



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DISEÑO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA  
PREVENIR EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS**

**TESIS**

**Para obtener el grado de especialista en:  
ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

**Presenta:**

**L.E. Rios Popoca Arlen**

**Director de tesis:**

**Mtra. Alma Rosa Morales Pérez**

**Cuernavaca, Mor., septiembre 2018.**

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres que son mi razón de ser especialmente a mi padre Santiago Ríos Barrera que siempre me impulso a seguir estudiando hasta el último suspiro en esta vida, él fue mi mayor motivación en estudiar este posgrado y aunque el ya no me vio graduándome, ahora sé que está en un mejor lugar y desde ahí seguirá siendo mi motivo para sobresalir en esta vida, a mi madre Romelia Popoca Rodríguez que es la mejor madre del mundo.*

*A mis hermanos que son parte importante de mi vida siempre vamos de la mano en las buenas y en las malas.*

*A mi mejor amiga Guadalupe Atenea Avilés Arteaga quien siempre estaba para fortalecer mis conocimientos.*

## INDICE

Resumen .....	1
Summary .....	3
1. Introducción.....	4
2. Planteamiento del problema .....	7
3. Justificación.....	11
4. Objetivos .....	15
4.1. Objetivo General: .....	15
4.2. Objetivos Específicos: .....	15
5. Marco teórico .....	16
5.1. Orígenes y desarrollo de la seguridad del paciente .....	16
5.2. Conceptos y definiciones.....	22
5.3. Acciones de enfermería para la prevención y seguridad del paciente. ....	25
5.4. Teoría de enfermería de Jean Watson .....	30
5.5. Registro y análisis de los eventos centinelas, eventos adversos, cuasi fallas y la cultura de seguridad.....	35
6. Metodología.....	37
6.1 Tipo de investigación: .....	37
6.2. Tipos de Variables.....	38
6.3. Población.....	38
6.4. Muestra .....	39
6.5. Criterios de inclusión.....	39
6.6. Criterios de exclusión.....	39
6.7 Operacionalización de variables.....	40
6.8. Descripción del Instrumento de evaluación .....	44
7. Programa de capacitación.....	51
7.1. Introducción .....	51

7.2. Justificación.....	53
7.3. Objetivo general .....	55
7.4. Objetivos específicos.....	55
7.5. Metas .....	55
7.6. Organización .....	56
7.7. Recursos .....	56
7.8. Recursos Humanos .....	56
7.9. Físicos.....	56
7.10. Materiales .....	56
7.11. Método .....	56
7.12. Contenido temático.....	57
7.14. Carta descriptiva.....	58
Referencias Bibliográficas.....	60
ANEXO.....	61

## **Resumen**

La seguridad ha tomado importancia y está siendo valorada cada vez más por las organizaciones sanitarias, ya que los eventos adversos afectan el sistema de salud, llevando al diferente personal de salud a evaluaciones constantes, existen diferentes estudios que refieren que los eventos adversos son prevenibles. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados mueren, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

El objetivo de este protocolo de investigación es diseñar un programa de intervención educativa para prevenir eventos adversos. Por lo cual se busca concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de tener la cultura de seguridad con la finalidad de prevenir los eventos adversos en la unidad hospitalaria.

El diseño de este estudio es cuantitativo transversal prospectivo, la población de estudio es el personal de enfermería de unidad de hemodiálisis de la UNEME de Cuernavaca Morelos. La muestra es de 10 enfermeras que brinden atención en los dos turnos en la Unidad de Hemodiálisis durante el estudio de investigación.

Para esta intervención se utilizará como instrumento de medición la hoja de reporte de incidente de seguridad del paciente, esta es un nuevo formato que implemento la unidad estatal de enfermería en el mes de julio del presente año, el personal de enfermería debe adquirir la cultura para la seguridad del paciente, elaborando este formato cada que ocurra un evento adverso, esto permitirá contar con la información para establecer las estrategias necesarias, Ya que se cuente con la información de estos reportes podemos ayudar a nuestros pacientes y evitar que se repita el evento, esto es aprender de los

errores, tratar de no repetirlos nuevamente, ya que se pone en riesgo la vida del paciente.

**Palabras clave: Seguridad paciente, Eventos adversos, programa de intervención.**

## **Summary**

Safety has become important and is being valued more and more by health organizations since adverse events affect the health system by calling the different health personnel from constant assessments are different studies that report that adverse events are prevented according to estimates in Mexico, 2% of hospitalized patients die and 8% suffer some damage due to adverse damages caused in adversity related to patient safety.

The objective of this research protocol is to design an educational intervention program to prevent adverse events, which is why the nursing staff is being made aware of the importance of having the suggested culture in order to prevent adverse events in the hospital unit.

He designed this study is a prospective cross-sectional quantitative study population is the nursing staff of the hemodialysis unit of the Cuernavaca Morelos Hospital. The sample is of ten nurses who provide care in the two shifts in the hemodialysis unit during the study of investigation.

For this research it would be used as an instrument to measure the persistent patient safety report sheet. This is a new format implemented by the state nursing unit in July of this year. The nursing staff must acquire the culture for the patient safety Prepared in this format every time an adverse event occurs, this allows us to have the information to establish the strategies since we have the information of these reports, we can help our relatives and avoid the recurrence of the event. This is to learn from the mistakes. Not to repeat them again, the life of a person is put at risk.

**Keywords:** patient safety, adverse events, program of adverse events.

## **1. Introducción**

Este protocolo de investigación se basa en las acciones esenciales para la seguridad del paciente que beneficiara a este para prevenir eventos adversos que lo afecta directamente en su salud y pone en riesgo su vida.

Un evento adverso es un incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otros sucesos infortunados que ocurren en asociación directa con la prestación de atención médica.

Los eventos adversos afectan el sistema de salud, llevando al diferente personal de salud a evaluaciones constantes sobre la atención brindada y al cuestionamiento del porqué de la ocurrencia de estos eventos, a pesar de saber que la atención sanitaria siempre conlleva un riesgo implícito.

Existen diversas definiciones de eventos adversos lo cierto es que son acciones inesperadas no intencionadas, pero el personal de enfermería lo provoca y estos pueden evitarse. Este evento puede llevar al paciente a prolongar la estancia hospitalaria, tener secuelas o en el peor de los casos provocar la muerte, esto genera desgaste físico, económico y psicológico del paciente, así como a la familia de este.

Por esta causa la seguridad del paciente ha tomado importancia y está siendo evaluada constantemente por las organizaciones sanitarias, esto como requisito para ser acreditadas las unidades de salud y brindar una atención de calidad y calidez, donde por ningún motivo se debe excluir la seguridad del paciente ya que para el personal de enfermería siempre su razón de ser será brindar cuidados para mejorar la salud del paciente, por lo que se debe de tener ética y cultura para realizar los reportes de dichos eventos para crecer como profesión y aprender de los errores para mejorar y prevenir eventos adversos, es por ello que se realizará este protocolo aplicando las ocho

acciones esenciales para la seguridad del paciente, por lo cual los ha llevado a implementar la nueva hoja de reporte de incidentes de seguridad del paciente, esta será la herramienta para dar solución de este problema.

Los incidentes no deseados se derivan de la atención sanitaria representan una causa no despreciable de morbimortalidad y suponen un elevado costo sanitario. Se ha descrito una incidencia media de eventos adversos asociados a la hospitalización del 9.2%, de los cuales el 43.5% pudo haberse evitado. (Maria Dolores Arenas Jiménez, 2017).

El incremento de la seguridad del paciente, en primer lugar conocer que complicaciones cumplen los requisitos para ser considerados eventos adversos y por tanto deben ser registrados reportados, para su análisis de sus causas y así buscar la solución y poder prevenir en eventos futuros, también debe hacerse la implementación de prácticas seguras en la prestación asistencial empleando el análisis modal y fallos que permiten estratificar y priorizar de acuerdo con su severidad, incidencia y detección los posibles fallos reales y potenciales de las unidades de hemodiálisis, mediante el cálculo de los números de prioridad o de riesgo y actuar con mayor o menor premura en el desarrollo e implementación de las acciones de mejoras necesarias por eso la necesidad de crear un programa de intervención para concientizar e implementar la cultura de seguridad en el personal de enfermería sobre la importancia realizar las acciones esenciales de la seguridad del paciente, especialmente haciendo énfasis en las dos últimas acciones que va dirigido al personal de salud.

