Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 983 **-GG-ESSALUD-2013**

Lima, 19 de julio del 2013

VISTA:

La Carta Nº 1214 -DA-ESSALUD-2013 de la Defensoría del Asegurado, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención y promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 012-PE-ESSALUD-2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), considerando a la Defensoría del Asegurado como órgano de apoyo de la Presidencia Ejecutiva;

Que, el literal h) del artículo 4º del Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 322-PE-ESSALUD-2011, establece que dicha Defensoría tiene por función, entre otras, formular y proponer lineamientos, planes, programas y estrategias para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente, que deben desarrollar los prestadores;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 307-PE-ESSALUD-2011 se aprobó la Directiva Nº 001-PE-ESSALUD-2011 "Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", cuyo objetivo consiste en establecer las disposiciones necesarias para organizar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud que brinda el Seguro Social de Salud – ESSALUD, acorde al Plan Estratégico Institucional y a la Política Nacional de Calidad en Salud;

Que, con Carta de Vista, la Defensoría del Asegurado remite los proyectos de directivas de Prácticas Seguras para el Cuidado del Paciente: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos, Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes, Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente, y Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión, con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de atención en los Centros Asistenciales de ESSALUD en concordancia con las políticas de calidad de la Institución y del ente rector del sector;

Que, en tal sentido, resulta conveniente contar con procedimientos que garanticen el desarrollo de prácticas seguras para el cuidado de los pacientes por parte del personal de las Redes Asistenciales, Instituto, Centro Especializado, Gerencia de Oferta Flexible y de otras modalidades de atención de salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

EsSalud

042-2013-039

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 983 **-GG-ESSALUD-2013**

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Defensoría del Asegurado, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Asesoría Jurídica; y;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva Nº 007 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos.

2. **APROBAR** la Directiva Nº 008 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes.

3. **APROBAR** la Directiva Nº 009 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente.

4. **APROBAR** la Directiva Nº 010-GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión.

5. **DISPONER** que la Defensoría del Asegurado, a través de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, se encargue de la difusión, monitoreo y asistencia técnica a las Redes Asistenciales, Instituto, Centro Especializado, Centros Asistenciales, Gerencia de Oferta Flexible y otras modalidades de atención de salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD, para la implementación de las Directivas aprobadas mediante la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

Ing. RAMON HUAPAYA RAYGADA
GERENTE GENERAL
ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

DIRECTIVA N° 007 - GG - ESSALUD - 2013

"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS"

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBGERENCIA DE CALIDAD
SUBGERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Resolución N.° 05-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Fressia Olazo Obando
Jefa de la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial Almenara
Lic. Soledad Marín Lauri
Jefa de la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente Red Asistencial Rebagliati
Lic. Ana Maria Delgado Valencia
Jefa del Departamento de Enfermería Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Gloria Torrelli Arotaipe
Jefa del Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Esther Cotrina Montenegro
Enfermera Responsable del Fortalecimiento del Cuidado del paciente Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Rosario Ramírez Santomé
Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Zelmira Manrique Morales
Past - Subgerente de Calidad – OCYSP – DA

EQUIPO TÉCNICO DE VALIDACIÓN

Cartas Circulares N.° 38 y 39-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Carlos Pérez Pérez
Jefe del Departamento del Cuidado del paciente del INCOR
Lic. Lupe León Posada
Jefa de la Oficina de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de la Red Lambayeque
Lic. Lucinda Bobadilla Mechan
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Lambayeque
Lic. Vilma Corazao Teves
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Augusto Guevara del Cusco
Lic. Doraliza Correa Huamán
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital III Chimbote
Lic. Liz Yarasca Pariona
Jefa de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica
Lic. Virginia Pacheco Medina
Coordinadora del Servicio de Enfermería del CAP III Surquillo
Lic. Cleopatra Huapaya Pizarro
Enfermera de la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
Lic. Maria Adelaida Rivas Plata Mazmela
Jefa del Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
Lic. Janeth Del Rosario López Sánchez
Coordinadora Servicio de Enfermería CAP III Lurín
Lic. Sandra Carina Luna Valencia
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital III Yanahuara
Lic. Magnolia Concha Cahuana
Coordinadora del Servicio de Enfermería del Centro Médico Mala. Red Asistencial Rebagliati

FUNCIONARIOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva de EsSalud

ING. RAMÓN ALBERTO HUAPAYA RAYGADA
Gerente General

DR. JOSÉ GERARDO VELARDE SALAZAR
Secretario General

DRA. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA
Gerenta Central de Prestaciones de Salud

LIC. RAQUEL PALOMINO ZÁRATE
Jefe de la Oficina de Relaciones Institucionales

DRA. YOLANDA CAROLINA FALCÓN LIZARASO
Defensora del Asegurado

DRA. ISABEL CRISTINA CHAW ORTEGA
Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

DR. LUIS HUMBERTO SEVILLANO MORALES
Subgerente de Calidad

DR. RICARDO DEXTRE BAZALAR
Subgerente de Seguridad del Paciente

PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS

ÍNDICE

I. OBJETIVO..... 05

II. FINALIDAD..... 05

III. BASE LEGAL..... 05

IV. ALCANCE..... 06

V. RESPONSABILIDAD..... 06

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... 06

VII. DISPOSICIONES..... 08

VIII. ANEXOS..... 16

I. OBJETIVO

Reducir el riesgo potencial de incidentes y eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en los centros asistenciales de EsSalud.

II. FINALIDAD

Contribuir a la implementación de buenas prácticas para la administración segura de medicamentos en los centros asistenciales de EsSalud.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA; y normas modificatorias.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y normas modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".
8. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
9. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332-PE-ESSALUD-2011, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD- 2012, que aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012.
13. Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012, que aprobó el Plan Estratégico de EsSalud 2012-2016.
14. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007 "Normas marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en ESSALUD".
15. Resolución de Gerencia General N.º 353-GG-ESSALUD-2009, que aprobó la "Tabla de Faltas y Sanciones para funcionarios y servidores de los Órganos Desconcentrados de la Institución, los procedimientos para la aplicación de tales sanciones menores a despido o destitución al personal de los regímenes laborales público y privado, así como las funciones de los cargos de Jefe de Departamento Asistencial y Jefe de Servicio Asistencial".

IV. ALCANCE

La presente directiva es de aplicación en las Redes Asistenciales, Institutos, Centros Especializados, Gerencia de Oferta Flexible y otros lugares de atención de salud del Seguro Social de Salud, ESSALUD.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la siguiente directiva:

- Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Gerentes o Directores de Redes Asistenciales.
- Directores de los Centros Asistenciales.
- Jefes de las Oficinas de Evaluación de Procesos de Cuidado del Paciente.
- Jefes de las Oficinas de Gestión de Calidad o Planeamiento y Calidad o similar.
- Jefes de Departamento, así como Jefes y Coordinadores de servicios.
- Personal asistencial y administrativo de los Centros Asistenciales.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
2. **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
   Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:
   - La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
   - La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.
3. **Evento adverso en salud:** Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.
4. **Efecto adverso:** Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.
5. **Incidente:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
6. **Barrera:** Es el control o medida implementada para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema
7. **Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia sensibilidad, respeto y amor.

8. **Buenas prácticas de atención:** Son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial e inciden directamente en los aspectos del cuidado del paciente.
9. **Administración de medicamentos:** Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado al paciente por el personal de salud. La administración se realiza a través de diferentes vías de acuerdo a indicación médica escrita. Requiere información previa al paciente y registro del procedimiento realizado.
10. **Vías de administración**: Forma elegida de administrar un fármaco al organismo. Estás son: vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, dérmica, epidural, intratecal, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, y otras.
11. **Indicación médica escrita**: Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita, registrada en la historia clínica en forma completa, con letra clara y legible.
12. **Error de medicación (EM)**: "Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, u ocasione la utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización" (NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention 2001)
13. **Reporte de enfermería:** Es el informe que realiza la enfermera (o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral de enfermería al paciente y familia, para su continuidad así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
14. **Sistema de notificación de eventos adversos:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad
15. **Protocolo de Londres:** Constituye una metodología de la gestión de la calidad utilizada para la investigación de los eventos adversos. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. La metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual.
16. **Análisis causa raíz:** Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en la cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos evitando así su repetición.
17. **Proceso de análisis:** La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. En la práctica diaria las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones

equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.

18. **Contexto clínico:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
19. **Factor contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Ejemplo:
    - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
    - Ausencia de protocolos.
    - Falta de conocimiento o experiencia.
    - Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
    - Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.
20. **Fallas activas:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.
21. **Fallas latentes:** Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.
22. **Investigación y análisis de incidentes:** El proceso de investigación y análisis está estandarizado: 1) Investigación y decisión de investigar. 2) Selección del equipo investigador, 3) Obtención y organización de información, 4) Cronología del incidente, 5) Factores contributivos, 6) Recomendaciones y 7) Plan de Intervención para la Mejora.
23. **Plan de intervención para la mejora:** Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador. Asignar un responsable de implementar las acciones. Definir tiempo de implementación de las acciones. Identificar y asignar los recursos necesarios. Hacer seguimiento a la ejecución del plan. Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado. Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.
24. **Gestión de eventos adversos / evento centinela:** Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o Evento Centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los centros asistenciales de EsSalud.

VII. DISPOSICIONES

7.1 Disposiciones para la Aplicación de Prácticas Seguras. Anexo 1, 2 y 3

7.1.1 Relacionadas a la prescripción de medicamentos

a) La indicación del tratamiento farmacológico y/o cualquier indicación diagnóstica, terapéutica son de responsabilidad médica y debe ser registrada por escrito en la historia clínica en forma completa, con letra clara y legible; extendiendo la receta o planillón de receta de dosis unitaria.
b) En la receta se consignarán las indicaciones de acuerdo a la norma vigente:
    - Nombre completo del paciente.
    - N° de autogenerado o historia clínica.
    - Fecha y hora de indicación.

- Nombre del medicamento.
- Dosis según presentación del fármaco.
- Vía de administración.
- Intervalo de administración.
- Tiempo de perfusión (si fuera necesario).
- Nombre y firma del médico.

No administrar ningún medicamento que no cumpla con los requisitos descritos.

7.1.2 Relacionadas con la transcripción de la orden médica en los servicios de hospitalización

a) La transcripción de la indicación médica es realizada diariamente por el profesional a cargo del paciente (enfermera, obstetra u otro profesional según corresponda).
b) La transcripción es copia fiel de las indicaciones médicas y debe ser realizada en los registros establecidos.
c) Para la administración efectiva del tratamiento en los servicios de hospitalización, se usa como pauta de seguridad el Kárdex a cargo de la enfermera, obstetra u otro profesional según corresponda.
d) En relación a la administración de medicamentos el Kárdex incluye (nombre del paciente, sala y número de cama, nombre del medicamento, dosis indicada, vía de administración, horario programado, diagnóstico médico, alergias, entre otros).

7.1.3 Relacionadas con la dispensación

a) En los centros asistenciales con estrategia de dosis unitaria implementada en los servicios de hospitalización, el responsable de farmacia entrega los medicamentos a la enfermera u obstetra.
b) En los centros asistenciales que no han implementado la estrategia de dosis unitaria, el técnico de enfermería que recoge la medicación, hace entrega de los medicamentos a la enfermera u obstetra del servicio de hospitalización.
c) El profesional de salud responsable de la administración de medicamentos al paciente, revisa que los medicamentos despachados sean los indicados en la receta o planillón, si así no fuere, deberá comunicarse con el personal de farmacia para la corrección pertinente.

7.1.4 Relacionadas con la administración

a) Es responsabilidad del profesional de salud encargado del cuidado del paciente, la administración segura del tratamiento farmacológico.
b) Toda administración de medicamentos al paciente debe realizarse en base a los "5 CORRECTOS" y los "5 YO".

Los 5 correctos	Los 5 yo
Paciente correcto	Yo preparo
Medicamento correcto	Yo administro
Dosis correcta	Yo registro
Vía correcta	Yo respondo
Horario correcto	Yo educo

7.1.4.1 Paciente correcto:

a. Antes de administrar cualquier medicamento debe contrastarlo con el plan terapéutico pautado por el médico.
b. Verifique la identidad del paciente, consultando su nombre (si su condición clínica lo permite), o mediante la revisión del brazalete de identificación.
c. No utilice el número de cama para identificar al paciente.

7.1.4.2 Medicamento correcto:

a. Confirme que el medicamento que administrará sea el correcto antes de su preparación. Algunos medicamentos tienen nombre y aspecto similar. Si tienen alguna duda consulte.
b. Verifique que el rótulo (presentación de fábrica) del medicamento corresponda al indicado (nombre, concentración y presentación).
c. Revise las fechas de caducidad y compruebe que el fármaco esté en perfectas condiciones. Si observa cualquier característica inusual, como falta de etiqueta, nombre ilegible, indicios de deterioro u otras anomalías, separe el medicamento para su devolución al servicio de farmacia.
d. No administre un medicamento que no parezca normal o esté en condiciones poco confiables.
e. Descartar los medicamentos de identificación dudosa, así como los fármacos sobrantes, salvo que se tenga en cuenta las estrictas medidas de conservación y asepsia.
f. Asegúrese del cálculo de la dosis. En caso de duda consulte sobre todo en el caso de dosis para neonatos y niños.
g. Prepare el medicamento según procedimiento específico de cada fármaco.
h. Rotule el frasco o jeringa de manera clara: nombre del paciente, N.° de cama, dosis, vía, fecha y medicamento a administrar.
i. No utilice abreviaturas en las etiquetas con las que se marcan las jeringas de los medicamentos
j. En caso de sueros de perfusión, además de lo indicado en párrafo anterior, incluya el horario en que debe ser administrado, número de suero y número de gotas.
k. Evite las mezclas de medicamentos en el mismo envase.
l. El profesional de salud debe administrar sólo los medicamentos preparados por el mismo, o los preparados en farmacia con registro de firma, fecha y responsable de la preparación.
m. No administre ningún medicamento o preparado que no haya sido autorizado por el médico, aun cuando lo traiga el propio paciente.
n. Administre el medicamento manteniendo estrictas normas de asepsia y bioseguridad normadas.
o. Si el paciente manifiesta dudas con la medicación, compruebe nuevamente la prescripción.
p. Compruebe que el paciente no tome ningún medicamento ajeno a los prescritos.

q. Realice la comprobación de alergias. Si es la primera vez que es administrado el medicamento esté alerta, en especial en casos de hipersensibilidad conocida a otros fármacos.
r. Recuerde la importancia de los efectos de los medicamentos, vigile la aparición de reacciones adversas, así como de los efectos esperados.
s. Los medicamentos reconstituidos y refrigerados deberán dejarse que alcancen la temperatura ambiental antes de administrarlo.

7.1.4.3 Dosis correcta:

a. Compruebe 2 veces la dosis indicada y prepare en forma exacta. Modificaciones mínimas en la dosis puede ser importantes y peligrosas.
b. En casos en que la dosis parezca inusualmente elevada o baja, confirme directamente con el médico que la prescribió.
c. Utilice siempre la jeringa adecuada, que le permita medir siempre la dosis exacta
d. Realice los cálculos matemáticos de dosis, dilución y velocidad de infusión, inclusive cuando se utilicen equipos automáticos y semiautomáticos, considerando las recomendaciones para cada medicamento.

7.1.4.4 Medicamento por la vía correcta:

a. Verifique que la vía de administración del medicamento es la correcta. Si no aparece o no es legible en la prescripción, consulte al médico.
b. Verifique la parte correcta del cuerpo donde se debe administrar el medicamento (ejemplo vía tópica, ótica u oftálmica).
c. Para permeabilizar una vía usar suero fisiológico (solución salina o cloruro de sodio al 0.9%).
d. En las venoclisis, los catéteres periféricos no deben permanecer por más de 72 horas en la misma vena, por el riesgo a flebitis o infección, siendo obligatorio el registro de la fecha y hora de la colocación del catéter periférico.
e. Los antibióticos por vía endovenosa se administran lentamente, muy diluidos en jeringas de 10 a 20 cc, o en 50 o 100 cc, usando volutrol o microgotero.

7.1.4.5 Hora correcta:

a. Preste especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.
b. Protocolice el sector de inicio de la administración de medicamentos en cada servicio para garantizar intervalo de dosificación estricto.

7.1.5 Relacionadas con el registro de medicamentos

a) Una vez administrado un medicamento, registre la acción en la hoja de enfermería y/o de obstetricia considerando nombre del fármaco, dosis, vía, hora, nombre y firma del profesional que realiza la acción.

b) Registre la medicación administrada en caso de urgencia.
c) Registre cualquier incidencia o reacción de la medicación.
d) Registre la "no administración de un medicamento", en la hoja de enfermería y/o de obstetricia correspondiente, especificando los motivos.
e) Si se produce un error durante el registro escrito no use corrector, táchelo con una sola línea y ponga la palabra ERROR.
f) Vigile la aparición de reacciones adversas, así como de los efectos esperados de los medicamentos.

