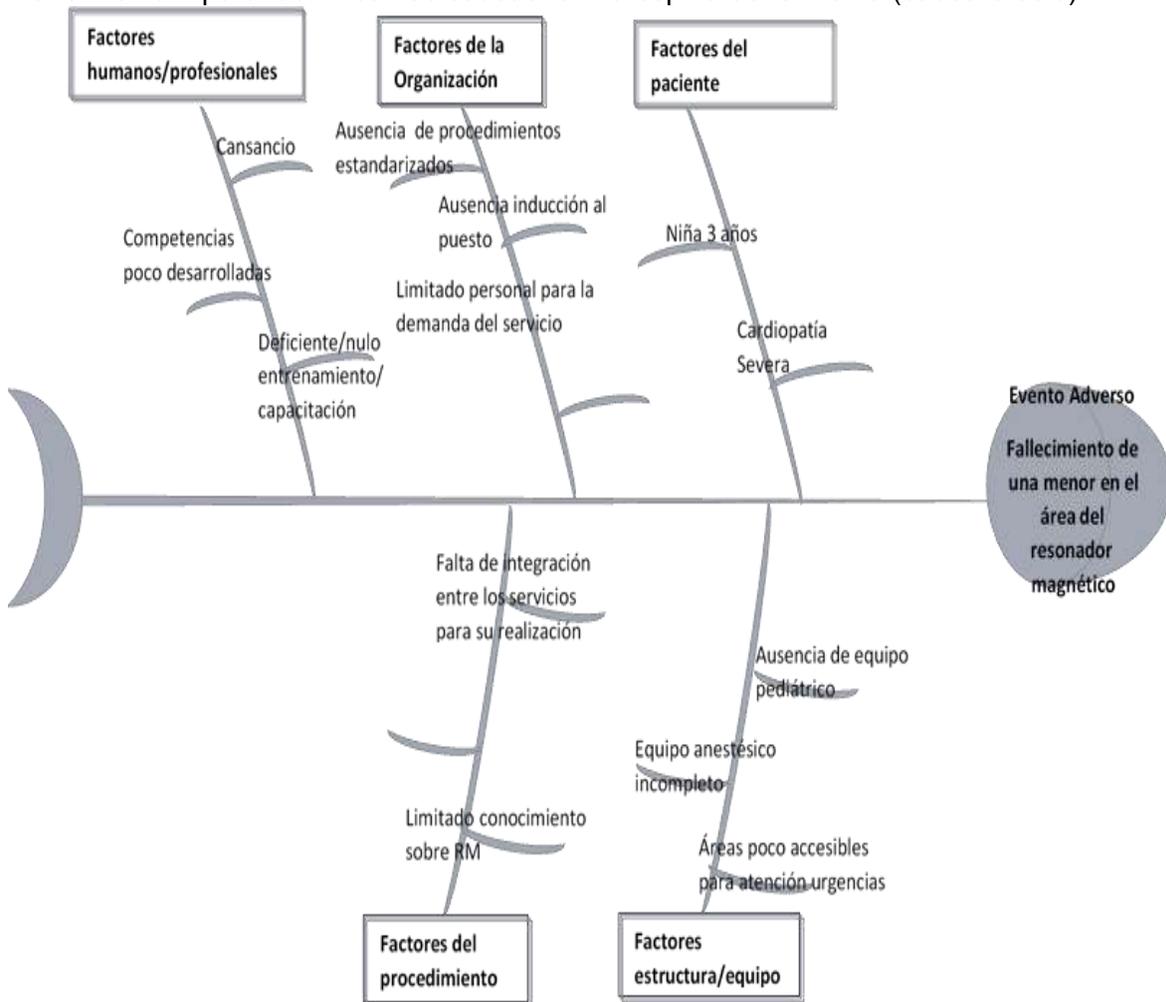
- Comenzar con un resumen en donde se describe el evento en términos breves, sus consecuencias y la naturaleza de las investigaciones, conclusiones o recomendaciones.
- Omitir información sobre la identidad del personal involucrado en el evento adverso
- Incorporar el plan de acción con líderes designados para implantar las soluciones, y el plazo de ejecución de la implantación
- Incluir una lista resumen de recomendaciones y una lista de evidencias documentadas.