## **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente:**

### **Relacionadas con el paciente:**

- Identificación del paciente.
- Comunicación Efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

### **Relacionadas con el profesional de enfermería:**

- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad.

(Departamento Estatal de Enfermería)

El personal de enfermería es muy importante en el proceso de recuperación de los pacientes, ya que está presente los 365 días del año, interactuando en estos procesos de atención, por lo que es importante que el personal se mantenga en constantes actualizaciones y capacitaciones sobre las acciones esenciales de seguridad del paciente y sobre todo que lo ponga en práctica, como anteriormente se ha comprobado que los eventos adversos son prevenibles aplicando las AESP y para esto es importante implementar las dos acciones que van dirigidas al personal de enfermería que es el registro y análisis de eventos centinelas, eventos adversos y cuasi fallas así como la cultura de seguridad.

## **2. Planteamiento del problema**

Los eventos adversos afectan el sistema de sanitario, estos se pueden evitar aplicando las acciones esenciales para la seguridad del paciente, se evitaría la larga estancia hospitalaria, así como el costo de gastos médicos innecesarios.

En la unidad de hemodiálisis donde se llevará a cabo este protocolo de estudio de investigación, así como la esta intervención educativa cuanta con el siguiente recurso humano: 1 enfermera responsable del turno, 1 jefe de enfermeras y 1 enfermera de clínica de catéter, así como 8 enfermeras (por ambos turnos matutino y vespertino) para brindar atención y tratamiento de hemodiálisis y cada enfermera atiende a 4 pacientes.

En cuanto a las instalaciones material y equipo la unidad está compuesta por 6 cubículos con 15 reposets, 15 máquinas fresenius, unamezcladora de soluciones, un esterilizador, área de preparación de medicamentos, material y equipo, un cuarto de soluciones y medicamentos, además cuenta con las instalaciones de drenajes necesarios para que se lleve a cabo el tratamiento de la hemodiálisis. Por lo que se atiende a solo 75 pacientes de Insuficiencia Renal Crónica y en total a la semana se dan 135 tratamientos en total.

El tratamiento es muy costoso por lo que el paciente debe tener apoyo económico de la familia ya que se necesita dinero, para el tratamiento y procedimientos tienen un costo elevado por ejemplo: un catéter mahurkar, una fistula arteriovenosa y/o un injerto, por lo cual el personal de enfermería debe tener en cuenta que debe poner en práctica las acciones esenciales de

seguridad para el paciente en cada procedimiento que realice, no puede ser que por descuido se pierda la funcionalidad del acceso venoso.

De esta manera las acciones esenciales de seguridad para el paciente las podemos aplicar de la siguiente manera la identificación del paciente en cada proceso que se realice al mismo, es de suma importancia esto evita que haya un error inesperado, así como la comunicación efectiva esta acción también es de suma importancia porque el equipo de salud debe estar en constante contacto para prevenir que se presenten fallas por falta de información, la seguridad de la medicación aquí es de vital importancia la identificación de medicamentos de alto riesgo así como la semaforización y su separación adecuada de preferencia aplicar la doble verificación esto va a prevenir una mala medicación, en cuanto a la seguridad en los procedimientos, el personal de enfermería debe estar seguro de los procedimientos que se realizará esto es verificar la identidad del paciente verificar con el expediente e indicaciones médicas, en la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud esto se evita llevando a cabo la técnica del lavado de manos correctamente.

En cuanto a la reducción del riesgo de daño por caídas esta se previene implementando las medidas de seguridad para evitar el riesgo de caídas, y las dos acciones más importantes que son del personal de enfermería es el registro y análisis de eventos centinelas, eventos adversos y cuasi fallas en este punto se capacitara al personal de enfermería para realizar el llenado correcto del formato que se empezó a aplicar en el mes de julio del presente año, en la cultura de la seguridad en este punto se hará más énfasis pues es

aquí donde se pone en práctica este programa de intervención para capacitar al personal sobre la importancia de llevar a cabo las acciones esenciales de seguridad para el paciente y así prevenir los eventos centinelas o adversos mediante la cultura de leer para brindar una mayor calidad de cuidados de enfermería y aplicar las técnicas y/o procedimientos con la mayor seguridad y evitar caer en errores que pueden ser irreversibles .

Es por ello que se hará este programa de intervención para prevenir eventos adversos, también para brindar una mejor calidad de atención de enfermería al paciente, ya que con la cultura de notificar o realizar el reporte en el formato establecido, posterior se sacará la información para analizarla y tener el resultado de que eventos se presentaron con mayor frecuencia y podamos realizar esta intervención, ya que en Morelos no hay estudios sobre los eventos adversos en cuanto al tratamiento en la hemodiálisis.

Con esta intervención educativa se espera prevenir que se presenten eventos adversos así se verá beneficiado el personal de enfermería, pero principalmente el paciente, ya que es el principal afectado puesto que es el receptor de la atención sanitaria; es por ello que se pone en riesgo su vida, esto puede dejarle secuelas, que por su magnitud elevan los costos de la atención médica, con este tipo de eventos se alarga la estancia hospitalaria y el tratamiento, además que sabemos que este tiene un alto costo.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

**¿Cómo prevenir eventos adversos a través de una intervención educativa?**

### **3. Justificación**

Los datos más recientes publicados, muestran que la falta de seguridad del paciente en Estados Unidos es la tercera causa de muerte en ese país apoderándose de 220,000 vidas cada año; en términos económicos se estima un costo de entre 17 y 29,000 millones de dólares anuales por eventos adversos prevenibles en dicho país. En Latinoamérica, el Estudio IBEAS desarrollado en cinco países, incluido México, señala que la incidencia de eventos adversos fue del 11.85 % y la evitabilidad del 65 %. Los eventos adversos se relacionaron con los cuidados en el 13.27 %, con el uso de medicación en 8.23 %, con infecciones nosocomiales en 37.14 %, con algún procedimiento en 28.69 % y con el diagnóstico en 6.15 %. En todos los estudios se detectó que casi la mitad de los eventos adversos pueden ser prevenibles. (Rojas-Armadillo, 2016;)

En otros estudios hay estimaciones, que en México el 2% de los pacientes hospitalizados mueren, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica. (Federación, 2017).

En el estado de Morelos no hay registros sobre los eventos adversos, esto es un gran problema, ya que no se tiene la cultura de seguridad para realizar las notificaciones, si contáramos con registros tendríamos estadísticas de que eventos adversos son los más frecuentes, esto nos llevaría como tal a tener evidencia de que está haciendo mal el personal de enfermería y así intervenir para mejorar la atención sanitaria y disminuir los eventos adversos, donde los

beneficiados siempre serán los pacientes pues tendrán una atención de calidad y seguridad. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Cabe mencionar que siempre existirá cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso en el proceso de atención de salud.

La seguridad del paciente, está entendida como la ausencia de lesión accidental, el personal de salud actúa sin maleficencia, aunque estos en su actuar por el bien, llegan a causar errores provocando eventos adversos que en pueden evitarse siempre y cuando se lleven a cabo los procedimientos tal cual están normados y aplicando las acciones esenciales de seguridad para el paciente.

En ocasiones también pueden ocurrir estos eventos por escasez de recurso humano, financiero y/o de material o equipo; también puede haber errores en la identificación del paciente por eso es importante siempre identificarlo con su nombre y año de nacimiento, debe haber comunicación efectiva sobre el tratamiento del paciente, en la aplicación de medicamentos aquí la importancia de realizar la doble verificación en la preparación de medicamentos de alto riesgo, seguridad en los procedimientos, para esto es importante tener la certeza del procedimiento y en qué área anatómica se realizará, también es importante implementar las acciones para la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud esto con el lavado de manos, la reducción del riesgo de daño al paciente por causas de caídas estas aplicando las medidas de seguridad, estas son las seis acciones dirigidas al paciente.

Las dos siguientes acciones no menos importantes a pesar de que estas son acciones dirigidas al personal de salud, y en las cuales se basa este protocolo es el registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas, y la cultura de seguridad en estas dos últimas acciones el personal de enfermería debe llevar acabo para analizar los resultados y hacer las intervenciones y así disminuir los eventos adversos.