7.1.6 Relacionadas a la educación e información al paciente

a) Eduque al paciente respecto al medicamento, dosis y horario habitual de tratamiento.
b) Informe al paciente y su familia acerca del efecto farmacológico del medicamento y resalte la necesidad de una administración constante y oportuna de acuerdo a indicación médica.
c) Verifique que el paciente esté informado sobre cualquier proceso o tratamiento recibido y estimulado a preguntar libremente sobre ellos y a informar al médico respecto a los efectos secundarios y/o alérgicos producidos por el medicamento.
d) Fomente el autocuidado enfatizando conocimientos de la medicación recibida, tolerancia de efectos secundarios y fomento de estilos saludables.
e) Acuerde conjuntamente con el paciente la zona de administración más adecuada sobre todo en tratamientos crónicos.
f) Convenga las zonas de inserción de catéteres venosos periféricos, administración subcutánea e intramuscular

7.2 Disposiciones para la intervención y mitigación del daño en caso de error en la administración de medicación y/o reacción adversa

7.2.1 Intervención inmediata del profesional que administra medicación al paciente

a) Valore el error o reacción adversa.
b) Suspenda la administración del medicamento.
c) Brinde cuidados inmediatos al paciente de acuerdo a su competencia.
d) Comunique y solicite evaluación al médico de servicio o médico de guardia.
e) Valore y aplique cuidados específicos de acuerdo a diagnóstico e indicaciones médicas.
f) Realice el registro en la historia clínica y formatos de reporte de evento adverso.

7.2.2 Notificación de error en la administración de medicamentos. Anexo 4

a) La administración errónea de un medicamento debe ser informada de inmediato al médico tratante o médico de guardia.

b) El profesional de salud responsable del cuidado al paciente, realiza la notificación del evento adverso en formulario correspondiente (Anexo 5) y entrega al jefe y/o coordinador del servicio.
c) El profesional de la salud supervisor, el jefe y/o coordinador del servicio consolida la incidencia mensual del evento adverso error en la administración de medicamentos en formato de "Notificación de error en la administración de medicamentos" (Anexo 6), y deriva a la jefatura correspondiente.
d) El jefe de departamento o servicio remite el consolidado a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Planeamiento y Calidad y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial, los cuales evalúan y viabilizan la implementación de recomendaciones e informa al Gerente y/o Directores de Red Asistencial.
e) El Gerente y/o Directores de Red Asistencial toma conocimiento y deriva informe a Oficina de Calidad y Seguridad del paciente del nivel central.
f) Las Oficinas de Gestión de Calidad y/o Unidades de Planeamiento y Calidad actualizan la base de datos de eventos adversos a nivel de Centro Asistencial y de la Red Asistencial.

7.2.3 Notificación de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

a) La Reacción Adversa a medicamentos debe ser informada de inmediato al médico tratante o de guardia.
b) El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, registra la Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) en formulario establecido en Resolución N° 467-GG-EsSalud-2006 ó norma vigente, y deriva al Comité de Farmacovigilancia para atención de acuerdo a procedimiento normado.

7.3 Disposiciones para el análisis del evento adverso: Error en la administración de medicamentos. Anexo 7

7.3.1 Organización y funcionamiento del equipo de investigación de eventos adversos

a) Estar integrado por 3 o 4 profesionales de diversos grupos ocupacionales, con un mínimo de 3 años de experiencia en el ejercicio profesional.
b) La conformación debe ser formalizada mediante Resolución de Gerencia / Dirección de Red o Resolución Directoral del CAS.
c) Para el cumplimiento de sus funciones el Departamento y/o Servicio convoca al Equipo cada vez que ocurra un evento adverso y/o identifique un incidente (near-miss) dentro de las primeras 24 horas.

7.3.2 Investigación y Análisis de Eventos Adversos

En caso de Evento Centinela Error en la Administración de Medicamentos (evento adverso grave), proceder de acuerdo a Resolución N° 501-GG-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva N° 07 –GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de

las Comisiones de Eventos Centinela en los Centros asistenciales del Seguro Social de Salud EsSalud).

Ante la ocurrencia de eventos adversos leves y moderados, el Jefe del Departamento y/o Servicio convoca al Equipo de Investigación de Eventos Adversos para el análisis causa raíz respectivo debiendo cumplir las siguientes etapas:

a) Recopilación y organización de información:

Se realiza en las primeras 48 horas e incluye:

- Revisión de documentación clínica (Historia clínica, registros clínicos, protocolos, procedimientos, Guías de práctica clínica, diagrama de flujo del proceso o subproceso, normas y directivas relacionadas con el evento adverso.
- Visita in situ al servicio donde ocurrió el evento adverso (recorrido de las instalaciones, evidencia física de las condiciones del mobiliario, programación de recursos humanos, análisis de carga laboral vs. Grado de dependencia de pacientes).
- Evaluación de índice de rotación y disponibilidad de personal, y
- Entrevista al personal relacionado con el evento adverso, (registro de declaraciones y observaciones inmediatas). Anexo 8

b) Elaboración del mapa de los hechos (desarrollo de los acontecimientos)

- Implica el registro de la información obtenida en la "Narración del Evento Ocurrido Tabla Cronológica" e incluye revisar y/o elaborar el diagrama de flujo del proceso o subproceso analizado. Anexo 9 y 10.

c) Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños.

- Análisis de la información para la identificación de causas utilizando el Diagrama Causa – Efecto y la Clasificación de la NPSA.
- Diagnóstico de la existencia de barreras para la prevención de daños mediante la identificación de acciones inseguras por factores contributivos.

d) Elaboración de informe

- El Informe final debe tener la siguiente estructura: Nombres de los integrantes Equipo Investigador, Objetivos, Actividades realizadas, Metodología, Conclusiones y Recomendaciones. Anexo 11.
- Las conclusiones deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).

- Las recomendaciones deben orientar la eliminación o mitigación de las acciones inseguras y orientar la formulación del plan de intervención.

7.4 Elaboración del "Plan de Intervención para la Mejora"

a) Teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas por el equipo de investigación y análisis de eventos adversos, el jefe y/o coordinadora del Servicio donde ocurrió el evento adverso error en la administración de medicamentos, elabora el "Plan de Intervención para la Mejora", estableciendo plazos y responsables y es presentado a la jefatura respectiva en las 72 horas de recibido el informe. Anexo 12
b) El jefe y/o coordinador del servicio asistencial realiza al personal del área implicada la retroalimentación del "Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso": error en la administración de medicamentos, conjuntamente con el "Plan de Intervención para la Mejora".
c) El monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del plan de intervención para la mejora está a cargo del jefe del departamento (representada por el supervisor(a) de área en los CAS donde corresponda), Jefe del Servicio y/o Coordinador del Servicio.
d) El jefe y/o coordinadora del servicio informa mensualmente a la jefatura de la cual depende las actividades implementadas, así como el avance y logros obtenidos.

7.5 Disposiciones para la implementación de la directiva

7.5.1 Implantación e implementación de la directiva en los centros asistenciales de EsSalud

a) Difusión de normativa en físico y digital a todos los servicios asistenciales de los centros asistenciales de EsSalud e instancias administrativas para el apoyo logístico correspondiente.
b) Realizada la difusión, planifica estrategias que favorezcan la implementación considerando jornadas de sensibilización permanentes.
c) El desarrollo de módulos de capacitación integrales y holísticos, deben integrar temas de prevención de eventos adversos, seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa raíz, gestión del riesgo; y la metodología debe considerar el desarrollo de talleres, trabajo de campo y evaluación de lecturas.
d) Las actividades de implementación de la directiva forman parte de las iniciativas de gestión, según corresponda, prioritariamente del departamento y/o servicios de enfermería.
e) Los jefes de departamento y/o servicio deben programar y gestionar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para su implementación (accesorios y aditamentos para prevención).

7.5.2 Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en los centros asistenciales de EsSalud

a) Se hará como mínimo, una observación trimestral a cada uno de los profesionales responsables de la administración de medicamentos y

está a cargo del jefe y/o coordinador del servicio (supervisora en los CAS donde se cuente con el recurso).

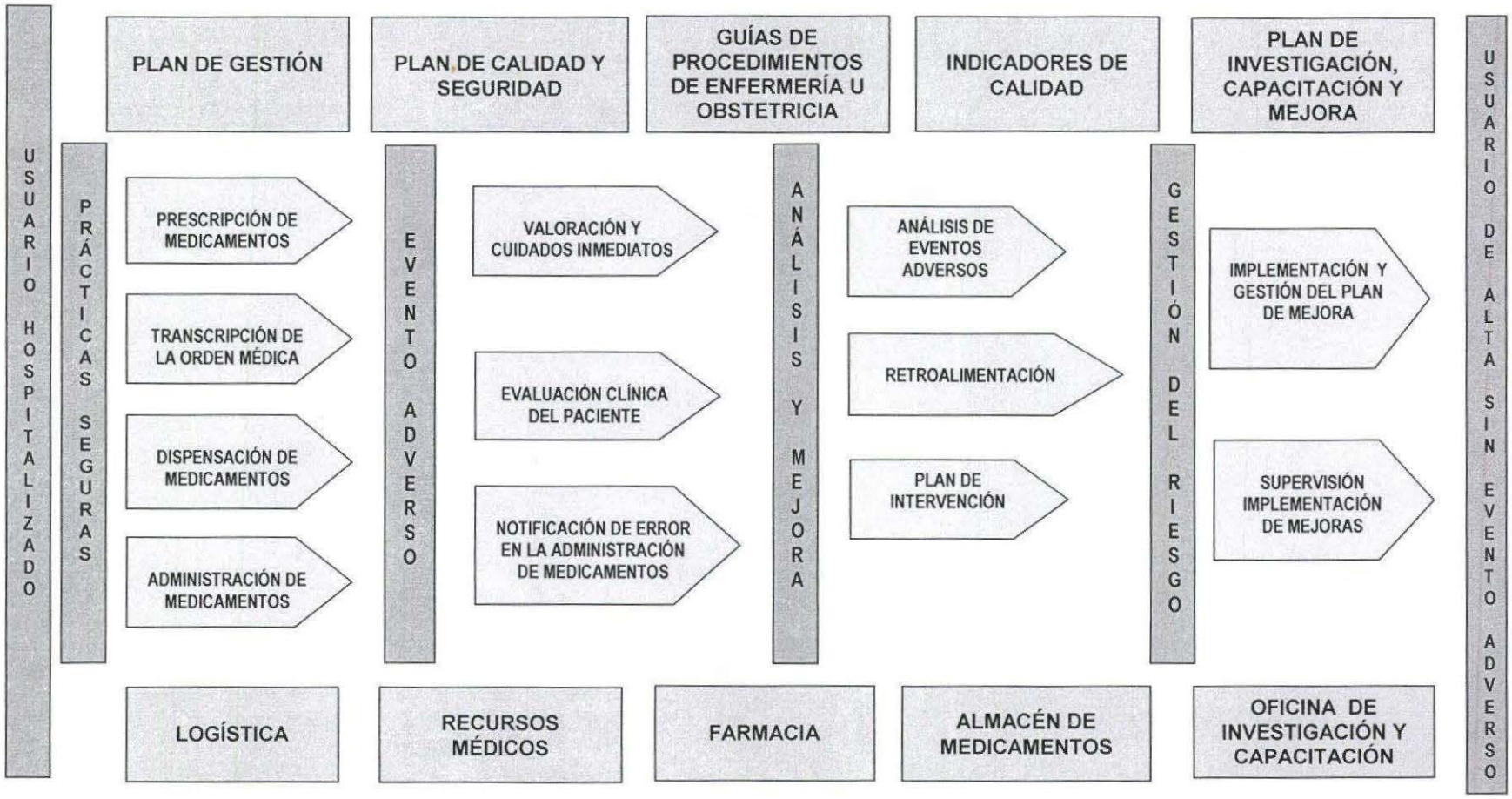
b) La técnica a utilizar es la observación, se realiza durante la administración de medicamentos, haciendo uso de la lista de chequeo "Cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos" (Anexo 13), y se completa con la lista de chequeo "Cumplimiento de las pautas de seguridad para la administración correcta de medicamentos" mediante la revisión de historia clínica y otros registros de enfermería u obstetricia. (anexo 14).

c) La evaluación de la implementación y aplicación de la directiva se hará mediante indicadores. (Anexo 15)
   - Porcentaje de servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a directiva.
   - Porcentaje de servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a directiva.
   - Porcentaje de errores en la administración de medicamentos.
   - Porcentaje de actividades ejecutadas para la implementación de la directiva.

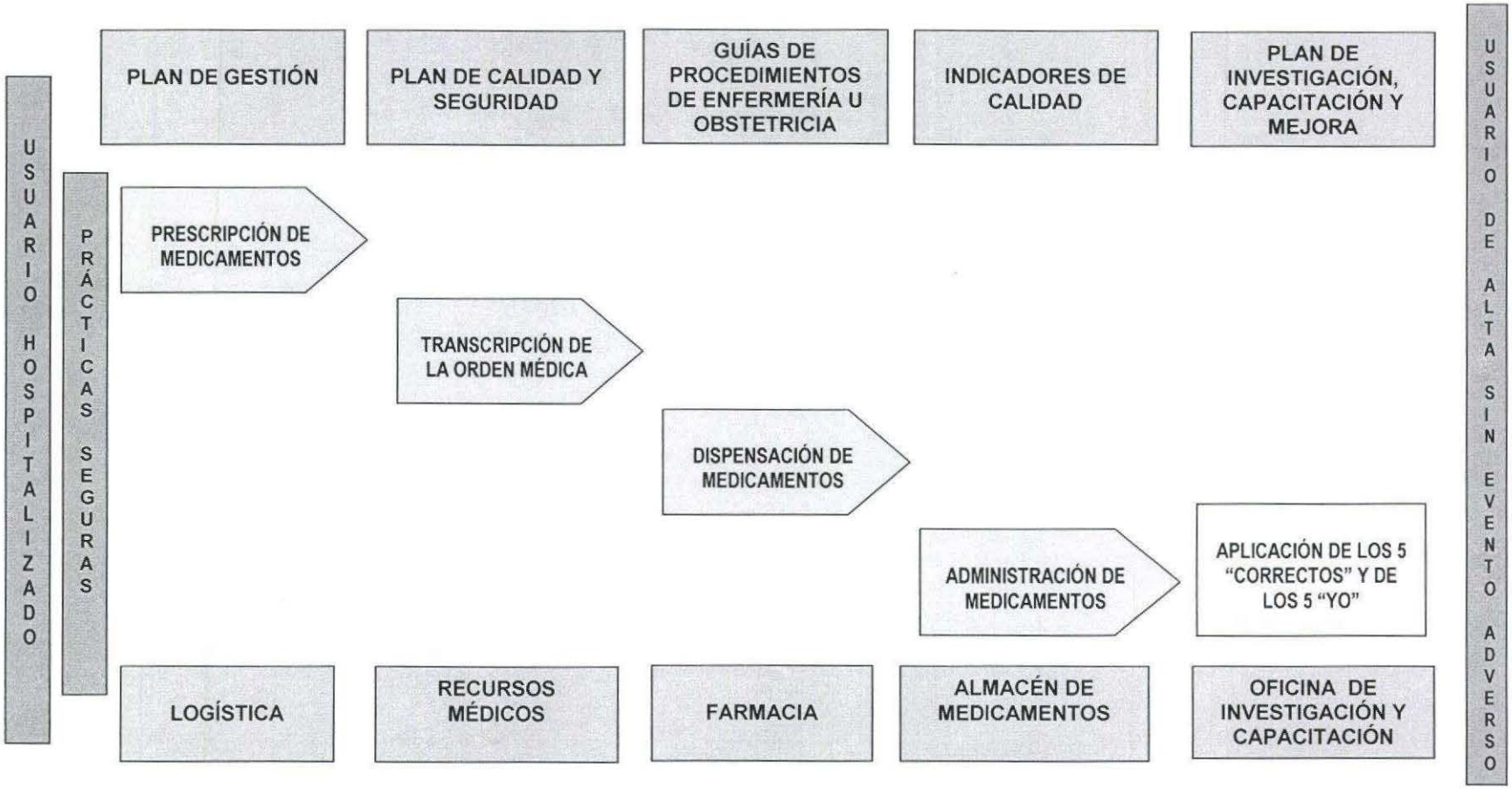
VIII. ANEXOS

ANEXO 1

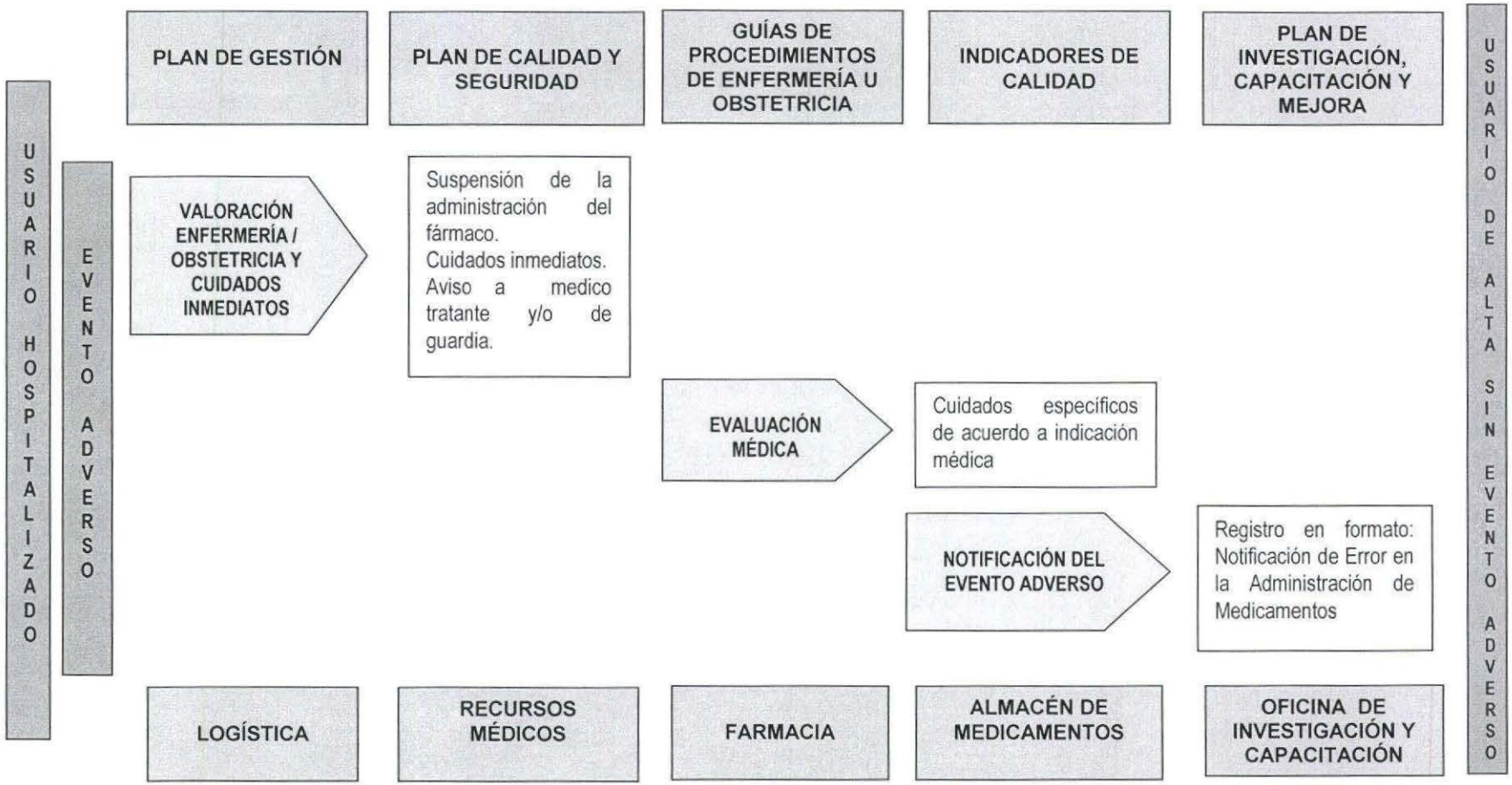
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS



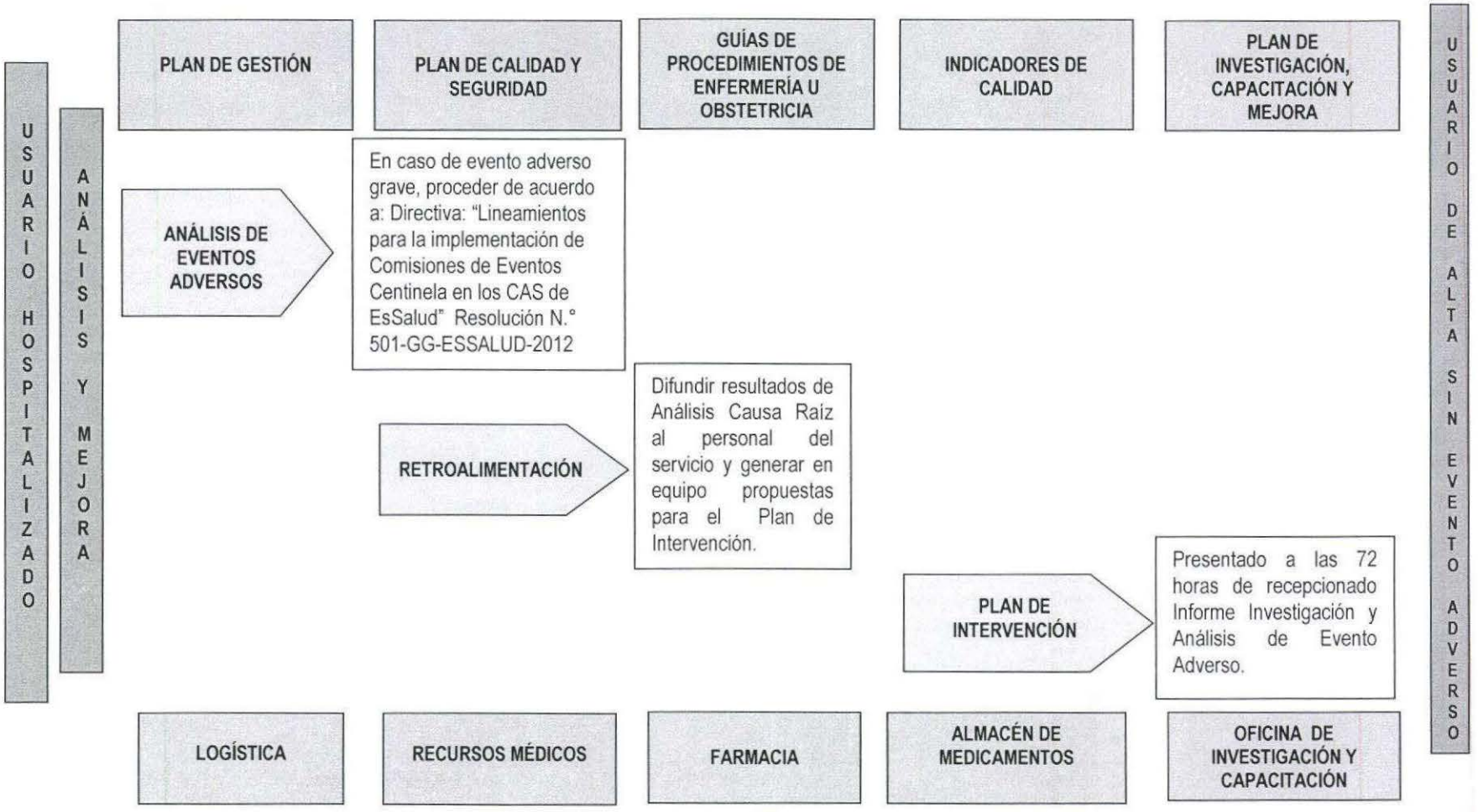
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: PRÁCTICAS SEGURAS EN LA ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS



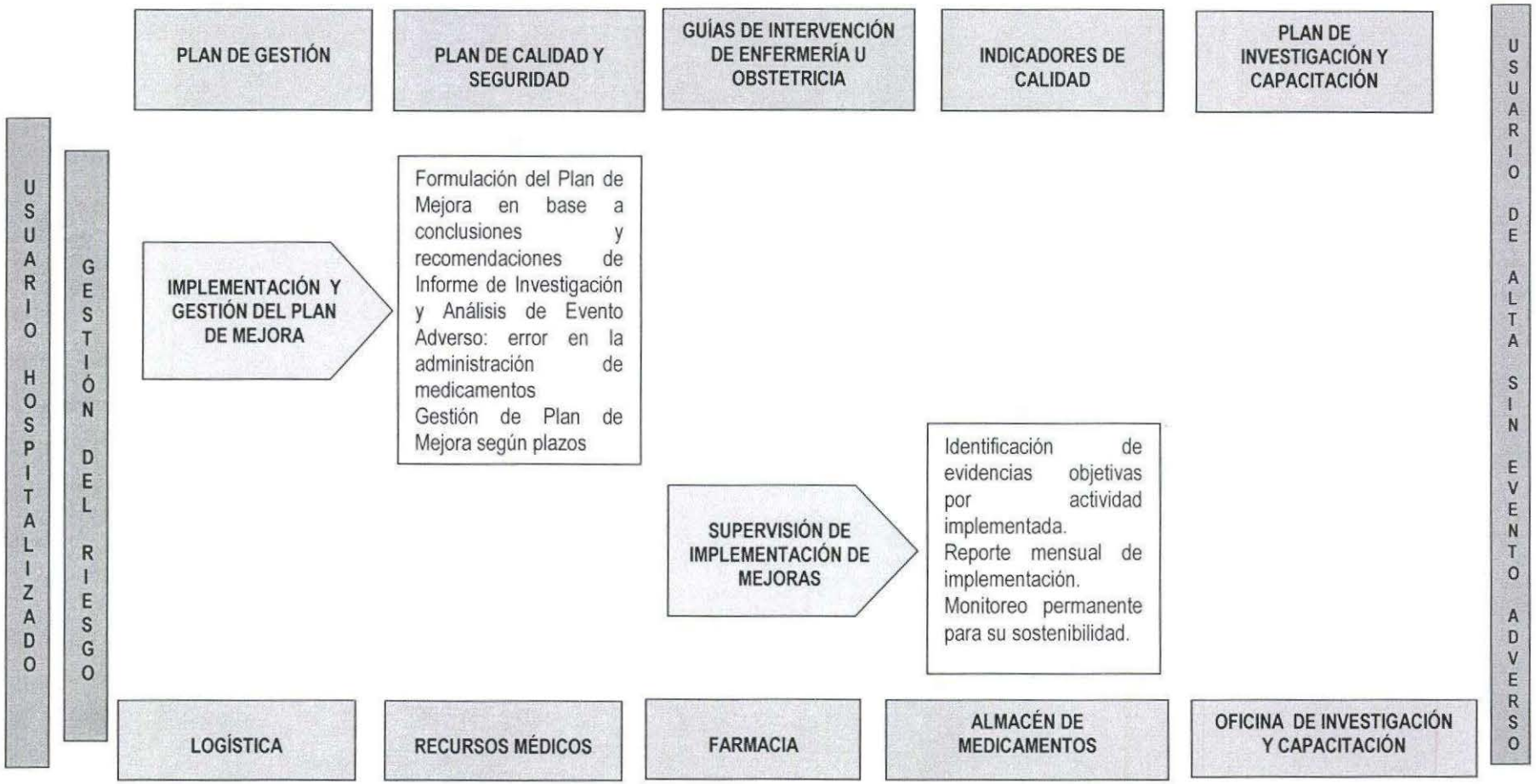
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: ENTRADA AL PROCESO MITIGACIÓN DEL DAÑO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: PROCESO DE ANÁLISIS Y MEJORA

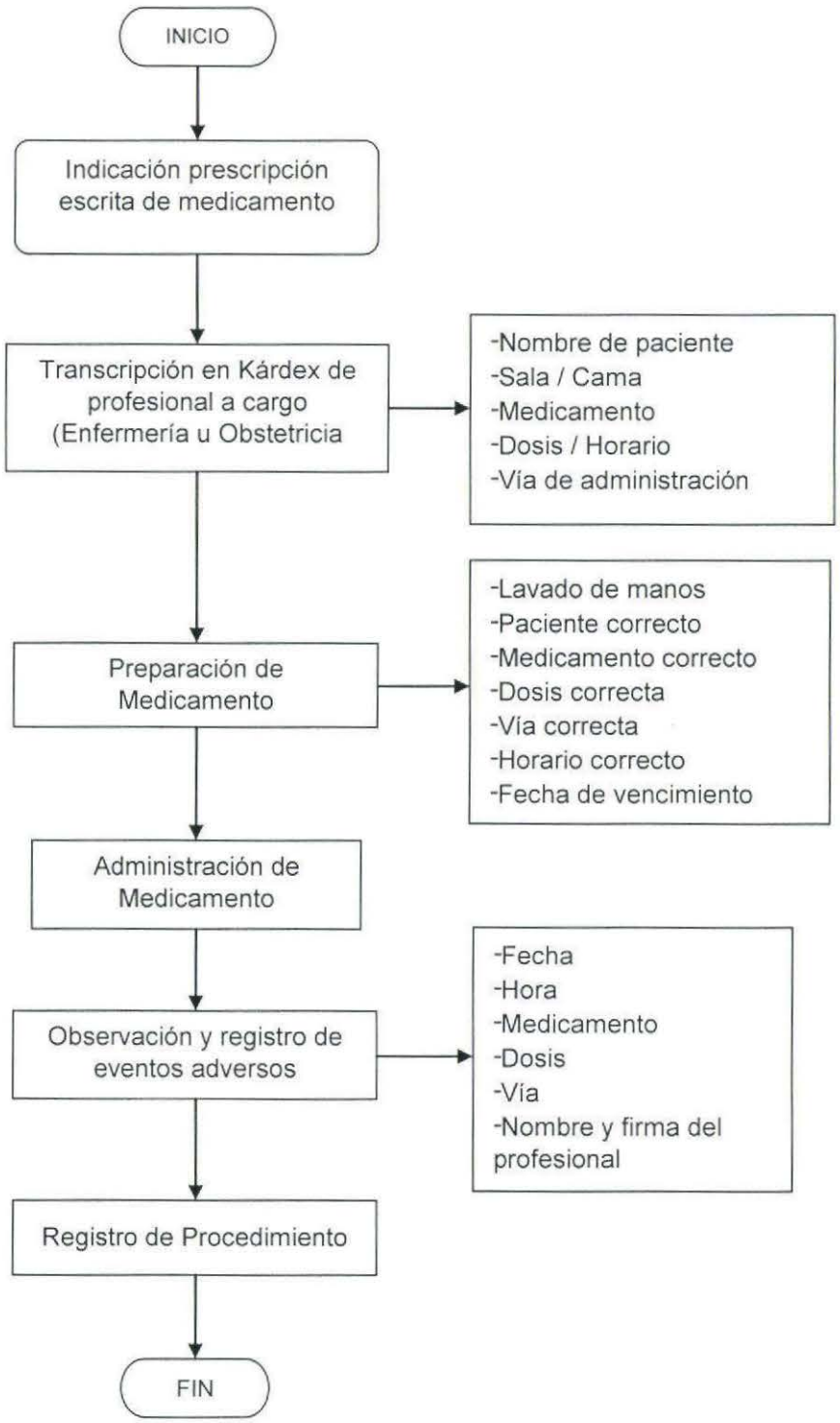


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: ENTRADA AL PROCESO POR SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN



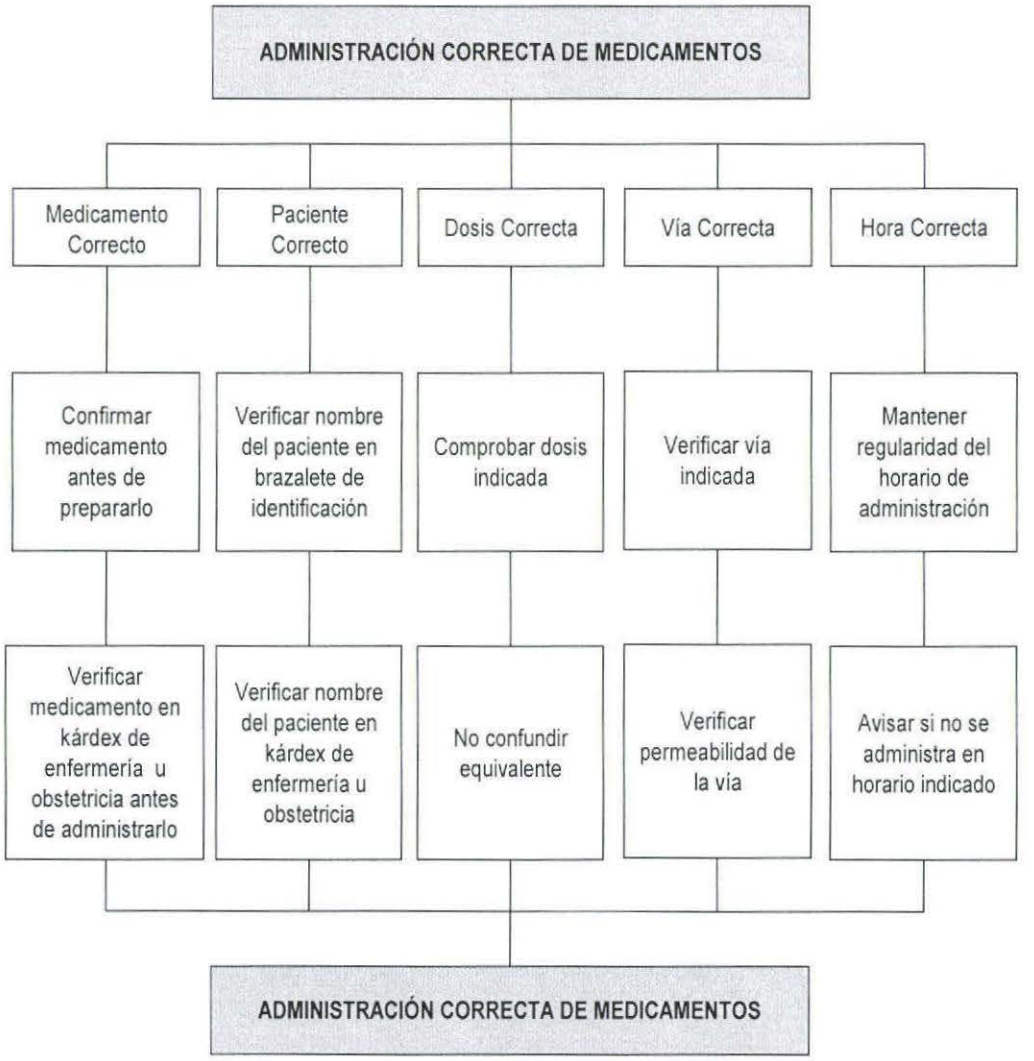
ANEXO 2

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS



ANEXO 3

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS (5 CORRECTOS)