HERRAMIENTAS DE LA GUÍA PARA EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

Herramienta 1 para realizar el análisis cronológico-narrativo

	Fecha/hora-1	Fecha/hora-2	Fecha/hora-3	Fecha/hora-4	5, 6,7...
¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?					
Información adicional					
¿Qué se hizo bien?					
¿Qué funcionó bien?					
¿Qué no se hizo bien o fallo?					

Herramienta 2 para identificar las causas raíz la espina de Ishikawa (causa-efecto).



Herramienta 3 guía para realizar Lluvia de Ideas (oral o escrita)

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Generación de ideas	Clarificación de ideas	Evaluación de ideas
<ul style="list-style-type: none"> • Se detallará claramente el evento adverso que estamos analizando. • Se señalarán las reglas del juego: <p>Se designará la persona que escribirá las diferentes ideas propuestas.</p> <p>Iniciará la participación quien levante primero la mano o diga una idea, después siguiendo las manecillas del reloj o la siguiente persona del lado derecho continúa la participación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aportarán posibles causas y factores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entender claramente las causas y factores aportados por los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se eliminarán las repeticiones. • Agruparán las aportaciones afines. • Detectarán aportaciones fuera del evento adverso analizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*.
- Bañeres, J., & et al. (2005). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bañeres, J., & et al. (s.f.). *Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional en Salud, Madrid.
- Concha, E., & Villaveces, A. (2001). Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Washington, Washington, Estados Unidos: OPS.
- Demetrio, A. M., & et al. (2010). Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención: Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. *Rev Obstet. Ginecol.*, 79-83.
- Dirección de Epidemiología. (Marzo de 2013). Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local. *Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local*. Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. UNICEF. Noviembre 2011.
- Galán, M. (2009). Sistemas de información de salud pública. En S. E. CEPAL, *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud* (págs. 253-271). CEPAL.
- Gutiérrez S, A. (Diciembre de 2008). Vigilancia epidemiológica en prevención de desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores. *Guía Técnica de Sistema de Vigilancia epidemiológica en prevención de desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Kutryba, B., & Kutaj W, H. (s.f.). Seguridad Clínica y Acreditación: ¿Cuál es el vínculo? *National Center for Quality Assessment in Health Care*.
- Ministerio de la Protección Social. (julio de 2010). MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL ESTADO NUTRICIONAL. *MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL ESTADO NUTRICIONAL*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- OPS. (2009). Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. *Vigilancia en salud pública*. Washington, Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Organismo Andino de Salud. (Marzo de 2007). Guía Andina de Vigilancia Epidemiológica. *Guía Andina de Vigilancia Epidemiológica de casos y brotes para ámbitos de fronteras*. Lima, Lima, Perú: Solvima Graf S.A.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Recuperado el Enero de 2016, de Capítulo 7: Sistemas de Salud: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index5.html>

- Organización Mundial de la Salud. (2005). Reglamento sanitario internacional . *Reglamento Sanitario Internacional*. Ginebr, Suiza: OMS.
- Paquet, C., & et al. (2006). EPIDEMIC INTELLIGENCE: A NEW FRAMEWORK FOR STRENGTHENING. *Eurosurveillance*.
- Ruíz López, P., González Rodríguez, C., & Alcalde Escribano, J. (2005). Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Revista Calidad Asistencial*, 71-78.
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Seguridad del paciente*. Recuperado el enero de 2016, de Secretaría de Salud:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Síntesis ejecutiva. Seguridad del paciente*. Obtenido de Síntesis ejecutiva. Seguridad del paciente:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
- Sepúlveda, J., & et al. (1994). Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. *Salud Pública México*, 70-82.
- Stephen, T., & et al. (2010). Historical Development. En *Principles and practice of Public Health Surveillance* (pág. 1 a 12). Atlanta: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2014). Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública. *Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos*. World Health Organization.