Ante esta situación se realizó el diseño de un programa de intervención para evitar los eventos adversos, esto se realizará capacitando al personal de enfermería sobre el registro y análisis de eventos centinelas, eventos adversos y cuasi fallas así como la cultura de seguridad por medio del formato de incidentes de seguridad del paciente, ya que en este formato no se persigue al personal que realizó el evento sino que evento se presentó y de ahí realizar la intervención esto ayudara para que el personal tenga la seguridad de realizar las notificaciones sin esperar sanción alguna sino por el contrario se realizara las intervenciones como la capacitación para no volver a presentar este evento. El objetivo principal de esta intervención, así mejorar la atención y calidad que brinda el trabajador de la salud aplicando las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

En la unidad donde se llevará a cabo esta intervención en cuanto al recurso humano cuenta con el siguiente personal 10 enfermeras (por ambos matutino y vespertino), en cuanto al material y equipamiento de la unidad es la siguiente: 6 cubículos (1 aislado), 15 reposets, 15 máquinas fresenius, cuarto de preparación de medicamentos, material y equipo, cuenta con las instalaciones de tuberías y drenajes necesarios para realizar el tratamiento de hemodiálisis.

Esta unidad atiende a solo 75 pacientes de Insuficiencia Renal Crónica, que en total a la semana dan 135 tratamientos. El hallazgo de consecuencias adversas innegables de la enfermedad, a todo lo largo de sus etapas, con seguridad será menos severo si se dimensiona con precisión y se diseña una estrategia focalizada en hacerle frente a tiempo a este gran problema, es por ello que se llevara a cabo este protocolo para evitar que se presenten eventos adversos futuros.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo General:**

Diseñar un programa de intervención educativa para prevenir eventos adversos en la unidad de hemodiálisis de la Unidad de Especialidades Médicas de Cuernavaca Morelos.

### **4.2. Objetivos Específicos:**

- Diseñar un programa de intervención educativa, que se implemente y evite eventos adversos.
- Capacitar al personal de enfermería sobre las acciones esenciales de seguridad del paciente de los dos turnos de la unidad de hemodiálisis de la UNEME Cuernavaca.
- Dar a conocer la hoja de reporte FO-DAM-UEE-09 “REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”; así como su llenado del mismo.

## **5. Marco teórico**

### **5.1. Orígenes y desarrollo de la seguridad del paciente**

La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global para los sistemas de salud.

En 1950 y 1960 se realizaron estudios sobre el problema de los eventos adversos en la atención de salud. (Ruelas, 2007)

En 1987 se creó la fundación australiana para la seguridad del paciente, en 1995 se llevó a cabo en el mismo país una investigación denominada estudio sobre la calidad de atención en el sistema de salud australiano.

En 1991 en estados unidos se publicó un estudio sobre los resultados de la practica medica en Harvard. (Vega, 2007)

En 1996 la America Medical Association (AMA) creo la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente.

En 2005 la Joint Commissionon Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International, fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente.

Estas soluciones se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

La Academia Mexicana de Cirugía y la Fundación Academia Aesculap en colaboración con Consejo de Salubridad General participan en el esfuerzo global a favor de la Seguridad del Paciente, proporcionando a la comunidad médica diferentes herramientas prácticas que promuevan el mejor desempeño, las buenas prácticas, reducir al máximo el riesgo en la atención médica, para fortalecer la seguridad del paciente y de los profesionales de la salud. (Federación, 2017)

En 2003 el Instituto de Medicina publicó el reporte “Patient Safety: Archiving a New Standard of Care”, en el cual se recomienda que la estandarización y el mejor manejo de la información en la seguridad del paciente.

La uniformidad en el lenguaje permite un buen registro, monitoreo permanente, con mediciones fidedignas, pues las variaciones entorpecen los esfuerzos para extraer enseñanzas de los datos disponibles, el establecimiento de una taxonomía de la seguridad del paciente busca desarrollar un sistema aceptado internacionalmente para clasificar la información en seguridad del paciente y promover un aprendizaje más efectivo.

Al realizar un recuento final de las condiciones actuales, es imperativo reconocer que existen miles de personas dañadas o mueren a consecuencia de errores médicos y Eventos Adversos cada año, pese al trabajo intenso, competente y bien intencionado de los profesionales de la salud; tampoco se

puede solayar que el área de trabajo es de gran complejidad y riesgo. Los líderes de la seguridad del paciente han señalado la necesidad de que los sistemas de salud tengan como el objetivo estratégico la prevención del error, y al mismo tiempo reconocen la importancia de transformar la cultura tradicional de la atención médica para actuar como catalizadores en el desarrollo de una cultura de la calidad y seguridad.

Para atender este problema, se han impulsado diversas acciones a nivel internacional, sin embargo, no se ha logrado avanzar lo suficiente, a pesar de diversas campañas, acciones, metas y demás estrategias que se han puesto en marcha.

Desde el año 2000, la Secretaría de Salud, ha venido trabajando para atender este problema; sin embargo, un aspecto que aún no se ha desarrollado suficientemente es el regulatorio y para ello, se iniciaron mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para identificar los aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deban seguir los establecimientos de atención médica, mismos que permitan abatir la presentación de eventos adversos; es así como se originan las ocho acciones esenciales en seguridad del paciente, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales, que se complementan con dos acciones más: el reporte de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente.(Federación, 2017)

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente se encuentran inmersas de forma transversal dentro del Modelo de Gestión de Calidad permitiéndole a los establecimientos ir desarrollando y madurando sus procesos para alcanzar los estándares tanto de Acreditación como de Certificación y lograr los cinco resultados de valor que establece el propio Modelo: Salud en la Población, Acceso Efectivo, Organizaciones Confiables y Seguras,

Experiencia Satisfactoria al transitar por el sistema y Costos Razonables.(Federación, 2017)

Estas acciones esenciales para la seguridad del paciente serán la piedra angular para el desarrollo de la Norma Oficial Mexicana para la Seguridad del Paciente.

Así, México contará con un marco regulatorio más sólido que permita brindar una atención médica con calidad y más segura, porque como bien plasma Goethe: *"No basta saber, se debe también aplicar, No es suficiente querer, se debe también hacer"*. (Federación, 2017)

En los últimos años, el Sistema Nacional de Salud en base con un enfoque sistémico y sistemático por la seguridad de los pacientes; dando con ello la circunstancia de identificar de forma continua, las áreas de mejora para beneficio de los pacientes.

Definimos la seguridad del paciente como el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios. Las experiencias y perspectivas de los pacientes y sus familias son instrumentos muy valiosos de aprendizaje para los sistemas, las organizaciones y los prestadores de servicios de salud; ya que permiten determinar las necesidades, la reingeniería de procesos, el monitoreo y la evaluación de los resultados y el nivel de desempeño. Las alianzas bilaterales entre hospitales destinadas a mejorar la seguridad de los pacientes mediante implantación de objetivos y acciones de mejora basadas en las 6 metas internacionales de seguridad del paciente, han servido para el intercambio técnico entre personal sanitario, no sanitario, pacientes y sus familias. (Federación, 2017)

Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces.

Prevenir errores en estos seis puntos y desarrollar la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente en todo nuestro entorno (pacientes, familia, prestadores de servicios, organizaciones y nuestro sistema de salud nacional, salva vidas).

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución 55.18, en la que se instaba a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes.

La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.

Cada año la Federación organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

Un elemento fundamental del trabajo de la Asociación es la formulación de retos Mundiales.

1°. Reto Atención limpia, atención segura

2° Reto Cirugía Segura, Salva Vidas

3° Reto Combate a la resistencia antimicrobiana

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.0(CSG, 2017)(CSG,

2017)(CSG, 2017)3.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

## **5.2. Conceptos y definiciones**

**Accidente:** es todo evento que involucra daño a un sistema definido, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema.

**Atención en Salud:** es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

**Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Daño asociado a la Atención Sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

**Evento Adverso:** Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente. (Ruelas, 2007)

**Evento centinela:** actividad que ocasiona una muerte inesperada, herida física o psicológica grave o que conlleva el riesgo de causarlas, todo evento centinela es un evento adverso.

**Error:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.

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

**Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente:** Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.

**Incidente con daños:** Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.

**Incidente sin daños:** Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.

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

**Intervención educativa:** es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando, tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. Esta se realiza mediante procesos de autoeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. exige respetar la condición de agente en el educando. (Tourrián, 2011).

**Quasi falla o quasi error:** acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad pero que no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.