ANEXO 4

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

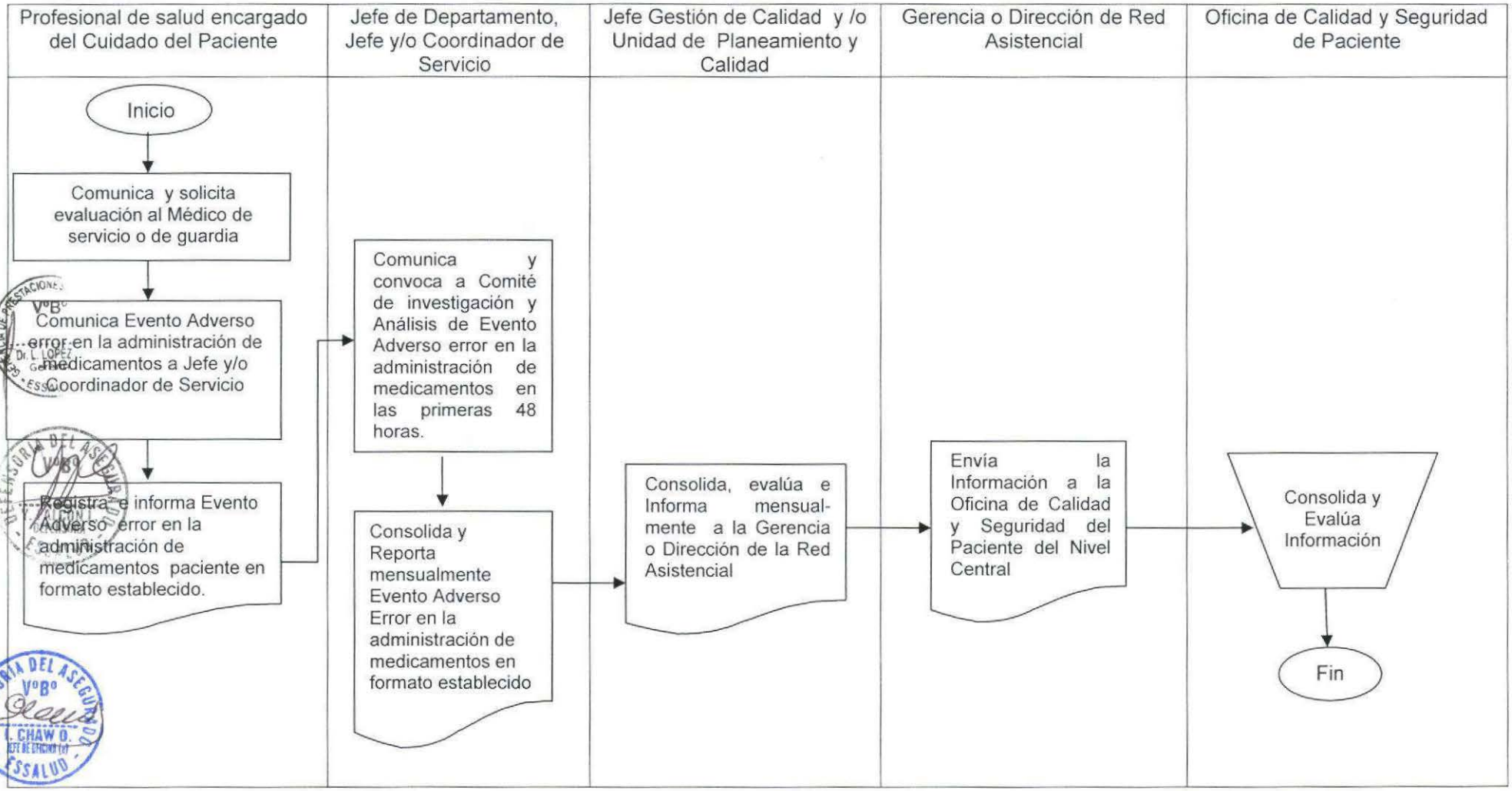
OBJETIVO:
Implementar una cultura de reporte a través de la Notificación del Evento Adverso error en la administración de medicamentos que permita realizar el análisis causa raíz, desarrollar un plan de mejora e implementar barreras de prevención orientadas a disminuir riesgos y acciones inseguras.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Valora el error, suspende la administración del medicamento y brinda atención inmediata al paciente.	Enfermera y/o profesional responsable de la atención del paciente
02	Comunica y solicita evaluación del paciente al médico de servicio o de guardia.	Enfermera y/o profesional responsable de la atención del paciente
03	Brinda cuidados de acuerdo a resultados de evaluación médica	Enfermera y/o profesional responsable de la atención del paciente
04	Comunica error en la administración de medicamento a jefe y/o coordinadora de servicio	Enfermera y/o profesional responsable de la atención del paciente
05	Registra e informa evento adverso error en la administración de medicamentos en formato "Notificación de Errores en la Administración de Medicamentos"	Enfermera y/o profesional responsable de la atención del paciente
06	Consolida y envía mensualmente a la Jefatura de Departamento y/o Servicio del CAS la incidencia de eventos adversos.	Jefe y/o Coordinador de Servicio
07	Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de error en la administración de medicamento a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Unidad de Planeamiento y Calidad de cada CAS..	Jefe de Departamento y/o Servicio
08	Remite informe a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Planeamiento y Calidad y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red.	Gerentes y Dirección de los Centros Asistenciales de la Red
09	Consolida, evalúa e informa a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del Nivel Central a través de la Gerencia de Red	Oficina de Gestión de Calidad y/o Unidad de Planeamiento y Calidad

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red asistencial Almenara.

DIAGRAMA DE FLUJO NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL EVENTO ADVERSO ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



ANEXO 5

NOTIFICACIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Red Asistencial: _____

Centro Asistencial: _____

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de Notificación: _____ Fecha de Incidente: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Edad: _____

Servicio: _____ N° Historia Clínica: _____

Embarazo: SI ☐ NO ☐ rimestre ..... Lactancia: SI ☐ NO ☐

Peso: _____ Procedencia: _____

MEDICAMENTO (S) IMPLICADO (S)

Nombre del medicamento _____ **Vía:** _____

Principio activo: _____ **Forma farmacéutica:** _____

Dosis o concentración: _____ **Formula magistral** _____

TIPO DE INCIDENTE

☐ Medicamento erroneo	☐ Técnica de administración incorrecta
☐ Error de transcrpción	☐ Vía de administración erronea
☐ Omisión de dosis	☐ Paciente equivocado
☐ Dosis incorrecta	☐ Duración de tratamiento incorrecta
☐ Frecuencia de administración erronea	☐ Monitorización insuficiente de tratamiento
☐ Forma farmaceutica erronea	☐ Medicamento en malas condiciones
☐ Error de preparación	☐ Error de dispensación
☐ Error de manipulación	☐ Falta de cumplimiento por el paciente
☐ Error de acondicionamiento	☐ Otros: _____

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

GRAVEDAD DEL INCIDENTE:

Grave: SI ☐ No ☐

Mortal: SI ☐ No ☐

EVOLUCIÓN:

Recuperado: ☐ Continua igual: ☐

INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE

_____ _____

FIRMA DE QUIEN REPORTA **FECHA**

Fuente: Ficha de Notificación de errores en la medicación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia de la Republica Oriental del Uruguay

INSTRUCTIVO NOTIFICACIÓN ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de notificación: Corresponde al día, mes y año en el que se llena la ficha.
Fecha del incidente: Corresponde a la fecha en que ocurrió el error.
Nombre del paciente: Registrar nombres y apellidos del paciente.
Servicio: Registra nombre del servicio donde está hospitalizado y especialidad a la que corresponde.
N° Autogenerado o Historia Clínica: Registrar número de expediente clínico del paciente según corresponda a cada Centro Asistencial.
Sexo: Marcar en el casillero según corresponda (F) Femenino (M) Masculino.
Edad: Registrar en años.
Peso: Registrar en kilogramos
Embarazo: Marcar en el casillero según corresponda (SI) o (NO) En caso de ser SI registrar el trimestre de gestación.
Lactancia: Marcar en el casillero según corresponda (SI) o (NO)
Procedencia del paciente: Registrar nombre del Centro Asistencial de procedencia.

MEDICAMENTO (S) IMPLICADO (S)

Nombre del medicamento: Registrar nombre genérico del medicamento.
Principio activo: Registrar ingrediente activo, sustancia con actividad farmacológica.
Dosis o concentración: Se refiere a la dosis total recibida por el paciente. Se aclarara la cantidad numérica junto a la unidad correspondiente: mg (miligramos), g (gramos) u otra.
Vía de administración: Corresponde a la vía de administración correcta del medicamento. Intravenosa (IV) intramuscular (IM), oral, tópica, otras.
Forma farmacéutica: Se refiere a la forma de presentación del principio activo y/o materia prima farmacéutica, es decir la manera como son manipulados y/o administrados (comprimidos, capsulas, jarabes, ampollas, frasco ampolla, supositorios, otros)
Fórmula magistral: Se refiere al medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el químico farmacéutico o bajo su supervisión, con prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluya. Dispensado por la farmacia y con la debida información al usuario.

TIPO (S) DE INCIDENTE

Medicamento erróneo: Se refiere al medicamento que no está indicado para el paciente
Error de transcripción: Se refiere a error en la interpretación de la prescripción ya sea por ser ilegible o ambigua
Omisión de dosis de medicamento: Es la no administración de la dosis del medicamento prescrito a un paciente.
Dosis incorrecta: Corresponde a la administración de dosis de medicamento mayor o menor a la prescrita. Incluye también, la administración de dosis duplicadas o de dosis suspendidas. No incluye las dosificaciones tópicas.
Frecuencia de administración errónea: Administración de una dosis 30 minutos antes o después del momento programado para la misma, según la prescripción. No se incluyen las prescripciones a demanda.
Forma farmacéutica errónea: Administración de una forma farmacéutica no indicada en la prescripción. Aún en aquellas situaciones en que se decidió un cambio que no quedo explícitamente aclarado en la prescripción.
Error de preparación, manipulación y/o acondicionamiento: Se refiere al medicamento incorrectamente formulado o manipulado previo a su administración. Incluye:
- Incorrecta dilución o reconstitución del medicamento.
- Mezcla de medicamentos física o químicamente incompatibles.
- Envasado y/o etiquetado inadecuado.

Técnica de administración incorrecta: Procedimiento o técnica de administración de medicamento inadecuado de acuerdo a la prescripción. Incluye:

- Por vía correcta, pero en un sitio incorrecto (ejemplo: derecho por izquierdo).
- Velocidad incorrecta.

Vía de administración errónea: Dosis administrada por una vía incorrecta, es decir no indicada para la forma farmacéutica

Paciente equivocado: Cuando el medicamento se le administra a un paciente que no tenía indicación para el mismo.

Duración del tratamiento incorrecta: Por un periodo superior o inferior al indicado.

Monitorización insuficiente del tratamiento: Se refiere a la falta de solicitud de controles clínicos para seguimiento del paciente.

Medicamento en malas condiciones: Se refiere a:

- Medicamento vencido.
- Compromiso de la integridad física o química del medicamento.

Error de dispensación: Dispensación de medicamento o de dosis incorrecta de acuerdo a la prescripción indicada al paciente

Falta de cumplimiento por el paciente: Se refiere a dosis, frecuencia o duración de tratamiento.

Otros: Otro tipo de incidente no especificado anteriormente.

No aplicable: Se marcará esta opción para los errores potenciales en los cuales no se produjo daño al paciente.

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.

Describir en el recuadro el error y la secuencia de los hechos, con el fin de identificar las causas y los factores subyacentes del error, detallando:

- Como se produjo y como se descubrió.
- Causas que pudieron provocar, desde la perspectiva del notificador.
- Intervenciones realizadas al paciente como consecuencia del error.

GRAVEDAD DEL INCIDENTE:

Se indicará si el incidente fue grave (SI o NO) o, fue mortal.

Se considera que el incidente fue grave, si implica riesgo vital para el paciente, si determina su hospitalización o prolonga la misma. Si produce incapacidad persistente o significativa u otras situaciones que se consideren clínicamente significativas, las cuales se deberán especificar en la descripción del incidente.

EVOLUCIÓN

Se refiere a la evolución del paciente en el momento de la notificación, luego de la atención inmediata.

- Recuperado: Si esta integralmente recuperado.
- En recuperación: Si se aprecia buena evolución, sin que signifique recuperación total.
- Continua igual: Sin cambios

INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE:

En este rubro se deberá consignar:

- Motivos de indicación del tratamiento médico
- Antecedentes personales del paciente. Tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, cardiopatías, asma, EPOC, epilepsia, alergias, hepatopatías, entre otras.

Fuente: Ficha de notificación de errores en la medicación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia de la Republica Oriental del Uruguay

ANEXO 6

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa. Se emplea para descubrir errores latentes, subyacentes a un evento adverso.

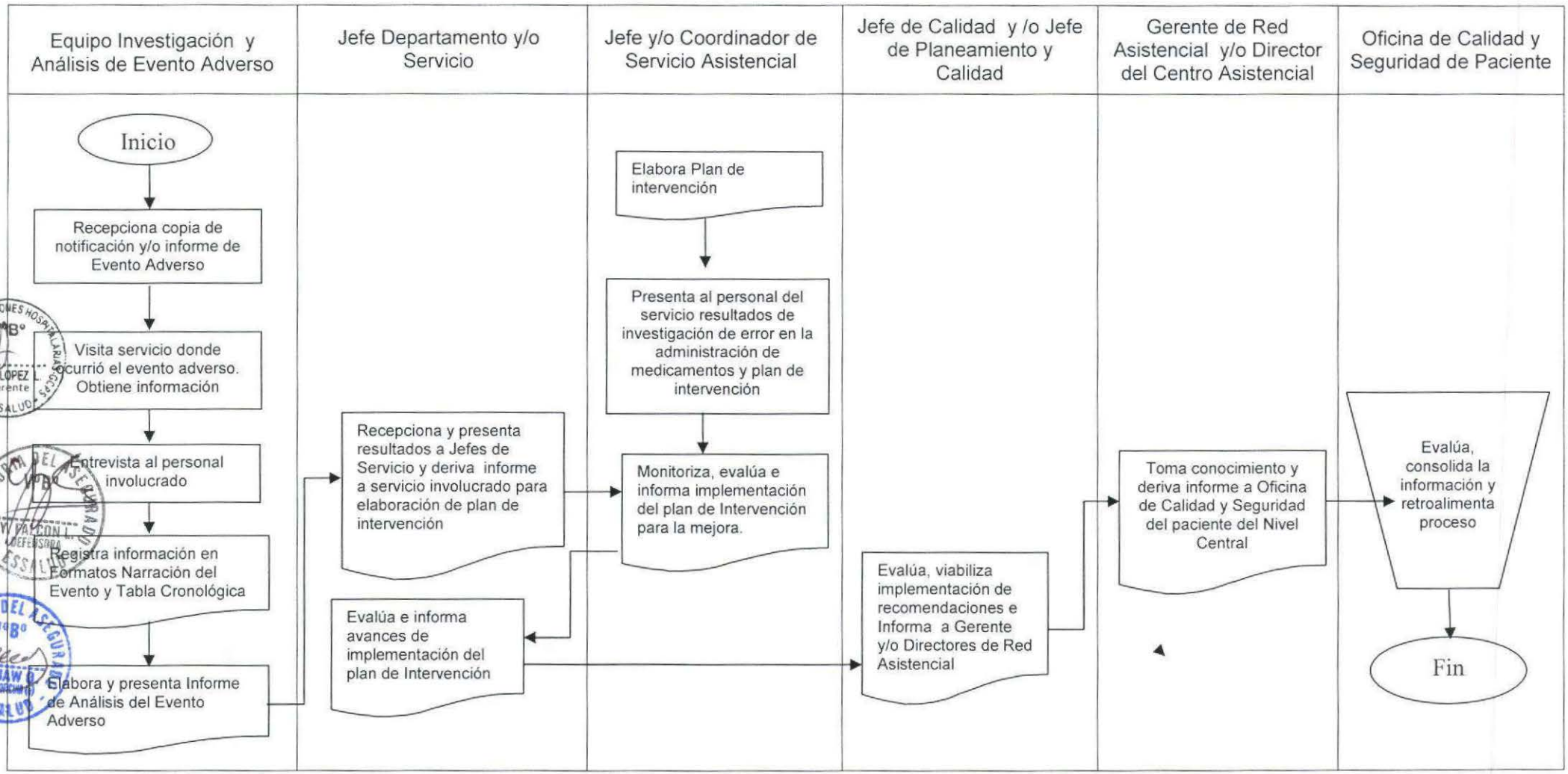
OBJETIVO:
Identificar las principales causas y/o factores contributivos, acciones inseguras que desencadenaron el evento adverso a través de la investigación y análisis de los errores de medicación e implementar medidas de mejora para prevenir el evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recibe Informe y Notificación de evento adverso Error en la Administración de medicamentos en las primeras 24 horas.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
02	Inicia proceso de Investigación y Análisis del Evento Adverso.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
03	Sistematiza información en Formato Narración del Evento Ocurrido y Tabla Cronológica.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
04	Realiza el análisis causa raíz del evento adverso notificado.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
05	Elabora y presenta Informe de la Investigación desarrollada al Jefe de Departamento y/o Servicio.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
06	Toma conocimiento y deriva copia del informe a Jefatura de servicio para retroalimentación y elaboración del Plan de Intervención para la mejora dentro de las 72 horas de recibido el mismo.	Jefe de Departamento y/o Servicio Asistencial
07	Evalúa, viabiliza implementación de recomendaciones e Informa a Gerente y/o Directores de Red Asistencial	Jefe de Calidad y /o Jefe de Planeamiento y Calidad
08	Toma conocimiento y deriva informe a Oficina de Calidad y Seguridad del paciente del Nivel Central	Gerente de Red Asistencial y/o Director del Centro Asistencial

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

DIAGRAMA DE FLUJO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS



ANEXO 7

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

Para obtener información relevante de los hechos se realizarán entrevistas individualizadas al personal que estuvo a cargo del paciente en el momento del evento adverso. Así mismo, si considera relevante podrá entrevistar a otros actores directos e indirectos, como al paciente, familiar del paciente.

Debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener información objetiva que ayuden al análisis y a la formulación de conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos, tal como sigue a continuación:

VARIABLES	RECOMENDACIONES
Lugar	• Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el evento adverso.
Explique el propósito	• Explique al entrevistado el motivo de la Entrevista. • Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la Cronología del Evento Adverso	• Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. • Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. • Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las Acciones Inseguras	• Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas.
Identifique los Factores Contributivos	• Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	• Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. • Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

ANEXO 8

NARRACIÓN DEL EVENTO OCURRIDO

Este instrumento permite sistematizar la información obtenida por el Equipo de Investigación durante el Proceso de Análisis del Evento Adverso (revisión documentaria, entrevista, elaboración de la tabla cronológica)

Nombre del Paciente: .....

Servicio: .....

N° cama: .....

Edad: ..... **Grado de dependencia:** .....

Entrevistados: .....

Momentos:

1. **Antes del evento**

   Diagnostico del paciente: .....

   .....

2. **Durante**

   Ocurrencia:.....

   Fecha del Evento: ..... Hora:.....

   Motivo que Produjo el Evento:.....

   .....

   .....

3. **Después**

   Acciones inmediatas: .....

   .....

   .....

   Daños o lesiones producidas: .....

   .....

   .....

4. **Evolución:**

   .....

   .....

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau .Año 2010.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE NARRACIÓN DEL EVENTO OCURRIDO

Nombre del paciente: Registrar los nombres y apellidos completos del paciente.
Servicio: Registrar el servicio en donde ocurrió el evento adverso.
N° Cama: Registrar el número de cama en donde el paciente se encontraba ubicado cuando ocurrió el evento adverso.
Edad: Registrar la edad del paciente que sufrió el evento adverso.
Entrevistados: Registrar el nombre y apellidos de las personas que se encontraban a cargo del paciente en el momento de ocurrencia del evento adverso.

MOMENTOS:

1) **Antes del evento adverso:**
   Diagnóstico del paciente: registrar el diagnóstico actual del paciente, del día en que ocurrió el evento adverso.
   Medicación del paciente: registrar la medicación actual que prescribió el médico el día que ocurrió el evento adverso.

2) **Durante el evento adverso:**
   Ocurrencia: registrar el momento en que ocurrió el evento adverso
   Fecha y hora: registrar la fecha y la hora en que ocurrió el evento adverso.
   Motivo que produjo el evento: registrar el relato de los hechos del evento adverso, factores, causas, así como también registrar ¿Qué se encontraba haciendo el personal durante el evento adverso? ¿Quién aviso el evento adverso? ¿Quién o quiénes se percataron del evento adverso?

3) **Después del evento adverso:**
   Acciones inmediatas: registrar las acciones que se realizaron después del evento adverso, así como también se debe consignar si se reportó el evento al jefe inmediato y si se registró la hora y fecha del evento adverso en los registros de la historia clínica.
   Daños o lesiones producidas: registrar si se encontró alguna lesión o daño que pueda haber sufrido el paciente producto del evento adverso.

4) **Evolución:**
   Registrar la evolución del paciente durante el turno del personal responsable del paciente que sufrió el evento adverso .El resto de las evoluciones serán registradas en el anexo 09 "Tabla Cronológica".

*Elaborado por Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA. Año 2011.

ANEXO 9

TABLA CRONOLÓGICA

Nombre del Paciente: .....

Servicio: ..... **Cama:** .....

Tabla Cronológica	Fecha Día 1	Fecha Día 2	Fecha Día 3	Fecha Día 4	Fecha Día 5
¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?					
Información Adicional					
¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?					
¿Qué no se hizo bien o falló?					

INSTRUCTIVO TABLA CRONOLÓGICA

Este instrumento permite realizar una línea de tiempo desde que el paciente ingresa al servicio hasta que ocurre el evento adverso, con la finalidad de precisar en qué momentos de su estancia hospitalaria se fueron dando las acciones inseguras.

Así mismo, la línea de tiempo se puede prolongar hasta que el paciente sea dado de alta a efecto de realizar un seguimiento a la evolución del estado de salud y observar si su estancia hospitalaria se prolonga o es causal de muerte por el Evento Adverso.

1) **¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?:** registrar cómo ocurrieron y se van desarrollando los hechos día por día que pudieran estar relacionados con la prevención y riesgo del evento adverso.

2) **Información adicional**: registrar alguna información que se considere relevante al relatar los hechos que pueda contribuir a analizar causas, factores, fallos, que produjeron o produzcan el evento adverso.

3) **¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?** : registrar las acciones que se realizaron día a día para prevenir y evitar el riesgo de eventos adversos.

4) **¿Qué no se hizo bien o que falló?** : registrar las acciones que se realizaron día a día analizando si estas fueron correctas o incorrectas en la prevención, riesgo y seguimiento del evento adverso.

*Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau. Año 2010.

ANEXO 10

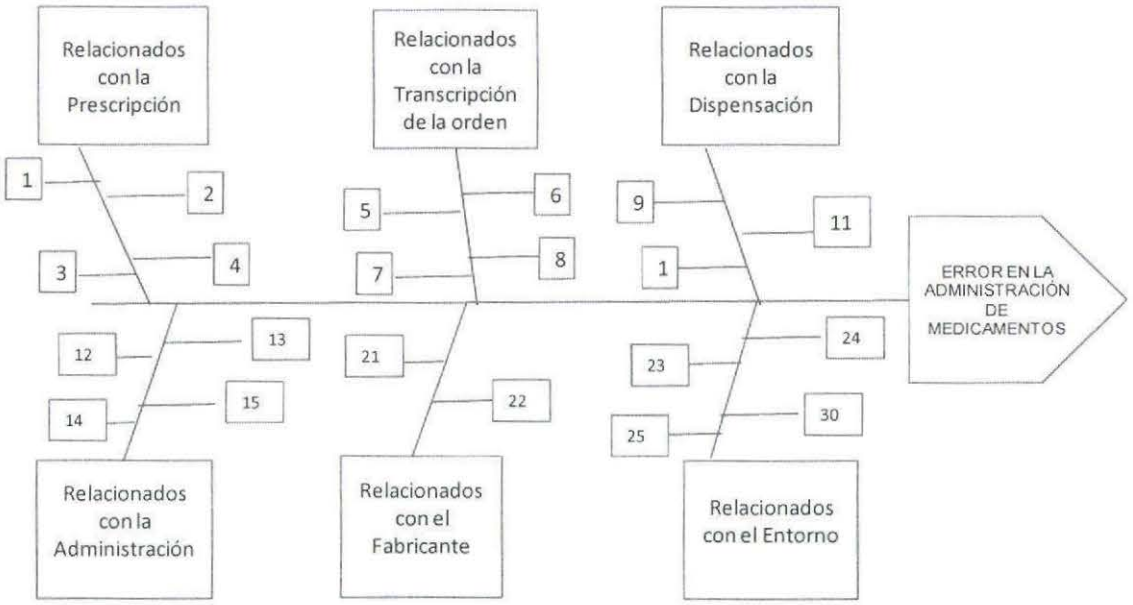
CLASIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Los errores de medicación, se pueden clasificar en función de la causa que los produce. La mayoría son multifactoriales

ERROR	DESCRIPCIÓN	
Relacionados con la Prescripción	1	A la hora de prescribir el medicamento (error en la vía de administración, error de las dosis de medicamentos, error en la frecuencia de administración, error de dosis en el paso de la vía endovenosa a vía oral)
	2	Prescripción incompleta, ambigua, escritura ilegible, utilización inadecuada de abreviaturas.
	3	Orden escrita en la historia clínica de otro paciente (paciente erróneo).
	4	Procedimiento inadecuado (ejemplo: modificación de una orden después de enviarla a farmacia)
Relacionados con la Transcripción de la orden médica	5	Identificación errónea del paciente
	6	Error en el proceso de transcripción
	7	Error de interpretación de la orden médica
	8	Fallo o retraso al enviar la orden a farmacia
Relacionados con la Dispensación	9	Medicación dispensada incorrectamente o no dispensada
	10	Interpretación errónea de la orden de tratamiento
	11	No comprobación de la fecha de caducidad o etiquetado incorrecto.
Relacionados con la Administración	12	Medicación mal ubicada en la unidad de hospitalización
	13	Identificación inadecuada del paciente
	14	Medicación incorrecta
	15	Error en la preparación del medicamento
	16	Forma farmacéutica equivocada
	17	Administración al paciente de una dosis mayor o menor que la prescrita o de dosis duplicadas
	18	Administración de la medicación fuera del periodo de tiempo preestablecido en el horario programado de administración
	19	Error en la técnica de administración
	20	Avería de los equipos de administración
Relacionados con el Fabricante	21	Similitud en el nombre registrado o genérico
	22	Error de etiquetado o envasado parecido o inadecuado
Relacionados con el Entorno	23	Interrupciones
	24	Cambio de turno
	25	Entrenamiento insuficiente
	26	Excesiva carga de trabajos
	27	Falta de normalización del procedimiento
	28	Incumplimiento de normas y procedimiento
	29	Falta de información sobre condiciones particulares del paciente
	30	Otros

Fuente: Adecuación de la Tabla de Clasificación de Errores de medicación del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Albacete.

CAUSAS DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS Y DEFINICIÓN DE BARRERAS DE SEGURIDAD

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:
Evento Adverso:

N°	FACTORES CONTRIBUYENTES	ACCIONES INSEGURAS (causas identificadas) SEGUN FACTORES CONTRIBUYENTES	BARRERAS DE SEGURIDAD POR ACCION INSEGURA
1	Factores Individuales		
2	Factores de Equipo y Sociales		
3	Factores de Comunicación		
4	Factores Ligados a la Tarea		
5	Condiciones de Trabajo		
6	Factores del Paciente		
7	Factores Estrategicos y Organizativos (Factores Latentes)		
8	Factores Ligados al Equipamiento y Recursos		
9	Factores Ligados a la Formación		

[1]Análisis de Causa Raiz: Esquema de Clasificación de los Factores Contribuyentes. Del documento *Seven steps to pacient safety*. National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS). UK. July 2004. Traducción y resumen: Miguel Recio S. Agencia de Calidad. Ministerio de Calidad y Consumo. España.

ANEXO 11

MODELO DE INFORME DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

INFORME N° EIAEA–(Siglas del CAS)–(Siglas de la Red) ESSALUD- 201...

A : Jefe de Departamento y/o Servicio

Del : Equipo de investigación y análisis de eventos adversos

Asunto : Investigación y análisis del evento adverso.....

Referencia : Carta N°.....

Fecha del Informe: .....

Presentación y nombres de los integrantes del equipo de investigación y análisis del evento adverso.

1. **OBJETIVOS**
   Numerar o describir si es solo uno
   El Objetivo principal debe ser Identificar las causas y /o factores de riesgo que contribuyen a que se haya presentado el evento adverso en el paciente. Otro objetivo fundamental es prevenir futuros eventos adversos relacionados por la misma causa.

2. **ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**
   Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza

3. **ACTIVIDADES REALIZADAS**
   Registrar el día que se realizó la recolección de información para el análisis del evento adverso (historia clínica, kárdex, otros registros relacionados con el evento adverso a investigar), la visita al servicio donde se produjo el evento adverso, las entrevistas realizadas y el seguimiento realizado al paciente que sufrió el evento adverso.

4. **METODOLOGÍA**
   Registrar el Método utilizado para la recolección de datos y análisis (entrevista, observación, etc.)

5. **CONCLUSIONES**
   Deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).

6. **RECOMENDACIONES:**
   Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas. Redactar una recomendación por cada conclusión formulada.

Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los profesionales que participaron.

ANEXO 12

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Los planes de intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos.

OBJETIVO:
Definir las barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe).
Mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de eventos adversos.
Prevenir la ocurrencia del mismo evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recibe Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso ocurrido en el servicio a su cargo y elabora el Plan de Intervención para la Mejora en función a las recomendaciones formuladas.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
02	Retroalimenta los resultados del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso y socializa el Plan de Intervención para la Mejora al personal del servicio involucrado.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
03	Monitoriza, evalúa e informa implementación del Plan de Intervención para la Mejora al profesional a cargo de la jefatura del Departamento o del Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
04	Monitoriza avance y cumplimiento del Plan de Intervención para la Mejora (implementación de recomendaciones) e informa a Oficinas de Gestión de Calidad y a las Oficinas de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de las redes asistenciales.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.
05	Evaluación permanente de la aplicación correcta de la directiva y formalización de estrategias para la sostenibilidad de las actividades del Plan de Intervención para la Mejora.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red asistencial Almenara.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:

N°	FACTOR CONTRIBUTIVOS IDENTIFICADOS (Conclusiones)	ACTIVIDADES PARA LA MEJORA (Barreras de Seguridad - Recomendaciones)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	RESPONSABLES	EVIDENCIA OBJETIVA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

INSTRUCTIVO PARA ELABORAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Los Planes de Intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos: error en la administración de medicamentos.

Teniendo como punto de partida los resultados del análisis causa raíz y el listado de las fallas activas (conclusiones), se procede a identificar:

Factores Contributivos: Son los factores que facilitaron o predispusieron la ocurrencia de acciones inseguras que provocaron el error en la administración de medicamentos (conclusiones del informe). Para identificar los factores contributivos, se utiliza la tabla de Clasificación NPSA de Factores Contribuyentes.

Actividades para la Mejora: Se refiere al establecimiento de barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe) que están destinadas a mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de error en la administración de medicamentos.

Fecha de Inicio: Se refiere a la fecha en que se empieza a gestionar la implementación de la actividad de mejora.

Fecha de Término: Se refiere a la fecha en que debe haberse implementado la actividad de mejora planificada.

Responsables: Es la persona que asume la conducción de la actividad y que va a diseñar, ejecutar, monitorizar, evaluar e informar en el ámbito de su competencia las tareas que implique la actividad planificada. Para la viabilización de la misma coordina con la Jefatura de Servicio.

Evidencia Objetiva: Se refiere a toda la documentación que evidencia la gestión y logro de los objetivos y metas de las actividades de mejora planificadas (Cartas, Planes, Listas de Chequeo, Informes, Capacitación, Reuniones, etc.)

ANEXO 13

LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE LOS 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Red Asistencial:..... Centro Asistencial:.....

Servicio - Especialidad:..... Fecha:.....

N°	NOMBRE Y/O CODIGO PROFESIONAL	LOS 5 "CORRECTOS"												BIOSEGURIDAD				% DE CUMPLIMIENTO (8 = 100%)	
		PACIENTE CORRECTO		MEDICAMENTO CORRECTO				DOSIS CORRECTA		VIA CORRECTA		HORA CORRECTA		LAVADO DE MANOS		SEGREGACIÓN ADECUADA			
				IDENTIFICA MEDICAMENTO		VERIFICA FECHA DE CADUCIDAD													
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	N°	%
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Fuente: Adecuación de los instrumentos de Supervisión de los Departamentos de Enfermería del Hospital Ramiro Priale Priale de la Red Asistencial Junín y Hospital Almanzor Aguinaga Ascensio de la Red Asistencial Lambayeque. Validados en Taller de Directivas de Practicas Seguras para el Cuidado del Paciente (11 y 12 de Octubre 2012)

RESULTADO:

80 - 100% de los requisitos	Se cumple la norma establecida
< 79% de los requisitos	No se cumple la norma establecida

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO 14

LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE SEGURIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Red Asistencial:..... Centro Asistencial:.....

Servicio - Especialidad:..... Fecha:.....