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

**Seguridad en la atención sanitaria:** es la ausencia o reducción a un mínimo aceptable del riesgo de sufrir daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

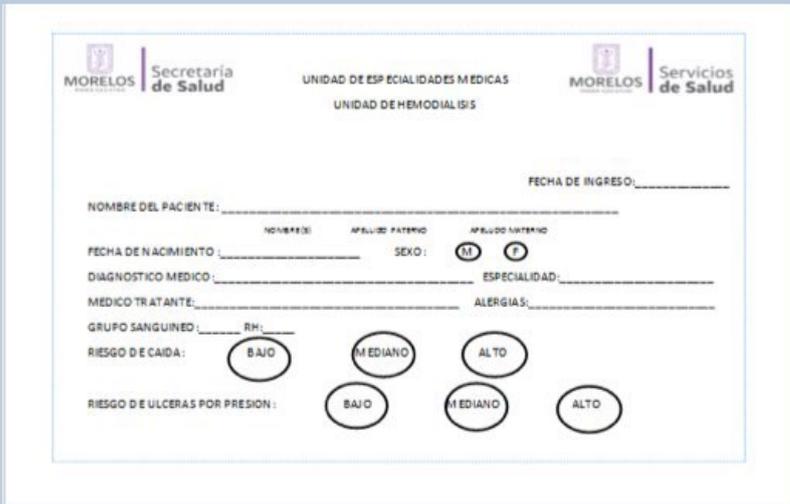
**Seguridad del Paciente:** Es el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

### 5.3. Acciones de enfermería para la prevención y seguridad del paciente.

Como anteriormente ya se ha hecho mención los eventos adversos son prevenibles siempre y cuando haya cultura de seguridad por parte del personal de enfermería y aplicando las metas internacionales se pueden evitar o reducir estos.

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente, se basan en ocho medidas definidas por expertos mundiales en seguridad del paciente; que a su vez fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud y dadas a conocer a la comunidad internacional.

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

<b>Acciones esenciales para la Seguridad del Paciente</b>	<b>Objetivo Prioritario</b>
<b>1. Identificación correcta del paciente</b>	<p>Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos (nombre y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.</p>  <p>The image shows a patient identification form from the Secretaría de Salud of Morelos. It includes fields for patient name (with sub-fields for first, paternal, and maternal surnames), date of birth, sex (M/F), medical diagnosis, specialty, treating physician, allergies, blood group (RH), and risk levels for falls and ulcers (BAJO, MEDIANO, ALTO). The form also features the logos of the Secretaría de Salud and the Unidad de Hemodiálisis.</p>

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.

## 2. Comunicación Efectiva.



Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.

Estos medicamentos deben estar en un lugar especial bien identificados de acuerdo al tipo de medicamentos y aplicar la doble verificación.

## 3. Seguridad en el proceso de medicación



Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

#### 4. Seguridad en los procedimientos.



Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

#### 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).



**6.Reducción del riesgo de daño al paciente por caídas.**

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

**REDUCCION DE RIESGOS DE LESIONES DE PACIENTES POR CAIDAS**

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE	
Factores de riesgo	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 - 10	Rojas
Mediano riesgo	2 - 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, Enero 2010. Secretaría de Salud

**7.Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.**

La notificación del evento se realizará mediante el formulario FO-DAM-UEE-09 “REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE” (ver anexo), el mismo que deberá ser entregado al jefe de enfermería.



**8.Cultura de seguridad.**

Contribuir a una cultura de seguridad mediante el trabajo en equipos transdisciplinarios, centrados en el cuidado de la salud del paciente, a través de la práctica clínica basada en evidencias.



Con base en los antecedentes ya comentados, la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación prioritaria de los Sistemas de Salud, el propósito de este protocolo de intervención es evitar los riesgos innecesarios de accidentes y daño causados por Eventos Adversos, durante la atención médica por supuesto que es importante reconocer la seguridad como un componente básico e indispensable de la calidad de atención médica.

Para obtener los mejores resultados en este terreno, es necesario: transitar hacia una cultura de la seguridad a través de la concientización con todo el personal de enfermería ya que esta estos los 365 días al año en contacto con el paciente de una forma directa, incluyendo la interacción con los familiares.

#### **5.4. Teoría de enfermería de Jean Watson**

Este protocolo se fundamentará con la teórica Jean Watson quien sugiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante. “Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal, el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y perseverar la dignidad de la persona, ayudando la a encontrar sentido a la existencia, aun en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas” (Watson,1988).

La teoría de cuidado humano según Watson define que es existencial, fenomenológica y espiritual, por lo cual el que el objetivo de los cuidados de enfermería es ayudar a la persona conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.

Para la realización de este programa de intervención educativa nos basaremos en la “Escala de la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson”, el cual presentan 6 dimensiones.

**Satisfacer las necesidades.** Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades. Por lo tanto, esta es la razón de ser del personal de enfermería satisfacer las necesidades del paciente ya que está incapacitado para realizarlas por sí mismo.

**Habilidades, técnicas de la enfermera.** Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera. Por lo que en esta dimensión debemos aplicar los conocimientos de enfermería con la cultura de seguridad del paciente para evitar eventos adversos.

**Relación enfermera-paciente.** La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Por tanto, el personal de enfermería debe relacionarse con el paciente principalmente, así como la buena comunicación con el demás personal de salud.

**Autocuidado de la profesional.** El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. El cuidado profesional es el brindado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Por lo que el profesional de enfermería debe cuidar al paciente brindar la atención aplicando las acciones esenciales para seguridad del paciente.

**Aspectos espirituales del cuidado enfermero.** En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual

ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte. Por lo que en esta dimensión el personal de enfermería debe ayudar al paciente a dar esa paz y tranquilidad para que él se recupere pronto y aplicando siempre la cultura de la seguridad.

**Aspectos éticos del cuidado.** La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. Por lo que aquí debe tener ética profesional por parte del personal de enfermería y realizar los procedimientos normados y en caso de que ocurriese algún evento adverso o incidente realizar el reporte en el formato indicado.

Este protocolo se basa en la teoría de Watson J, Teoría del Cuidado Humano esta se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, Su teoría tiene un enfoque filosófico(existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. También su filosofía de Watson hace énfasis en proteger y realzar la dignidad humana, mostrando interés profundo por la persona por parte del personal de enfermería. (Rosa Guerrero-Ramírez, 2016)

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	TEORIA DE JEAN WATSON
<b>Identificación del paciente.</b>	Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.
<b>Comunicación Efectiva.</b>	La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.
<b>Seguridad en el proceso de medicación.</b>	El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.
<b>Seguridad en los procedimientos.</b>	Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.

<p><b>Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).</b></p>	<p>El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada.</p>
<p><b>Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.</b></p>	<p>El cuidado profesional es el brindado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.</p>
<p><b>Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.</b></p>	<p>La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.</p>
<p><b>Cultura de seguridad.</b></p>	<p>Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.</p>

### **5.5. Registro y análisis de los eventos centinelas, eventos adversos, cuasi fallas y la cultura de seguridad**

La Cultura de Seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes de los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental simultáneo que posiciona la seguridad como un objetivo común a estrechar, de manera que los individuos y la organización están implicados con los programas de seguridad del paciente. (Hortensia Castañeda, 2013)

Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan. Sin embargo, se tiene que realizar el análisis de estos datos recopilados, así como la cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. El desarrollo de la cultura de seguridad es un requisito estructural para crear condiciones que permitan aprender de los errores y tratar de que no se repitan.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. (Hortensia Castañeda, 2013)

Aplicando estas dos acciones esenciales de seguridad para el paciente el personal de enfermería podrá tener datos importantes de que eventos son los más frecuentes y poner en marcha este programa de intervención para prevenir que se vuelvan a repetir en el futuro.

## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de investigación:**

#### **Cuantitativo**

La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

(Pita Fernández, 2002)

#### **Transversal**

Este tipo de estudio se denominan también como de prevalencia o transversal en los diferentes textos, y se distingue porque se indaga sobre la presencia de la exposición y la enfermedad ó evento en un momento determinado. La población en estudio puede ser seleccionada de manera aleatoria sin considerar la exposición o el evento como criterios de selección. Los estudios transversales se caracterizan porque sólo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio. (Mauricio Hernández-Avila, 2000)

#### **Prospectivo**

Los estudios prospectivos se inician con la observación de ciertas causas presumibles y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. La investigación prospectiva se inicia, por lo común, después de que la investigación retrospectiva ha producido evidencia importante respecto a determinadas relaciones causales.

## **6.2. Tipos de Variables**

### **6.2.1. Variable dependiente**

Eventos adversos.

### **6.2.2. Variable independiente**

Datos Demográficos

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudio
- Turno

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

- Identificación del paciente.
- Comunicación Efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad del paciente.

## **6.3. Población**

Personal de Enfermería que brinda atención al paciente en tratamiento de hemodiálisis en la UNEME.

75 pacientes que acuden a la unidad de hemodiálisis a realizarse el tratamiento de hemodiálisis a la UNEME

#### **6.4. Muestra**

10 enfermeras (os) que brindan atención en los dos turnos al paciente en el tratamiento de hemodiálisis en la UNEME.

50 pacientes que acuden a la unidad de hemodiálisis a realizarse el tratamiento de hemodiálisis a la UNEME.

#### **6.5. Criterios de inclusión**

Personal de enfermería que brinda atención en los dos turnos en la Unidad de Hemodiálisis durante el estudio de investigación.

#### **6.6. Criterios de exclusión**

Personal que no sea de enfermería.

## 6.7 Operacionalización de variables

**Datos Demográficos:** es información de las características de las poblaciones humanas.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicadores	Valores	Nivel de escala de medición.
<b>Edad</b>	Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Cuantitativa	Años	Dato Crudo	Nominal-Policotómica
<b>Sexo</b>	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan a la especie humana.	Cualitativa		Femenino ( 1 ) Masculino ( 2 )	Nominal -Dicotómica
<b>Nivel de Estudio</b>	Son los niveles de preparación profesional. Se pueden dividir según el nivel de conocimiento y la experiencia que vas obteniendo a lo largo de los años y la especialización en la universidad.	Cualitativa	Nivel académico	Auxiliar de enfermería (1) Nivel técnico (2) Técnico con post –Técnico (3) Licenciatura (4) Licenciatura con Posgrado(5)	Nominal-Policotómica
<b>Turno</b>	Horario de trabajo establecido por la institución al personal de enfermería.	Cuantitativa	Turno de trabajo	Matutino (1) Vespertino (2)	Nominal-Policotómica

**Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente:** La ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicadores	Valores	Nivel de escala de medición
Identificación del paciente.	Es la acción y efecto de identificar o identificarse (reconocer si una persona, cuanta con los datos necesarios para ser reconocido).	Cualitativa	1. ¿cuáles son los dos elementos que no pueden faltar en la ficha de identificación del paciente?	Nombre completo del paciente. (1) Fecha de nacimiento (2) Fecha de ingreso (3) Brazalete (4) Expediente clínico (5)	Nominal -Politómica
Comunicación Efectiva.	Es una forma de comunicación, que logra que quien transmite el mensaje lo haga de modo claro y entendible para su interlocutor/es, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas.	Cualitativa	2. ¿El servicio cuenta con libreta de comunicación efectiva?  3. ¿Cuál es el objetivo de la libreta de comunicación efectiva?  4. ¿Las indicaciones médicas son legibles?	Si (1) No (0)  Reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas. (1) Evitar eventos adversos y complicaciones en el paciente. (2)  Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) Nunca (0)	Nominal - Politómica
Seguridad en el proceso de medicación.	Es la certeza para administrar los medicamentos y brindar el cuidado de la salud. Puede influir de forma significativa en la prevención y gestión de los problemas de seguridad de los medicamentos	Cualitativa	5. ¿Cuentan con área de preparación de medicamentos?  6. De acuerdo a la semaforización por colores ¿cuál es la caducidad de los medicamentos?  7. ¿Cuentan con libreta de medicamentos controlados?	Si (1) No (0)  Rojo, amarillo y verde (1) Azul, verde y rojo. (2) Rojo, amarillo y azul. (3)  Si (1) No (0)	Nominal -Politómica

Seguridad en los procedimientos	Es la certeza de realizar los procedimientos médicos.	Cualitativa	8. ¿Conoce la hoja de enfermería (terapia de hemodiálisis)?  9. ¿Las indicaciones médicas son legibles?	Si (1) No (0)  Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) Nunca (0)	Nominal - Politómica
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).	Es una acción prioritaria para evitar infecciones reconocidas por más de un siglo como un problema crítico que afecta la calidad del cuidado de la salud de los pacientes atendidos en los hospitales, aproximadamente hasta una tercera parte de las IAAS.	Cualitativa	10. ¿De cuantos pasos consta la técnica del lavado de manos?  11. ¿Cuáles son los principios de asepsia?	Seis (1) Cinco (2) Tres (3)  De arriba abajo (1) De un lado a otro (2) Del centro a la Periferia (3) De lo distal a lo proximal (4)	Nominal - Politómica
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Es un problema de seguridad, que requiere de herramientas y acciones específicas que permitan valorar el riesgo de caídas y la adopción de medidas de carácter preventivo.	Cualitativa	12. ¿Cuáles son las medidas de seguridad a implementar para evitar las caídas de los pacientes?	Barandales en alto (1) Ficha de riesgo de caídas. (2) Movilización del paciente (0)	Nominal - Politómica

<p>Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.</p>	<p>Documento donde se relacionan ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>13. ¿Qué es un evento adverso?</p> <p>14. ¿Cuál es el formato que se utiliza para el registro de los eventos centinelas, adversos o cuasi fallas?</p> <p>15. ¿Cuál es el daño más grave que se le puede causar a un paciente durante un evento adverso?</p>	<p>Es todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte.</p> <p>FO-DAM-UEE-09 "Reporte de Incidentes de Seguridad del Paciente (1)          Hoja de enfermería (2)          Cuasi error (1)          Daño severo o permanente (2)          Daño permanente (3)          Daño temporal (4)          Tratamiento adicional (5)          Muerte (6)          Estrés emocional (7)          No daño físico evidente (8)          Condición insegura (9)</p>	<p>Nominal -Politómica</p>
<p>Cultura de seguridad.</p>	<p>Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y de grupo susceptibles de determinar el compromiso hacia el sistema de gestión de la salud y la seguridad de una organización, así como el estilo y desempeño de dicho sistema.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>16. ¿Ha cuantas capacitaciones de acciones esenciales de seguridad para el paciente ha sido convocada?</p> <p>17. ¿Ha cuantas capacitaciones ha asistido los últimos seis meses?</p>	<p>Una (1)          Dos (2)          Tres (3)          Ninguna (4)</p> <p>Una (1)          Dos (2)          Tres (3)          Ninguna (4)</p>	<p>Nominal -Dicotómica</p>

## **6.8. Descripción del Instrumento de evaluación**

En este programa de intervención tengo contemplado realizarlo a partir de los errores o eventos adversos registrados en la unidad de hemodiálisis y de ahí clasificarlo y hacer la retroalimentación educativa para que el personal aprenda o perfeccione los procedimientos y así realizar las actividades basándonos en los lineamientos y normas que rigen los diversos programas de salud. Para esta intervención educativa se utilizarán los siguientes dos instrumentos de evaluación y la hoja de reportes formato FO-DAM-UEE-09 “REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE” este último ya establecido por la institución de salud.

Programa se desarrollará en tres etapas:

### Etapa I

Diagnostico Situacional en esta etapa se aplicará un cuestionario de evaluación con preguntas de los eventos adversos, seguridad del paciente.

Se aplicará un segundo instrumento de evaluación al personal de enfermería para medir el nivel conocimiento y como está aplicando las acciones esenciales de seguridad para el paciente.

Se analizarán los reportes realizados hasta el momento ya que la implementación del reporte de incidentes para la seguridad del paciente se empezó a implementar del mes de julio del 2018.

### Etapa II

En esta etapa se implementará la capacitación del personal ya con el análisis previo de los reportes de incidentes reportados.

### Etapa III

En esta etapa se aplicará el mismo cuestionario de inicio para ver el avance que tuvo el personal de enfermería.