N°	N° DE HISTORIA CLÍNICA	PAUTAS														% DE CUMPLIMIENTO (7 = 100%)		OBSERVACIONES
		Indicación terapeútica escrita en expediente clínico		Transcripción de medicamentos corresponde a indicación en hoja médica		Administración del mediamento por le mismo profesional que lo prepara		Registro de los medicamentos administrados en hoja del profesional responsable del cuidado		Registro de los medicamentos no administrados y sus causales en hoja del profesional responsable del cuidado		Soluciones parenterales con registro de datos pautados		Paciente informado de su tratamiento				
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	N°	%	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

Fuente: Adecuacion de los Instrumentos de Supervisión de los Departamentos de Enfermeria del Hospital Ramiro Prialé Prialé de la Red Asistencial Junin y Hospital Almanzor Aguinaga Asenscio de la Red Asistencial Lambayeque. Validados en Taller de Directhes de Practicas Seguras para el Cuidado del Paciente (11 y 12 de Octubre 2012)

RESULTADOS:

80 - 100% de los requisitos					
< 79% de los requisitos					

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO 15

INDICADORES

INDICADOR	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE REPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Proceso	1	Porcentaje de cumplimiento de condiciones de administración segura de medicamentos (5 correctos)	Trimestral	Lista de Chequeo Registros de enfermería/ obstetricia.
	2	Porcentaje de servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a Directiva.	Trimestral	Lista de Chequeo Registros de enfermería/ obstetricia. Historia Clínica
Resultado	3	Porcentaje de Errores en la Administración de Medicamentos	Mensual	Ficha de notificación de Eventos Adversos Expediente Clínico Otros registros
	4	Porcentaje de actividades ejecutadas para la implementación de la Directiva	Trimestral	Informes

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS (5 CORRECTOS)

Nombre del Indicador	% de cumplimiento de condiciones de administración segura de medicamentos (5 correctos)
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	La supervisión directa al personal responsable de la administración de medicamentos, contribuye al cumplimiento de las prácticas seguras descritas en la presente directiva. Identifica debilidades, promueve la adherencia de prácticas seguras (5 correctos), permite la capacitación in situ y continua nivel de servicio.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N° de Supervisiones realizadas que cumplen al 100\% las condiciones de seguridad (5 correctos) x 100}}{\text{N° Total de Supervisiones realizadas}}$
Explicación de Términos	Numerador: N° de supervisiones realizadas que cumplen en un 100% con las 5 condiciones principales de seguridad: medicamento, paciente, dosis, horario y vía correcta. Denominador: N° Total de supervisiones realizadas. Administración de medicamentos: Procedimiento mediante el cual se administra un medicamento a un usuario.
Población Objetivo	Profesionales de salud responsables del cuidado del paciente
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de Datos	- Lista de Chequeo "Cumplimiento de pautas de seguridad (5 correctos) en la administración de medicamentos"
Umbrales	Optimo : 100% Aceptable : 90% Crítico : < de 90%
Periodicidad	Bimensual: Se debe supervisar al total de profesionales de enfermería u obstetricia en un periodo de 2 meses, por lo menos en una ocasión.
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Ficha de indicadores clínicos GCL 2.2 Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales: error de medicación. Hospital Los Andes. Chile 2010

PORCENTAJE DE SERVICIOS Y UNIDADES CLÍNICAS QUE CUMPLEN CON PAUTAS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A DIRECTIVA.

Nombre del Indicador	% de servicios y unidades clínicas que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a Directiva
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	El manejo adecuado en la administración de medicamentos incide la seguridad del usuario
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N° de servicios y unidades clínicas que cumplen con pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a Directiva} \times 100}{\text{Total de servicios y unidades clínicas}}$
Explicación de Términos	Numerador: Es el número de servicios y unidades clínicas, que cumplen con las pautas de seguridad en la administración de medicamentos durante el proceso de supervisión y de aplicación de la Lista de Chequeo. Denominador: Total de servicios y unidades clínicas que han implementado la Directiva.
Población Objetivo	Profesionales de salud
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de Datos	- Lista de Chequeo "cumplimiento de pautas de seguridad en la administración de medicamentos de acuerdo a directiva". - Registros de enfermería - Historia Clínica
Umbrales	Optimo : 100% Aceptable : 90% Crítico : < de 90%
Periodicidad	Bimensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Protocolo de administración segura de medicamentos. Sub Dirección del Cuidado. Hospital de Linares. Chile 2011.

PORCENTAJE DE ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del Indicador	% de Error en la Administración de Medicamentos
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	Establecer la casuística de eventos adversos relacionados al error en la administración de medicamentos en los CAS de EsSalud, instaurando la cultura de notificación.
Fórmula / Formato	N° de eventos adversos por error en la administración de medicamentos x 100 Total de egresos hospitalarios
Explicación de Términos	Numerador: Es el número de eventos adversos por error en la administración de medicamentos ocurridos en un periodo Denominador: Total de egresos hospitalarios en el mismo periodo
Población Objetivo	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de Datos	Registros de enfermería establecidos para el registro y notificación de eventos adversos, entre ellos el error en la administración de medicamentos.
Umbral	0%
Periodicidad	Mensual / Anual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Indicador propuesto y aceptado en Taller de Validación de Directivas de Practicas Seguras para el Cuidado del Paciente.

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DIRECTIVA

Nombre del Indicador	% de actividades ejecutadas para la implementación de la Directiva
Dimensión o Dominio	Eficiencia Eficacia Dimensión del Entorno Administrativo
Justificación	Monitorear la implementación de actividades y barreras de seguridad descritas en los planes de intervención para la mejora, post análisis causa raíz.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N° de actividades ejecutadas del Plan de implementación de Directiva x 100}}{\text{Total de actividades planificadas en el Plan de implementación de Directiva}}$
Explicación de Términos	Numerador: Es el número de actividades desarrolladas para la implementación adecuada de la Directiva. Denominador: Total de actividades planificadas en el Documento Plan de Implementación de Directiva "Practicas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos"
Población	Jefe Departamento Jefe y/o Coordinadora de Servicio.
Tipo	Indicador de Proceso / Resultado
Fuente de Datos	Plan de Implementación de Directiva Cartas Informes Documentos de Gestión Check list
Estándar / Meta / Umbral	Umbral 80%
Periodicidad	Mensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Se determina Umbral del 80%, para el 1er año de implementación, porque algunas de las intervenciones de mejora pueden estar asociadas a temas estructurales y de gestión de otras unidades, A partir del 2do año el umbral debe ser adecuado planificado de acuerdo a cada realidad

ANEXO 16

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Disponible en htpp//www.nocmerp.org/aboutmederrors.htm.
2. Protocolo de Administración Segura de Medicamentos. Hospital Base de Linares. Chile, Abril 2011.
3. Protocolo de Prevención de administración Errónea de medicamentos. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Chile, Junio 2012.
4. Protocolo Administración Segura de medicamentos. Hospital Los Andes. Chile, Noviembre 2010.
5. Boletín de Información de Medicamentos. Servicio de farmacia Complejo Hospitalario de Albacete . España 2007.
6. Guía para la Administración Segura de medicamentos. Hospital Universitario Reina Sofía. España-Córdova 2001.
7. Mcgovern, K. "Diez reglas de oro para la administración de fármacos". Rev. Nursing. Vol.11,N°1. Pag. 25-32.
8. Guía para Notificación de Errores de medicación. Departamento de medicamentos. Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay 2011.
9. Aibar Ramón Carlos, Aranaz Andrés Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N° 1: La seguridad del Paciente: Un reto del sistema sanitario y un desafío para la formación. España 2005.
10. Aibar Ramón Carlos, Aranaz Andrés Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N° 5: Prevención de los Sucesos Adversos. España 2005.
11. Aibar Ramón Carlos, Aranaz Andrés Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N° 7: No debería Ocurrir y por qué Ocurrió?: Estudio Prospectivo del Riesgo Asistencial y Valoración Retrospectiva de los Sucesos Adversos. España 2005.
12. Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768 – 70.
13. Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit. Imperial Colllege London, UK). "Protocolo de Londres".
14. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud " Sistema de registro y Notificación de Incidentes y de Eventos Adversos". España.
15. Resolución N° 237 – 2008. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero.

EsSalud
Seguridad Social para todos

DIRECTIVA N° 008 - GG - ESSALUD - 2013

"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES"

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBGERENCIA DE CALIDAD
SUBGERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Resolución N.° 05-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Fressia Olazo Obando
Jefa de la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial Almenara
Lic. Ana María Delgado Valencia
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Irene Zapata Silva
Past Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Violeta Jiménez Díaz
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital III Emergencias Grau
Lic. Gaby Chávez Zegarra
Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Rosario Meza Lagos
Enfermera de la Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara
Lic. Zelmira Manrique Morales
Past Subgerente de Calidad – OCYSP - DA

EQUIPO TÉCNICO DE VALIDACIÓN

Cartas Circulares N^{os} 38 y 39-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Elizabeth Montesinos Yépez
Jefa de la Oficina de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial Arequipa
Lic. Maria Elena Arana Zevallos
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo – EsSalud Arequipa
Lic. Orfelina Arpasi Quispe
Jefa del Servicio de Enfermería de la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
Lic. Gaby Chávez Zegarra
Enfermera supervisora del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Mirella Gonzales Palma
Jefa del Servicio de Enfermería del 2° B Este de Medicina Especialidades del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Blanca León Benavides
Jefa del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Lilian Adelina Castillo Martínez
Jefa de enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica
Lic. Ángela Eugenia Silva Ávila
Enfermera de la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
Lic. Domínguez Chávez Estela
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Miriam Sotelo Aedo
Coordinadora de Enfermería del CAS Sicuani
Lic. Rosa Esther Gamboa Bonilla
Jefa de enfermeras del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Marleni Trujillo Tarazona
Jefa de la Oficina de Calidad de la Red Asistencial Huánuco

FUNCIONARIOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva de EsSalud

ING. RAMÓN ALBERTO HUAPAYA RAYGADA
Gerente General

DR. JOSÉ GERARDO VELARDE SALAZAR
Secretario General

DRA. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA
Gerenta Central de Prestaciones de Salud

LIC. RAQUEL PALOMINO ZÁRATE
Jefe de la Oficina de Relaciones Institucionales

DRA. YOLANDA CAROLINA FALCÓN LIZARASO
Defensora del Asegurado

DRA. ISABEL CRISTINA CHAW ORTEGA
Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

DR. LUIS HUMBERTO SEVILLANO MORALES
Subgerente de Calidad

DR. RICARDO DEXTRE BAZALAR
Subgerente de Seguridad del Paciente

"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES"

ÍNDICE

I. OBJETIVO..... 05

II. FINALIDAD..... 05

III. BASE LEGAL..... 05

IV. ALCANCE..... 06

V. RESPONSABILIDAD..... 06

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... 06

VII. DISPOSICIONES..... 08

VIII. ANEXOS..... 12

I. OBJETIVO

Establecer criterios de actuación homogéneos en la prevención y cuidados a pacientes con riesgo de caídas en los centros asistenciales de EsSalud.

II. FINALIDAD

Contribuir a la implementación de buenas prácticas de atención que favorezcan la creación de una cultura de seguridad y de gestión de riesgos en los centros asistenciales de EsSalud.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA; y normas modificatorias.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y normas modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprobó documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008".
8. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
9. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD- 2012, que aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332-PE-ESSALUD-2011, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
13. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 091-GCPS-ESSALUD-2010, que aprobó el documento técnico: "Guía de sujeción mecánica en Centros Asistenciales de ESSALUD"
14. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007 "Normas marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en ESSALUD".
15. Resolución de Gerencia General Nº 353-GG-ESSALUD-2009, que aprobó la "Tabla de Faltas y Sanciones para funcionarios y servidores de los Órganos Desconcentrados de la Institución, los procedimientos para la

aplicación de tales sanciones menores a despido o destitución al personal de los regímenes laborales público y privado, así como las funciones de los cargos de Jefe de Departamento Asistencial y Jefe de Servicio Asistencial".

IV. ALCANCE

La presente directiva es de aplicación en las Redes Asistenciales, Institutos, Centros Especializados, Gerencia de Oferta Flexible y otros lugares de atención de salud del Seguro Social de Salud, ESSALUD.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la siguiente directiva:

- Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Gerentes o Directores de Redes Asistenciales.
- Directores de los Centros Asistenciales.
- Jefes de las Oficinas de Evaluación de Procesos de Cuidado del Paciente.
- Jefes de las Oficinas de Gestión de Calidad o Planeamiento y Calidad o similar.
- Jefes de Departamento, así como Jefes y Coordinadores de servicios.
- Personal asistencial y administrativo de los Centros Asistenciales.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
2. **Accidente:** Es un suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdida de materiales o de cualquier tipo.
3. **Evento adverso en salud:** Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.
4. **Incidente:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
5. **Caída:** Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS).
6. **Riesgo de caídas:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico (Taxonomía NANDA-I 2009-2011).
7. **Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia sensibilidad, respeto y amor.

8. **Escala de valoración:** Son instrumentos validados, que se utilizan como complemento del juicio clínico.
9. **Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton (1993) y Macdems:** Son instrumentos validados que estandarizan la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos y pediátricos respectivamente, cuya aplicación orienta la aplicación de medidas de prevención en los pacientes hospitalizados (internados y ambulatorios).
10. **Factores de riesgo:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
11. **Factores de riesgo extrínsecos o ambientales:** Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente; pueden facilitar las caídas o incrementar las consecuencias graves de éstas. (Haines, Cornwell, Fleming, Varghese & Gray, 2008).
12. **Factores de riesgo intrínsecos o del paciente:** Son aquellos factores asociados a la situación personal de salud del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de caídas (Kim, Lee, & Eom, 2008).
13. **Prevención de caídas:** Cuidados de enfermería u otro profesional de la salud responsable del cuidado del paciente que debe mantener la seguridad del paciente y su entorno mientras esté hospitalizado. Deben ser de conocimiento general y estar estandarizados.
14. **Reporte de enfermería:** Es el procedimiento administrativo que corresponde al tiempo que emplea la persona encargada de enfermería al finalizar el turno, para informar al personal que ingresa sobre la situación y evolución de los pacientes, los acontecimientos más relevantes suscitados en el servicio, del personal, patrimonio y otras eventualidades.
15. **Sistema de notificación de eventos adversos:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad del paciente.
16. **Protocolo de Londres:** Constituye una metodología de la Gestión de la Calidad fundamental para la investigación de los eventos adversos. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. La metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual.
17. **Análisis causa-raíz:** Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en el cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos, evitando así su repetición.
18. **Proceso de análisis:** Metodología previa para identificar las posibles fallas o errores en la atención de la salud. El primer paso del proceso de análisis es la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. El segundo paso es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. En la práctica diaria las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención del paciente son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.

19. **Contexto clínico:** Es la condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
20. **Factor contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Ejemplo:
    - paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones,
    - ausencia de protocolos,
    - falta de conocimiento o experiencia,
    - falta de comunicación entre los miembros del equipo asistencial,
    - elevada carga de trabajo,
    - déficit de personal.
21. **Fallas activas:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.
22. **Fallas latentes:** Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.
23. **Investigación y análisis de incidentes:** El proceso de investigación y análisis está estandarizado: 1) investigación y decisión de investigar, 2) selección del equipo investigador, 3) obtención y organización de información, 4) cronología del incidente, 5) factores contributivos, 6) recomendaciones y 7) Plan de Intervención para la Mejora.
24. **Plan de Intervención para la Mejora:** Lista de acciones para abordar cada factor contributivo, identificado por el equipo investigador.
25. **Gestión de eventos adversos / evento centinela:** Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o evento centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros), para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los Centros Asistenciales de EsSalud.

VII. DISPOSICIONES

7.1 Disposiciones para la prevención de caídas

7.1.1 Identificación del riesgo de caída de pacientes

a) Realiza la valoración integral y aplica la Escala de J.H. Downton para paciente adulto, adulto mayor; y la Escala Macdems para paciente pediátrico, al ingresar a los servicios de hospitalización. (Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6).
b) Identifica, clasifica y registra el grado de riesgo de caída del paciente al inicio de cada turno.
c) Reevalúa, valora, identifica y clasifica el riesgo de caída del paciente ante la presencia de cambios en su estado de salud.
d) Informa riesgo de caídas en reporte de cambio de turno.

7.1.2 Implementación de medidas de prevención en pacientes identificados con riesgo.

Se realiza luego de haber clasificado el riesgo de caída del paciente y consiste en:

a) Aplicar medidas de prevención asociados a factores de riesgo. (Anexos 7 y 8)
b) Educar al paciente y su familia para la prevención de caídas durante la estancia hospitalaria. (Anexo 9)

7.2 Intervención y mitigación del daño en caso de caída de paciente

7.2.1 Intervenciones inmediatas

a) Valore la caída y brinde cuidados inmediatos.
b) Comunique y solicite evaluación médica al médico del servicio o médico de guardia.
c) Brinde cuidados específicos de acuerdo a diagnóstico médico en relación a la caída.
d) Valore el riesgo y aplique medidas de prevención para evitar caídas futuras. Si fuera necesario aplique sujeción mecánica. (Anexo 10).
e) Anote evento y cuidados aplicados en la historia clínica, registro y formatos de notificación de evento adverso.

7.2.2 Notificación de evento adverso: caída de paciente. (Anexos 11 y 12).

a) Toda caída de paciente debe ser informada de inmediato al médico tratante o médico de guardia.
b) El profesional de la salud, responsable del cuidado del paciente, realiza la notificación del evento adverso en formato correspondiente (Anexos 13 y 14) y lo entrega a la jefatura o coordinación del servicio.
c) El profesional de la salud a cargo de la supervisión, jefatura o coordinación del servicio consolida la incidencia mensual de caídas en formato "Reporte Mensual de Caídas" y deriva a la jefatura del departamento o servicio (Anexos 15 y 16).
d) El profesional a cargo de la jefatura del departamento o servicio remite el consolidado a la Oficina de Gestión de Calidad o Planeamiento y Calidad, y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la red asistencial.
e) Las Oficinas de Gestión de la Calidad y Unidades de Planeamiento y Calidad actualizan la base de datos de eventos adversos a nivel del Centro Asistencial y de la Red Asistencial

7.3 Disposiciones para el análisis del evento adverso: Caída de paciente.

El requisito mínimo para la realización del análisis causa-raíz de un evento adverso es la conformación de un Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos a nivel del departamento o servicio.