#### **Instrumento de Evaluación 1 formato FO-DAM-UEE-09 “REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”**

Para realizar este programa de intervención se necesitará el llenado del siguiente formato FO-DAM-UEE-09 “REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”, este formato es nuevo y se empezó a aplicar a partir del mes de julio de este año en curso, este formato cuenta con 6 secciones y son los siguientes:

1. Datos generales: en esta sección se registran datos generales del paciente como nombre, fecha de nacimiento, diagnóstico del paciente, donde ocurrió el incidente, servicio que lo reporta y quien lo detecto.
2. Descripción del incidente: en esta sección se describe brevemente el incidente y si tuvo daño el paciente.
3. Tipo de incidente: en este rubro se circula la o las categorías según corresponda al incidente consta de 15 categorías:
  - Incidente de identificación del paciente
  - Incidente de comunicación verbal o escrita
  - Incidente de medicación
  - Incidente quirúrgico
  - Infección asociada a la atención
  - Incidente relacionado con la anestesia y sedación

- Incidentes relacionados con el uso/aplicación de sangre o hemoderivados
- Incidente relacionado con proceso de nutrición.
- Incidente relacionado con oxígeno, gases o vapores
- Incidente relacionado con material, equipo médico o dispositivo
- Incidente asociado a los cuidados, técnicas o procedimientos
- Incidente asociado a la administración/ organización clínica o derivados de la omisión o retraso de la atención
- Comportamiento humano
- Incidente materno
- Incidente neonatal

4. Gravedad de incidente: en este rubro se describe la gravedad que causo el incidente que va del 1 al 9, donde 1 es condición insegura hasta la 9 que es la muerte.

- 9 Muerte
- 8 Daño severo o permanente
- 7 Daño permanente
- 6 Daño temporal
- 5 Tratamiento adicional
- 4 Estrés emocional
- 3 No daño físico evidente
- 2 Casi error
- 1 Condición insegura

5. Factores contribuyentes: en este rubro se anotan los factores que contribuyeron al incidente, esto es que ocasiono que se presentara.
6. Resultados del incidente: en este rubro describe la repercusión del incidente.

Con este instrumento de medición y reporte, se realizará la recolección de datos se analizará cuáles fueron los eventos que más se presentaron, para de ahí dar capacitación al personal de enfermería y prevenir que estos se vuelvan a presentar, este análisis debe de ser constantes para obtener un resultado favorable.

## **Instrumento de Evaluación 2 para el personal de enfermería para prevenir eventos adversos**

Para realizar este programa de intervención se llevará a cabo la aplicación de este instrumento de evaluación para medir el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre las acciones esenciales para la seguridad del paciente, la escala es tipo Likert que consta de 17 ítems a continuación se describe:

La pregunta 1 evaluará la identificación del paciente

La pregunta 2, 3,4 evaluará la Comunicación Efectiva.

La pregunta 5, 6,7 evaluará la Seguridad en el proceso de medicación.

La pregunta 8,9 evaluará la Seguridad en los procedimientos.

La pregunta 10,11 evaluará la Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

La pregunta 12 evaluará la Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

La pregunta 13, 14,15 evaluará Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.

La pregunta 16,17 evaluará la Cultura de seguridad del paciente.

El total de puntuación será de:

7 que nos indicara que el conocimiento es no aplica.

8 -12 que nos indica que el nivel de conocimiento es bueno.

13- 17 que nos indica que el nivel de conocimiento es excelente

### **Instrumento de Evaluación 3 para el personal de enfermería para prevenir eventos adversos**

Para realizar este programa de intervención se llevará a cabo la aplicación de este instrumento de evaluación para medir el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre las acciones esenciales para la seguridad del paciente, este aplicara al inicio y al final de la capacitación esto con la finalidad de ver si hubo algún avance en cuanto al conocimiento de la identificación de los eventos adversos, la seguridad del paciente, cuales son las acciones esenciales de seguridad del paciente.

Se utilizará una evaluación es escala tipo Likert que consta de 11 ítems, lo cual tendrá la siguiente puntuación.

1-4 que nos indicara que el conocimiento es no aplica.

5 -8 que nos indica que el nivel de conocimiento es bueno.

9- 11 que nos indica que el nivel de conocimiento es excelente.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR  
EVENTOS ADVERSOS**

**CURSO – TALLER**

**L.E ARLEN RIOS POPOCA**

**30 - SEPTIEMBRE - 2018**

## **7. Programa de capacitación**

### **7.1. Introducción**

Este programa se basa en las acciones esenciales para la seguridad del paciente y va dirigido al personal de enfermería, es este el que tiene interacción directa con el paciente he aquí la importancia que estén familiarizados con estas medidas para prevenir eventos adversos.

Los eventos adversos afectan el sistema de salud, llevando al diferente personal de salud a evaluaciones constantes sobre la atención brindada y al cuestionamiento del porqué de la ocurrencia de estos eventos, que terminan con desenlaces fatales no intencionados en el paciente, a pesar de saber que la atención sanitaria siempre conlleva un riesgo implícito.

Los datos más recientes publicados, muestran que la falta de seguridad del paciente en Estados Unidos es la tercera causa de muerte en ese país apoderándose de 220,000 vidas cada año; en términos económicos se estima un costo de entre 17 y 29,000 millones de dólares anuales por eventos adversos prevenibles en dicho país. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados mueren, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. (Federación, 2017)

El objetivo de este programa está diseñado para el personal de enfermería y consiste en la intervención educativa para prevenir eventos adversos, por medio de la culturización para que se realicen las notificaciones en

el formato FO-DAM-UEE-09 "REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE". En Morelos no se tiene reportes de incidencias por la falta de esa cultura de notificar este tipo de eventos presentados por lo tanto no hay estadísticas de que eventos se presentan con más frecuencia, es por ello que surgió la preocupación de saber que eventos se presentan más y como poder evitar que vuelvan a suceder, además de que en este momento se empezó a implementar dicho instrumento.

## **7.2. Justificación**

El presente programa de capacitación tiene como propósito actualizar los conocimientos y conceptos en todos los temas relacionados con la seguridad del paciente. Se debe entender la capacitación del personal de enfermería para que realice la notificación y clasificación de los eventos adversos también que solo se busca los incidentes realizados no se perseguirá al personal, dar esa confianza al personal de enfermería para que puedan ellos hacer la notificación de estos y a partir de ahí realizar un análisis de la información y dar nuevamente capacitación pero ya en los puntos donde se presentan más incidencias con el objetivo de evitar que se vuelvan a presentar.

Así hasta lograr que no se presenten los eventos adversos nuevamente, esto en conjunto de acciones de capacitación, dentro del proceso enseñanza – aprendizaje de forma activa y participativa, a ser desarrolladas, en la UNEME y/o en los diferentes niveles de la organización de la atención para la salud, dicha capacitación tiene como resultado el cambio y ampliación de conocimientos, de las habilidades, la comprensión, y es un incentivo o la motivación del personal de enfermería.

De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados mueren, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Para lograr esto nos apoyaremos en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que

son 6 para el paciente y 2 acciones para el personal de salud en este caso enfermería y en seguida las enlisto:

- Identificación del paciente.
- Comunicación Efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- Notificación y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad.

Estas dos últimas es importante para poder realizar esta intervención he aquí la importancia de instruir al personal de enfermería. (CSG, 2017)

### **7.3. Objetivo general**

- Prevenir eventos adversos
- Concientizar al personal sobre la importancia de la Cultura de seguridad del paciente.

### **7.4. Objetivos específicos**

Definir los tipos de eventos que existen como identificar, clasificar y como se deben notificar en el formato de Reporte de Incidente de Seguridad del Paciente.

Instruirlas en la importancia de las Acciones Esenciales para la seguridad del paciente:

- Identificación del paciente.
- Comunicación Efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad del paciente.

### **7.5. Metas**

- Capacitar al personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis sobre los eventos adversos, las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

## **7.6. Organización**

- Selección previa del salón (auditorio o aula) donde se realizarán las actividades.
- Las instalaciones deben tener adecuada iluminación, ventilación, mesas y sillas suficientes para 11 personas.
- De ser posible el edificio deberá estar alejado de lugares concurridos.

## **7.7. Recursos**

### **7.8. Recursos Humanos**

11 enfermeras a capacitar

Ponentes

### **7.9. Físicos**

A través del Auditorio de la UNEME en Cuernavaca Morelos ubicado en Av. Gustavo Díaz Azcarate.

### **7.10. Materiales**

- Pantalla para proyección
- Proyector multimedia
- Computadora
- Evaluaciones impresas
- Papel para escribir
- Marcadores
- Lápices y goma de borrar

### **7.11. Método**

La modalidad expositiva - taller

## 7.12. Contenido temático

- Pre – evaluación
- Panorama de los Eventos Adversos
  
- Objetivos del programa de intervención
- Seguridad del paciente
- Tipos de eventos adversos
- Acciones Esenciales para la seguridad del paciente
  - ❖ Identificación del paciente.
  - ❖ Comunicación Efectiva.
  - ❖ Seguridad en el proceso de medicación.
  - ❖ Seguridad en los procedimientos.
  - ❖ Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
  - ❖ Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
  - ❖ Notificación y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
  - ❖ Cultura de seguridad.
  
- Llenado del formato de Reporte de Incidente de Seguridad del Paciente.
- Reforzamiento de los conocimientos adquiridos en grupo.
- Post- evaluación.

## 7.14. Carta descriptiva

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS

TIPO DE CURSO O EVENTO: CURSO - TALLER

RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO: L.E ARLEN RIOS POPOCA

OBJETIVOS GENERALES: PREVENIR EVENTOS ADVERSOS

DIRIGIDO A: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DE LA UNEME.

DURACIÓN:

MESES: 0

DÍAS: 1

HORAS: 8

NOMBRE DE LA UNIDAD: LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DE LA UNEME

SEDE: AUDITORIO DE LA UNEME, CUERNAVACA

CUPO: 50 FECHA DE INICIO  
DICIEMBRE 2018

FECHA Y HORARIO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	AUXILIARES DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
08:00 10' 08:10 30'	Registro del personal -Identificar el grado de conocimientos del personal de enfermería sobre las acciones esenciales para la seguridad del paciente.	- pre-evaluación	- Opción Múltiple	- cedula de evaluación	- escrita	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
08:40 20'	Panorama general de las incidencias de eventos adversos en el mundo y a nivel nacional.	Objetivos de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.	Exposición	Pintarrón, proyector de diapositivas	preguntas dirigidas a los asistentes	Dr. Javier Arturo Linares García Resp. Vigilancia Epidemiológica	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
09:00 20'	Objetivos del programa de intervención educativa.	Descripción de las acciones esenciales para la seguridad del paciente y los eventos adversos.	Exposición	Pintarrón, proyector de diapositivas	preguntas dirigidas a los asistentes	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
09:20 30'	Difundir los objetivos de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.	Acciones esenciales para la seguridad del paciente.	Exposición	Pintarrón, proyector de diapositivas	preguntas dirigidas a los asistentes	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
09:50 70'	Tipos de eventos adversos	Eventos adversos.	Exposición	Pintarrón, proyector de diapositivas	preguntas dirigidas devolución del procedimiento	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

11:00 30'	R E C E S O						
11:30 70'	Descripción e identificación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Acciones esenciales para la seguridad del paciente.	Exposición práctica	proyector de imágenes	preguntas dirigidas	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
12:40 40'	Importancia de la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Acciones esenciales para la seguridad del paciente	Demostrativa	proyector	preguntas dirigidas	Enf. Responsable Estatal del Programa de Calidad.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
13:20 30'	Llenado del formato de reporte de incidente de seguridad del paciente.	Procedimiento de llenado del formato	Lectura comentada en pequeños grupos	casos proyector de imágenes	preguntas dirigidas	L.E. Arlen Rios Popoca	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
13:50 30'	Notificación de los reportes de incidentes de eventos adversos.	Realización de las notificaciones	Exposición demostración práctica	proyector	preguntas dirigidas	L.E. Arlen Rios Popoca	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
14:20 30'	Describir los conocimientos y habilidades adquiridas durante la capacitación	Acciones esenciales para la seguridad del paciente.	Exposición demostración práctica	proyector	preguntas dirigidas	L.E. Arlen Rios Popoca	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
14:50 40'	Identificar el grado de avance de conocimientos en el personal de enfermería sobre las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Reforzamiento de los conocimientos adquiridos en grupo post-evaluación	Preguntas	proyector	preguntas dirigidas	L.E. Arlen Rios Popoca	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
15:30 10'	C L A U S U R A						

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN

## Referencias Bibliográficas

- CSG. (2017). *Las acciones esenciales para la seguridad del paciente*. México.
- Departamento Estatal de Enfermería. (s.f.).  
<https://www.ssaver.gob.mx/atencionhospitalaria/files/2018/02/ACCIONES-ASENCIALES.pdf>. Obtenido de Secretaría de Salud de Veracruz.
- Eugenia Urram, A. J. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* , 11-22.
- Federación, D. O. (08 de 09 de 2017). *DOF*. Obtenido de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017)
- Hortensia Castañeda, R. G. (2013). percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes. *Ciencia y enfermería* , 77-88.  
<https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>. (s.f.).
- Maria Dolores Arenas Jiménez, G. F.-U. (2017). Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en la hemodialisis sistema AMFE. *de la sociedad española* , 609.
- Mauricio Hernández-Avila, P. F.-L. ( 2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *SCIELO* , vol.42, no.2,.
- Pita Fernández, S. P. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria en la Red* , 9: 76-78.
- Rojas-Armadillo, M. d. ( 2016;). Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* , 54(3):327-33.
- Rosa Guerrero-Ramírez, a. M.-L.-R. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson,. *Rev enferm Herediana.* , 9(2):127-136.
- Ruelas, E. (2007). *Seguridad del Paciente Hospitalizado*. México: Panamericana.
- Touriñan. (2011). Intervención Educativa, intervención pedagógica y educación: la mirada pedagógica. *portuguesa de pedagogia* , 283-307.
- Vega, D. R. (2007). seguridad del paciente. *CONAIVED* , 4.

# **ANEXO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

REPORTE DE INCIDENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El uso de este formato es voluntario y confidencial, NO REGISTRE el nombre de la persona que reporta ni el nombre de las personas involucradas en los incidentes. El objetivo es el aprendizaje organizacional y la mejora de la seguridad del paciente mediante el análisis de los errores. Este formato deberá entregarse a su Gestor de Calidad y no se anexará al expediente del paciente ni del personal. Para mejorar la calidad de la atención hacia los pacientes, todos aprendemos y todos enseñamos, en un ambiente respetuoso y transparente, con un enfoque sistémico.

1. Datos generales

Fecha y hora del incidente: HORA: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ Servicio donde ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_  
Día de la semana en que ocurrió: Lun/Mar/ Mie/Jue/ Vie /Sab/Dom Servicio que reporta el incidente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ ¿Quién DETECTO el incidente? Señale con una X

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SP. \_\_\_\_\_

Diagnóstico/s/ causas de hospitalización: \_\_\_\_\_

Estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ horas.

Médico	Residente	Méd. Interno	Méd. Pasante
Enfermería	Enf. pasante	Enf. Estudiante	Lab. Clín/ R)
Trabajo social	Nutrición	Administrativo	Intendencia
Paciente	Familiar	Otro (señale): _____	

2. Descripción del incidente.

a) Describa de forma breve y concisa el incidente o error (¿Qué incidente, error o daño hubo en el paciente? ¿Cuándo, dónde y cómo ocurrió?) \_\_\_\_\_

3. Tipo de incidente

a) Circule la o las categorías que correspondan al incidente descrito.

b) Para categorizar el Incidente, consulte la Guía de Referencia rápida de Incidentes de Seguridad del Paciente

CATEGORÍAS		
1. Incidente de Identificación del paciente	2. Incidente de comunicación verbal o escrita	3. Incidente de medicación.
4. Incidente Quirúrgico	5. Infección asociada a la atención	6. Incidente relacionado con la anestesia y sedación
7. Incidentes relacionados con el uso/aplicación de sangre o hemoderivados.	8. Incidentes relacionado con proceso de nutrición	9. Incidente relacionado con oxígeno, gases o vapores
10. Incidentes relacionados con material; equipo médico o disositivo	11. Incidentes asociados a los cuidados, técnicas y procedimientos	12. Incidentes relacionados a la administración/organización clínica o derivados de la omisión o retraso de la atención
13. Comportamiento humano	14. Incidente Materno	15. Incidente Neonatal

4. Gravedad del incidente

a) Se refiere a la gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. Marque con una "X", el grado de daño como se indica a continuación:

Grado de daño	Definición
9	Muerte
8	Daño severo o permanente
7	Daño permanente
6	Daño temporal
5	Tratamiento adicional
4	Estrés emocional o inconveniencias
3	No daño físico evidente
2	Casi error
1	Condición insegura