7.3.1 Organización y funcionamiento del Equipo de Investigación de Eventos Adversos

a) Debe estar integrado por 3 o 4 profesionales de diversos grupos ocupacionales, con un mínimo de 3 años de experiencia en el ejercicio profesional.

b) La conformación debe ser formalizada mediante Resolución de Gerencia / Dirección de Red o Resolución Directoral del CAS.
c) Para el cumplimiento de sus funciones el profesional a cargo de la jefatura del departamento o servicio convoca al equipo cada vez que ocurra un evento adverso o identifique un incidente (near-miss) dentro de las primeras 24 horas.

7.3.2 Investigación y análisis de eventos adversos

En caso de evento centinela caída de paciente (evento adverso grave), proceder de acuerdo a Resolución N.° 501-GG-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva N.° 07-GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud, EsSalud) ó la normativa que lo reemplace.

Ante la ocurrencia de eventos adversos leves y moderados, el profesional a cargo de la jefatura del departamento o servicio convoca al Equipo de Investigación de Eventos Adversos para el análisis causa-raíz respectivo (Anexo 17), debiendo cumplir las siguientes etapas:

a) Recopilación y organización de información:

Se realiza en las primeras 48 horas e incluye:

- Revisión de documentación clínica (historia clínica, registros, protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica, diagrama de flujo del proceso o subproceso, normas y directivas relacionadas con el evento adverso).
- Visita al lugar donde ocurrió el evento adverso (recorrido de las instalaciones, evidencia física de las condiciones del mobiliario, programación de recursos humanos, análisis de carga laboral vs. grado de dependencia de pacientes).
- Evaluación de índice de rotación y disponibilidad de personal.
- Entrevista al personal relacionada a ocurrencia del evento adverso, registro de declaraciones y observaciones inmediatas. (Anexo 18).

b) Elaboración del Mapa de los Hechos (desarrollo de los acontecimientos)

- Implica el registro de la información obtenida en la Tabla Cronológica y narración del evento ocurrido. Asimismo, incluye revisar o elaborar el diagrama de flujo del proceso o subproceso analizado. (Anexos 19, 20, 21 y 22).

c) Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños.

- Análisis de la información para la identificación de causas utilizando el Diagrama Causa–Efecto y la Clasificación de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Anexo 23.

- Diagnóstico de la existencia de barreras para la prevención de daños mediante la identificación de acciones inseguras por factores contributivos.

d) Elaboración de informe

- El informe final debe tener la siguiente estructura: nombres de los integrantes, equipo investigador, objetivos, actividades realizadas, metodología, conclusiones y recomendaciones. (Anexos 24 y 25).
- Las conclusiones deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).
- Las recomendaciones deben orientar la eliminación o mitigación de las acciones inseguras y orientar la formulación del plan de intervención.

7.3.3 Elaboración del plan de intervención para la mejora

a) En base a las recomendaciones formuladas por el Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos, el profesional encargado de la jefatura o coordinación del servicio asistencial donde ocurrió la caída elabora el Plan de Intervención para la Mejora, estableciendo plazos y responsables, y este es presentado a la jefatura de Departamento o Servicio de correspondiente dentro de las 72 horas de recibido el informe. (Anexos 26 y 27).
b) El profesional encargado de la jefatura o coordinación se dirige al personal del servicio implicado y realiza la retroalimentación del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso: Caída de Paciente, conjuntamente con el Plan de Intervención para la Mejora.
c) Los profesionales encargados de las Gerencias y Direcciones de Redes Asistenciales, y Direcciones de Centros Asistenciales viabilizan la implementación del Plan de Intervención presentado por el profesional responsable de la jefatura de departamento o servicio.
d) El monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Plan de Intervención para la Mejora está a cargo del profesional responsable de la jefatura del departamento (representada por el supervisor(a), en los Centros Asistenciales donde corresponda), o responsable de la jefatura o coordinación del servicio.
e) La jefatura o coordinación del servicio informa mensualmente las actividades implementadas, así como el avance y logros obtenidos.

7.4 Disposiciones para la implementación de la directiva

7.4.1 Implantación e implementación de la directiva en los Centros Asistenciales de EsSalud

a) Difusión de normativa en físico y digital a todos los servicios de los centros asistenciales de EsSalud e instancias administrativas para el apoyo logístico correspondiente.

b) Realizada la difusión, planifique las estrategias que favorezcan la implementación considerando jornadas de sensibilización permanentes.
c) Desarrollo de módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, prevención de caídas, análisis causa-raíz, gestión del riesgo. Considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.
d) Las actividades de implementación de la directiva forman parte de las iniciativas de gestión, prioritariamente del Departamento o Servicio de Enfermería, Obstetricia, Emergencia y otros relacionados.
e) Los profesionales encargados de jefaturas de departamento o servicio deben programar y gestionar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para su implementación (accesorios y aditamentos para prevención).

7.4.2 Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en los CAS de EsSalud

Los procesos de supervisión deben ser trimestrales mediante la aplicación de la lista de chequeo "cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de caídas". (Anexo 28). La supervisión y evaluación está a cargo del profesional responsable de la jefatura o coordinación del servicio (supervisora en los CAS donde se cuente con el recurso). La técnica a utilizar es la observación, entrevista y revisión documentaria.

La evaluación de la implementación y aplicación de la directiva se hará mediante indicadores. (Anexo 29):
a) Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso.
b) Porcentaje de actividades preventivas aplicadas en pacientes con riesgo de caída
c) Porcentaje de caídas.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTE ADULTO/ADULTO MAYOR Y PEDIÁTRICO	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Método de identificación del riesgo de presentar caídas basado en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las Escala de Valoración de Riesgo de Caída de Downton (pacientes adultos/adultos mayores) y Macdems (pacientes pediátricos).

OBJETIVO:
Prevenir la ocurrencia de caídas en pacientes adultos/ adultos mayores y pediátricos, aplicando medidas de prevención según factor de riesgo identificado.

MATERIAL
Hoja de Valoración de Riesgo de Caída-Escala Downton (pacientes adultos) y Macdems (pacientes pediátricos).

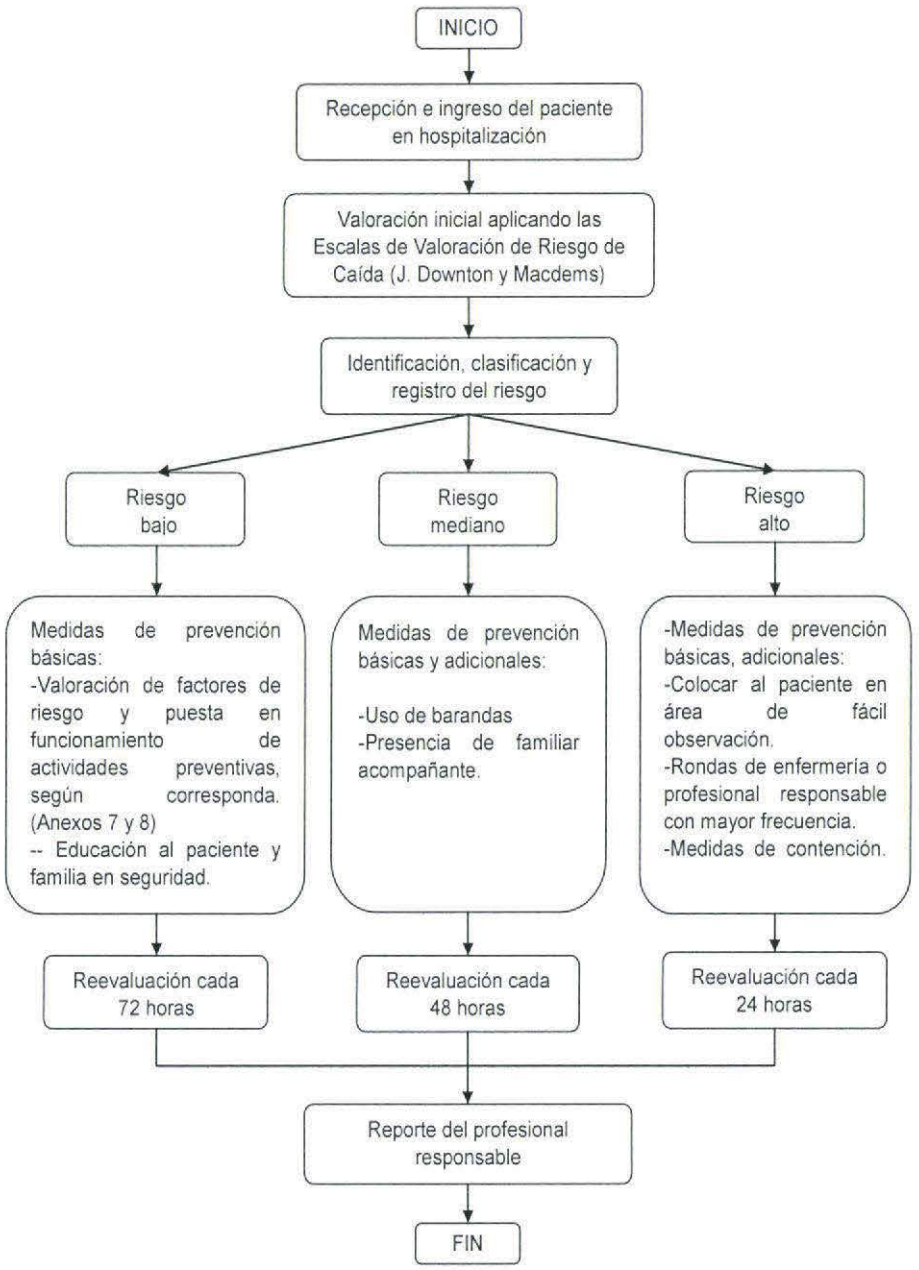
ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud que cuenten con servicio de Hospitalización

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Recepción del paciente e ingreso al Servicio de Hospitalización.	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
2	Realizar la valoración inicial al ingreso, aplicando la Escala de Evaluación de Riesgo de Caída J. Downton (pacientes adultos/adultos mayores) o Macdems (pacientes pediátricos).	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
3	Identificación, clasificación y registro del grado de riesgo de caída del paciente, en Formato de Escala de Valoración de Riesgo.	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
4	Aplicación de medidas de prevención en función del puntaje obtenido.	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
5	Reevaluación de clasificación de riesgo de caída del paciente siempre que haya cambios en su estado de salud.	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
6	Reporte del riesgo de caída en la entrega de turno.	Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

ANEXO 2

FLUJOGRAMA "IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTE ADULTO/ADULTO MAYOR Y PEDIÁTRICO"



ANEXO 3

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS (ESCALA DE J.H. DOWNTON)

SERVICIO: _____ **CAMA:** _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

N.° AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA: _____

VARIABLES		INGRESO	FECHA DE REEVALUACIÓN			
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Caídas previas	No	0	0	0	0	0
	Sí	1	1	1	1	1
Uso de medicamentos	Ninguno	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1
	Diuréticos	1	1	1	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	1	1	1
	Antiparkinsonianos	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1
	Otros medicamentos	1	1	1	1	
Déficit sensorial	Ninguno	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1
	Extremidades (ictus,...)	1	1	1	1	1
Estado mental	Orientado	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1
Deambulación	Normal	0	0	0	0	0
	Segura con ayuda	1	1	1	1	1
	Insegura con ayuda	1	1	1	1	1
	No deambula	1	1	1	1	1
Puntaje obtenido						

Nota: En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto

Interpretación del puntaje

3 a más = alto riesgo
1 a 2 = mediano riesgo
0 = bajo riesgo

Fuente: Pauta de Valoración de Riesgo de Caída. Iniciativa implementación de prácticas seguras para el fortalecimiento de la cultura de seguridad, RAAR 2011

ANEXO 4

INSTRUCTIVO ESCALA DE J.H. DOWNTON

La escala mide cinco (5) criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir una caída: caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha.

1) CAÍDAS PREVIAS:
Se asigna 1 punto si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas, a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha.
Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

2) USO DE MEDICAMENTOS:
Se asigna 1 punto si el paciente toma algún medicamento que influya en su estado de alerta, como tranquilizantes (sedantes); o que condicionen el aumento de alguna necesidad de movilizarse, como diuréticos (aumento en la frecuencia de miccionar), hipotensores (no diuréticos), antiparkinsonianos, antidepresivos o hipoglucemiantes.
Si es no, se califica 0.

3) DÉFICIT SENSORIAL:
Se asigna 1 punto si el paciente presenta alteraciones visuales, auditivas, tales como:

- Sordera: pérdida de audición de uno o ambos oídos.
- Hipoacusia: audición disminuida a sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.
- Ceguera: pérdida de visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión solo de contornos, solo ve bultos, solo percibe cambios de luminosidad.
- Visión disminuida: por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas y lentillas

Si no presenta alteración sensorial de algún tipo, su puntaje es 0.

4) ESTADO MENTAL:
Si el paciente se encuentra confuso se le asigna 1 punto.
Si se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona se le asigna 0 puntos.

5) DEAMBULACIÓN:
Si el paciente deambula en forma segura o insegura, pero necesita ayuda se le asignará 1 punto.
Si el paciente no deambula se asignará un puntaje de 1.
Se califica con 0 si el paciente camina en forma normal, no necesitando ayuda de algún dispositivo ni asistencia familiar.

Interpretación del puntaje

3 a más	= alto riesgo
1 a 2	= mediano riesgo
0	= bajo riesgo

ANEXO 5

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (ESCALA DE MACDEMS)

SERVICIO: _____ **CAMA:** _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

N.° AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA: _____

VARIABLES		INGRESO	FECHA DE REEVALUACIÓN			
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Edad	Recién nacido	2	2	2	2	2
	Lactante menor	2	2	2	2	2
	Lactante mayor	3	3	3	3	3
	Preescolar	3	3	3	3	3
	Escolar	1	1	1	1	1
Antecedentes de caídas previas	Sí	1	1	1	1	1
	No	0	0	0	0	0
Antecedentes	Hiperactividad	1	1	1	1	1
	Problemas neuromusculares	1	1	1	1	1
	Síndrome convulsivo	1	1	1	1	1
	Daño orgánico cerebral	1	1	1	1	1
	Otros	1	1	1	1	1
	Sin antecedentes	0	0	0	0	0
Compromiso de conciencia	Sí	1	1	1	1	1
	No	0	0	0	0	0
Puntaje total						

Interpretación del puntaje

4 a 6= alto riesgo
2 a 3= mediano riesgo
0 a 1= bajo riesgo

Fuente: Pauta de Valoración de Riesgo de Caída. Iniciativa implementación de prácticas seguras para el fortalecimiento de la cultura de seguridad, RAAR 2011.

ANEXO 6

INSTRUCTIVO DE ESCALA DE MACDEMS:

1) EDAD:

Se asigna puntaje de acuerdo a edad de paciente:

- Recién nacido (0-29 días)
- Lactante menor (29 días a 12 meses)
- Lactante mayor (12 meses a 24 meses)
- Preescolar: 2 años a 6 años
- Escolar: 7 – 14 años edad

2) ANTECEDENTES DE CAÍDAS PREVIAS:

Se asigna 1 punto si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas, a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos

3) ANTECEDENTES:

Se asigna 1 punto si el paciente presenta alteraciones de la conducta, visuales, auditivas, tales como:

- Hiperactividad
- Problemas neuromusculares
- Síndrome convulsivo
- Daño orgánico cerebral
- Otros

Si no presenta alteraciones se asigna 0 de puntaje

4) COMPROMISO DE CONCIENCIA:

Cualquier disminución del nivel de conciencia con una ausencia de respuesta ante cualquier tipo de estímulo externo (medida en Escala de Glasgow), diferenciada del sueño fisiológico en que la persona no puede ser despertada se califica con 1.

Interpretación del puntaje

4 a 6 = alto riesgo
2 a 3 = mediano riesgo
0 a 1 = bajo riesgo

ANEXO 7

MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERALES RELACIONADAS A FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS		
N.°	**RELACIONADOS CON**	**ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
1	**Historia anterior de caídas**: N.° de caídas del último año	Conocer la historia previa de caídas e investigar para intervenir sobre los factores desencadenantes.
2	**Estado cognitivo**: Agitado, confuso y desorientado, severo y leve.	Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes.
3	**Déficits sensoperceptivos**: Sordera, ceguera, hipoacusia, visión disminuida	Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible, proporcionándole ayuda si precisa para su colocación.
4	**Estado físico-dependencia-movilidad**: Deambula con ayuda. Portadores de dispositivos externos. Limitación de la movilidad. Deambula inestable. Mareos y síncopes por alteraciones en la perfusión sanguínea.	Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto del déficit sensoperceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros).
5	**Medicación**: La administración de los siguientes grupos de fármacos: sedantes, anestésicos, diuréticos, hipo-glucemiantes, anti-hipertensivos, betabloqueantes, anti-arrítmicos, anticoagulantes e inotrópicos, otros.	Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir a la familia / pacientes acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.
6	**Eliminación:** Nicturia Urgencia miccional Diarreas Fármacos	Proporcionar, a menudo, ayuda para acudir al baño y recomendarle que miccione en el urinario o chata durante la noche.
		Colocar cerca de los baños a los pacientes con incontinencia.
		Vigilar a los pacientes que estén tomando laxantes y diuréticos
		Recomendar a los pacientes masculinos miccionar sentados.
		Disminuir el aporte de líquidos por la tarde o a partir de las 19 horas, y administrar los diuréticos por las mañanas
7	**Dificultades en la comprensión:** Limitación cognitiva, idioma, expresión	Usar lenguaje no verbal o usar intérprete si se tuviera.
8	**Otros factores:** enfermedad neurológica, cardiaca, respiratoria.	