Nota: Se consideran eventos centinela los incidentes grado 7, 8 y 9, se incluyen en estos al menos los siguientes: muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente; pérdida permanente de una función, no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente, caídas con daño, cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado; muerte materna, muerte neonatal de productos de más de 2,500 grs sin antecedentes patológicos; pérdida, fuga o secuestro de paciente, entre otros.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**5. factores contribuyentes**

En el caso de que el paciente haya tenido daño moderado, daño grave o muerte, indique qué factores contribuyeron a que esto ocurriera durante el proceso de atención.

a) En el caso de que el paciente haya tenido daño moderado, daño grave o muerte, indique qué factores contribuyeron a que esto ocurriera durante el de atención: .	1. 2. 3.
b) Factores relacionados con la asignación y aplicación de las tareas, protocolos y guías.	1. 2. 3.
c) Factores individuales de los integrantes del equipo de atención	1. 2. 3.
d) Factores relacionados con el trabajo en equipo	1. 2. 3.
e) Factores relacionados con el trabajo en equipo	1. 2. 3.
f) Factores relacionados con el ambiente trabajo y el entorno	1. 2. 3.
g) Factores organizacionales y de administración	1. 2. 3.
h) Factores institucionales o del ambiente externo	1. 2. 3.

**6. Resultados del incidente**

- a) ¿El incidente ocasionó prolongación en los días de la estancia hospitalaria? Si es así ¿cuántos días?
- b) ¿El incidente tuvo alguna repercusión para la institución?  
Describe: \_\_\_\_\_
- c) ¿Se implementaron medidas para limitar el daño al paciente al momento de detectar el incidente?  
¿cuáles? \_\_\_\_\_
- d) ¿Se implementaron acciones para prevenir la repetición de incidentes? ¿Cuáles?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) ¿Se le ofrecieron disculpas al paciente y/o a su familiar o se les explicó lo sucedido? Describe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Instrumento de evaluación 2 para el personal de enfermería para prevenir eventos adversos**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)

Nivel Académico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años

**Instrucciones:** lee la pregunta y subraya la o las respuestas correctas.

**1. ¿cuáles son los dos elementos que no pueden faltar en la ficha de identificación del paciente?**

- a) Nombre completo del paciente, Fecha de nacimiento
- b) Expediente clínico, Nombre completo del paciente
- c) Nombre completo del paciente, Brazaletes.

**2. ¿El servicio cuenta con libreta de comunicación efectiva?**

- a) Si
- b) No
- c) No se

**3. ¿Cuál es el objetivo de la libreta de comunicación efectiva?**

- a) Reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
- b) Evitar eventos adversos y complicaciones en el paciente.

**4. ¿Las indicaciones médicas son legibles?**

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) Nunca

**5. ¿Cuentan con área de preparación de medicamentos?**

- a) Si
- b) No

**6. De acuerdo a la semaforización por colores ¿cuál es la caducidad de los medicamentos?**

- a) Rojo, amarillo y verde
- b) Azul, verde y rojo.
- c) Rojo, amarillo y azul.

**7. ¿Cuentan con libreta de medicamentos controlados?**

- a) Si      b) No

**8. ¿Conoce la hoja de enfermería (terapia de hemodiálisis)?**

- a) Si      b) No

**9. ¿Las indicaciones médicas son legibles?**

- a) Siempre   b) A veces   c) Casi nunca   d) Nunca

**10. ¿De cuantos pasos consta la técnica del lavado de manos?**

- a) Seis      b) Cinco      c) Tres

**11. ¿Cuáles son los principios de asepsia?**

- a) De arriba abajo      b) De un lado a otro  
c) Del centro a la Periferia      d) De lo distal a lo proximal

**12. ¿Cuáles son las medidas de seguridad a implementar para evitar las caídas de los pacientes?**

- a) Barandales en alto  
b) Ficha de riesgo de caídas.  
c) Movilización del paciente

**13. ¿Qué es un evento adverso?**

- a) Acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad pero que no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.  
b) Es todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte.

**14. ¿Cuál es el formato que se utiliza para el registro de los eventos centinelas, adversos o cuasi fallas?**

- a) Hoja de enfermería  
b) FO-DAM-UEE-09 "Reporte de Incidentes de Seguridad del Paciente"

**15. ¿Cuál es el daño más grave que se le puede causar a un paciente durante un evento adverso?**

- a) Cuasi error
- b) Daño severo o permanente
- c) Daño permanente
- d) Daño temporal
- e) Tratamiento adicional
- f) Muerte
- g) Estrés emocional
- h) No daño físico evidente
- i) Condición insegura

**16. ¿Ha cuantas capacitaciones de acciones esenciales de seguridad para el paciente ha sido convocada?**

- a) Una
- b) Dos
- c) Tres
- d) Ninguna

**17. ¿Ha cuantas capacitaciones ha asistido los últimos seis meses?**

- a) Una
- b) Dos
- c) Tres
- d) Ninguna

### **Instrumento de Evaluación 3 para Prevenir Eventos Adversos**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha:

Evaluación: Inicial ( ) Final ( )

**Instrucciones: responder las preguntas de acuerdo al nivel de conocimiento adquirido.**

#### **1. ¿Qué es un evento adverso?**

- a. Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.
- b. Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
- c. Acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad pero que no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.

#### **2. ¿Qué es la seguridad del paciente?**

- a. Es el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.
- b. Es el cuidar al paciente causado por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial.
- c. Es proteger al paciente para evitar que se lesione.

**3. ¿Cuántas son las acciones esenciales para la seguridad del paciente?**

- a. 6 AESP
- b. 9 AESP
- c. 5 AESP
- d. 8 AESP

**4. ¿Cuáles son las acciones esenciales para la seguridad del paciente?**

- a. Identificación del paciente, Comunicación Efectiva, Seguridad en el proceso de medicación.
- b. Seguridad en los procedimientos, Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas, Notificación y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas, Medición de la Cultura de seguridad del paciente.
- c. Seguridad en los procedimientos, Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas, Notificación y análisis de eventos centinela.
- d. a y b son correctas

**5. ¿Cuál es el objetivo de la identificación correcta del paciente?**

- a. Es prevenir que ocurran eventos centinelas o adversos.
- b. Identificar al paciente.
- c. Tener la identidad del paciente.

- 6. ¿Cuáles son las indicaciones más propensas al error?**
- Son las ordenes e indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente
  - por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta.
  - Historia clínica
  - a y b son correctas
- 7. ¿Para qué se implementan la doble verificación de medicamentos?**
- Para prevenir la automedicación
  - Para prevenir errores de medicación durante la preparación
  - Administración de los medicamentos.
  - b y c son correctas
- 8. ¿Cuáles son los 3 procesos esenciales que conforman el protocolo universal que se aplica en la seguridad de los procedimientos?**
- Marcado del sitio anatómico, proceso de verificación pre-procedimiento, tiempo fuera o “time-out”.
  - marcado del sitio anatómico, proceso de verificación pre-procedimiento, tiempo de recuperación
  - proceso de verificación pre-procedimiento, tiempo fuera o “time-out”.
- 9. ¿Cuál es el propósito de la AESP de reducción del riesgo de daño al paciente por caídas?**
- Evaluar el riesgo de úlceras por presión.
  - Evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas.
  - Evaluar el riesgo de caídas y aparición de úlceras por presión.

**10. ¿Cuál es el propósito de la AESP 7?**

- a. Desarrollar una cultura de calidad y seguridad se requiere además de identificar priorizar, gestionar los riesgos y problemas.
- b. Ocultar la notificación de los eventos centinelas o adversos.

**11. ¿Para qué es importante contar con un sistema de notificación y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas?**

- a. Para que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir sus ocurrencias.
- b. Para tener los datos de registro y guardar los cuestionarios.
- c. Aprender a llenar los formatos.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 11 de Diciembre del 2018

No. Oficio: FE-JP-8612018. ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: DISEÑO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, trabajo que presenta la L.E. ARLEN RÍOS POPOCA, quien cursó el POSGRADO: ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

Table with 4 columns: Name, APROBADO, CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS\*, SE RECHAZA\*. Rows include DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME, M.E. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA, MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ, DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.E. BEATRIZ LIZBETH RODRÍGUEZ BAHENA.

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