Fuente: Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Gobierno del Principado de Asturias, España 2010.

ANEXO 8

MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERALES RELACIONADAS A FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS		
N.°	**RELACIONADOS CON**	**ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
1	**Cama:** Ausencia o mal estado de las barandillas, del freno o altura de la cama.	Mantener las camas operativas (mantenimiento preventivo o correctivo). Utilizar aditamentos auxiliares (gradilla, escalera de piso).
2	**Habitación:** Iluminación deficiente. Timbre de llamada (inoperativo, alejado). Ausencia de pasamanos en la habitación. Mobiliario inadecuado. Desorden físico en la habitación. Limitaciones del espacio físico (más camas de las habituales o normadas)	Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, extensiones de corriente).
		Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulación (tropiezos).
		Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesitas).
		Seleccionar sillas, sillones adecuados con reposabrazos y a una altura apropiada para poder levantarse y sentarse.
		Disponer de iluminación adecuada para facilitar la visibilidad.
		Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche.
		Facilitar a los pacientes el acceso a timbres y luces. Comprobar siempre antes de abandonar la habitación que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios básicos que pueda necesitar (vaso para beber, urinario, chata).
		Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente durante los desplazamientos y transferencias de pacientes
		Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso
3	**Baños:** Inadecuados, poco accesibles, sin asideros y con limitación del espacio físico.	Barras de sujeción vertical en lugar de horizontal.
		Baños con ducha en vez de bañera.
		Suelo antideslizante.
		Timbre de llamada a la mano.
4	**Ropa personal:** Ropa y calzado inadecuado	Establecer revisiones periódicas del estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas de la unidad.
		Orientar a los pacientes y familiares en el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante.

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS		
N.°	**RELACIONADOS CON:**	**ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
5	**Infraestructura:** Suelo mojado, deslizante Organización inadecuada de la unidad (recursos humanos, materiales)	Evitar suelos irregulares, mojados y resbaladizos; si de momento no es posible, señalizar adecuadamente la zona.
		Valorar la inclusión de las mejoras en los correspondientes planes funcionales, obras nuevas, otras.
6	**Personal:** Personal insuficiente Falta de orientación a la familia Entrega de turno	Insistir en que paseen cuando haya algún familiar o personal disponible en pacientes de alto riesgo
		Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten
		Reevaluar las necesidades de instrucciones y acompañamiento familiar
7	**Gestión:** No cumplimiento del protocolo. Índice de ocupación del servicio o unidad. Duración de la estancia (19 días o más). Momento del día (cuando la capacidad observacional es baja, como por ejemplo: en la ducha, durante las comidas o fuera de los horarios de visita).	Aplicación y seguimiento del protocolo. Aplicar medidas extraordinarias de seguridad (acompañamiento familiar, vigilancia estrecha.
		En el momento del alta dejar reflejado en el informe de enfermería o del profesional responsable si el paciente continua en riesgo de caída o ha sufrido alguna durante su ingreso
		Reevaluar las necesidades de personal en relación con los pacientes de riesgo de acuerdo con la disponibilidad existente de personal.

Fuente: Practicas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de Caídas de pacientes ingresados. Gobierno del Principado de Asturias, España 2010.

ANEXO 9

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ORIENTACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES AL INGRESO Y DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

OBJETIVO:
Incrementar conocimientos en el paciente y cuidadores que le permitan aplicar medidas efectivas para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria.
Establecer medidas que contribuyan a evitar posibles accidentes.

ALCANCE
Personal profesional y no profesional que desarrolla sus actividades en el servicio de Hospitalización de los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	**PAUTAS DE ORIENTACIÓN PREVENTIVA PARA EL PACIENTE AL INGRESO Y DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA** 1. Indicarles que soliciten ayuda al personal hospitalario, cuando la necesiten. 2. Informarles de la altura de las camas y la forma apropiada de levantarse y salir de ellas. 3. Aconsejarles que soliciten ayuda para recoger los objetos que se caigan al suelo o en superficies lejanas a su ubicación. 4. Recomendarles el uso de calzado antideslizante y cerrado. 5. Advertirles el riesgo de los suelos húmedos y encerados.	Personal Profesional y No Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente
2	**PAUTAS DE ORIENTACIÓN PREVENTIVA PARA FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA** 1. Concientizar sobre las medidas básicas para prevención de caídas en el momento del ingreso del paciente. 2. Solicitar la colaboración de los familiares y acompañantes en la aplicación de medidas de prevención de caídas, desarrolladas por el personal hospitalario. 3. Alcanzar información sobre: a) Acciones a seguir ante cualquier dispositivo colocado al paciente. b) Acompañamiento o desplazamiento del paciente al baño. c) Actividades que puede realizar el paciente durante su estancia hospitalaria. 4. Resaltar que deben informar al personal de turno, encargado del cuidado del paciente, el momento en que se retiran del servicio; comunicando que el paciente ha quedado solo en su habitación.	Personal Profesional y No Profesional de la salud responsables del cuidado del paciente

Fuente: Adecuación de prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Gobierno del Principado de Asturias, España 2010.

ANEXO 10

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO SUJECIÓN MECÁNICA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 03

DEFINICIÓN: Sistema de inmovilización mediante el uso de dispositivos, materiales o equipos aplicados cerca del cuerpo, que no pueden ser controlados o retirados fácilmente por el paciente, lo cual previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección o un acceso normal a una parte de su cuerpo. Puede ser parcial o total.

OBJETIVO:
Establecer medidas que contribuyan a evitar posibles accidentes, mediante la sujeción del paciente.

REQUISITOS:
- Paciente adulto / pediátrico con indicación de sujeción mecánica valoradas por el médico.
- Conducta violenta de un paciente con peligro para sí mismo o para los demás.
- Situaciones que representen una amenaza para su integridad física (evitar caídas).
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar procedimientos invasivos (colocación de sondas, vías periféricas, etc.).
- Alteración del estado de conciencia (agitación psicomotriz, desorientación, confusión, etc.) por diferentes etiologías.

MATERIALES:
- Barandas,
- Chalecos de sujeción,
- Manoplas o mitones,
- Muñequeras y tobilleras acolchadas.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud que cuenten con servicio de Hospitalización.

Paso N°	Descripción de acciones	Responsable
1	Valorar la necesidad de sujeción mecánica, el fin principal es impedir las conductas que puedan causar daño al paciente, se recurre a la sujeción como último recurso.	Médico / personal responsable del cuidado del paciente
2	Informar a los familiares sobre el procedimiento.	Médico / personal responsable del cuidado del paciente
3	Reducir la ansiedad del paciente, estimular su capacidad de pensar y explicarle el procedimiento a realizar (en la medida de lo posible, según nivel de conciencia del paciente).	Personal responsable del cuidado del paciente
4	Seleccionar el tipo de sujeción.	Personal responsable del cuidado del paciente
5	Colocar barandas en la cama.	Personal responsable del cuidado del paciente / técnico de enfermería

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO SUJECIÓN MECÁNICA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 02 de 03

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
6	Valorar el estado de la piel (lesiones, heridas, suturas, hematomas, presencia de catéteres) y elegir las zonas adecuadas donde aplicar la sujeción.	Personal responsable del cuidado del paciente
7	Asumir el liderazgo del equipo al momento de iniciar la sujeción mecánica.	Profesional responsable del cuidado del paciente
8	Actuar de manera coordinada con equipo de personal de salud, no enfrentar al paciente en ningún momento.	Profesional responsable del cuidado del paciente / técnico de enfermería
9	Permitir, con la sujeción seleccionada, el máximo de movilidad posible, no apretar las sujeciones de los miembros en exceso, para evitar lesiones por compresión.	Profesional responsable del cuidado del paciente / técnico de enfermería
10	En caso de paciente agitado que se encuentra deambulando, iniciar con contención física en la que cada miembro del equipo sujeta cada una de las extremidades del paciente en el siguiente orden: un integrante del equipo cogerá el miembro inferior derecho, el siguiente cogerá el miembro inferior izquierdo y el siguiente sostendrá la cabeza del paciente; ligeramente separados de la cama, y se traslada al paciente a la cama. Se debe permitir un mínimo de movimiento y evitar cianosis o dolor en manos y pies.	Profesional responsable del cuidado del paciente
11	Evaluar al paciente con sujeción mecánica cada 15 minutos, las 2 primeras horas. Proteger en todo momento la privacidad, dignidad y autoestima del paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
12	Luego evaluar cada 30 minutos, para prevenir complicaciones: manchas de presión, laceraciones, edemas, equimosis, contracturas, flictenas, estrangulamientos, cianosis distal e hipotermia. Se vuelve a sujetar al paciente si las extremidades están muy apretadas.	Profesional responsable del cuidado del paciente
13	Realizar cambios posturales periódicos (cada 2 horas como mínimo)	Profesional responsable del cuidado del paciente
14	Valorar por turno la necesidad o conveniencia de continuar con la sujeción para evitar complicaciones e informar al médico tratante.	Profesional responsable del cuidado del paciente
15	Registrar tipo y localización de la sujeción, hora en que se coloca y revisar, así como las incidencias ocurridas por turno.	Profesional responsable del cuidado del paciente

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO SUJECIÓN MECÁNICA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 03 de 03

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
16	**EN CASO DE REQUERIR MUÑEQUERAS** a) Colocar las muñecas del paciente entrelazando las tirillas de 2 en 2. b) Entrelazar las cuatro tiras de la faja, de 2 en 2, por delante del tórax del paciente. c) Dejar un espacio aproximado que permita el ingreso de un dedo entre la piel y la amarra. d) Dejar la cabecera ligeramente levantada para disminuir los sentimientos que ocasiona el estado de indefensión del paciente, así como reducir el riesgo de aspiración pulmonar.	Profesional responsable del cuidado del paciente
17	**EN CASO DE REQUERIR TOBILLERAS** a) Colocar los tobillos del paciente entrelazando las tirillas de 2 en 2. b) Realizar un nudo, para luego fijarlas al borde de la cama o camilla. c) Dejar un espacio aproximado que permita el ingreso de un dedo entre la piel y la amarra. d) Proteger las zonas del talón y maléolos para evitar riesgo de presión.	Profesional responsable del cuidado del paciente
18	**EN CASO DE UTILIZAR CHALECO DE SUJECIÓN** a) Contener el tórax del paciente colocando el chaleco a la altura de la mitad de la espalda, por detrás del cuerpo del paciente. b) Entrelazar las cuatro tiras de la faja del paciente, de 2 en 2, por delante del tórax del paciente. c) Fijar las tiras del chaleco a la cama, al sillón o camilla, situándolas lejos del alcance del paciente. d) Verificar que no permita el desplazamiento del paciente a través del chaleco ni dificulte la respiración. e) Asegurar las tiras del chaleco, en caso de camas o camillas tener cuidado de no fijarlas en las barandas deslizables, por riesgo de lesión.	Profesional responsable del cuidado del paciente

Fuente: Adaptado del Anexo 6A "Procedimiento de sujeción mecánica", incluido en la "Guía de Sujeción Mecánica en Centros Asistenciales de EsSalud" aprobado mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 91- GCPS-EsSalud-2010.

ANEXO 11

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO: CAÍDAS DE PACIENTES	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

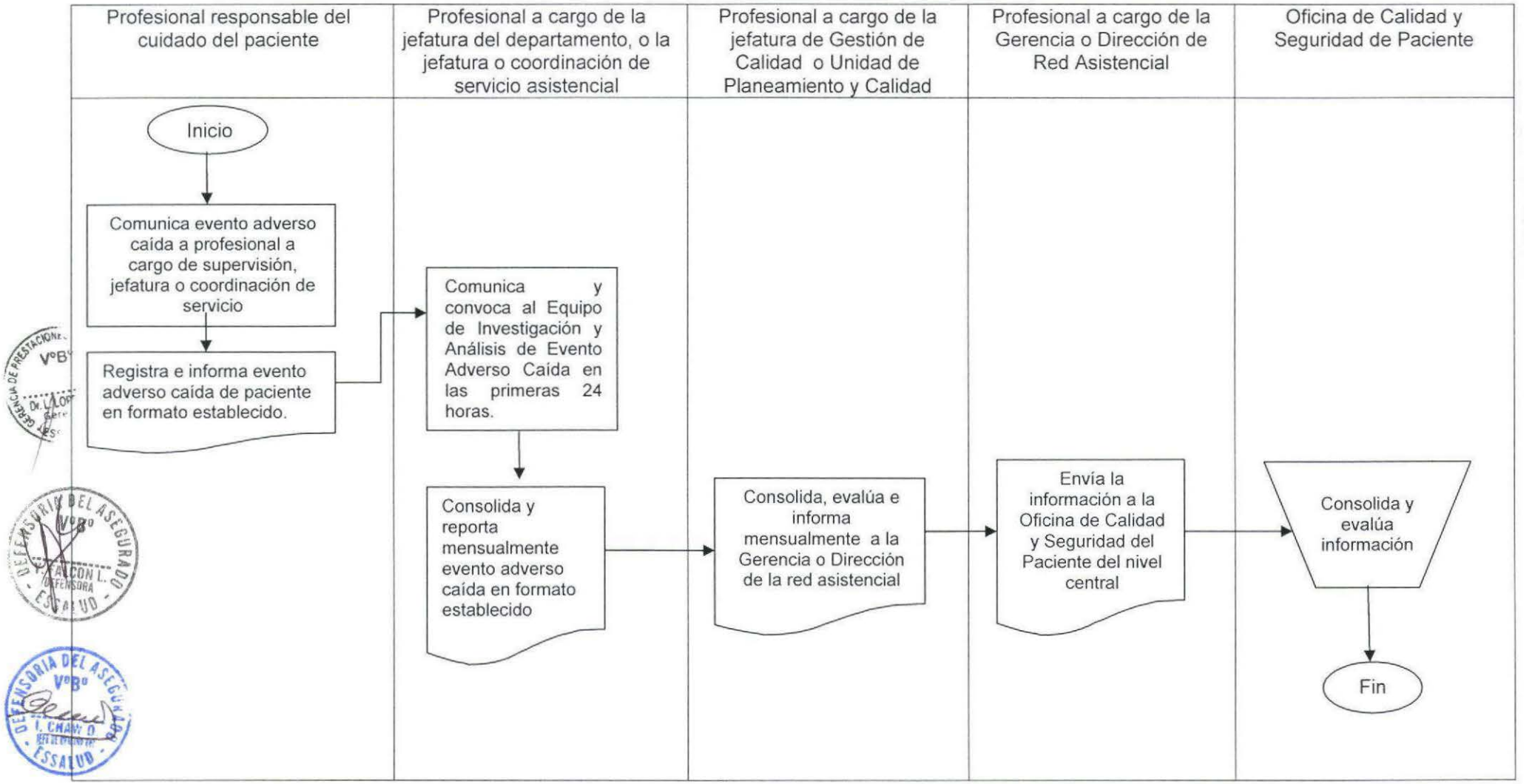
OBJETIVO:
Implementar una cultura de reporte a través de la notificación y registro del evento adverso: caída de paciente, que permita realizar el seguimiento y mejora del indicador.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Comunica la caída del paciente al profesional a cargo de la jefatura del departamento, o de la jefatura o coordinación del servicio o supervisora de Enfermería.	Enfermera o profesionales de la salud responsables del cuidado del paciente.
2	Registro e informe del evento adverso: caída de paciente en formato "Notificación de Caída de Paciente". (Anexo 13 y 14)	Enfermera o profesionales de la salud responsables del cuidado del paciente.
3	Convoca y comunica la caída del paciente al Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso, dentro de las primeras 24 horas.	Profesional a cargo de la jefatura del departamento, o la jefatura del servicio o coordinación de servicio asistencial
4	Consolida y envía mensualmente al profesional a cargo de la jefatura del departamento o servicio la incidencia de caídas de pacientes.	Profesional a cargo de la jefatura del servicio, o coordinación del servicio asistencial.
5	Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de caídas de pacientes a la Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad de cada CAS.	Profesional a cargo de la jefatura del departamento, o la jefatura del servicio o coordinación de servicio asistencial
6	Remite información a la Oficina de Calidad y Seguridad de Paciente de la Red y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red.	Profesional a cargo de la Gerencia o Dirección de los centros asistenciales.
7	Evalúa y consolida información recibida de los CAS de la Red e informa a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del nivel central mediante documento de Gerencia de Red	Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara

ANEXO 12: DIAGRAMA DE FLUJO "NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL EVENTO ADVERSO: CAÍDAS DE PACIENTES"



ANEXO 13

NOTIFICACIÓN CAÍDA DE PACIENTE

Nombres y apellidos del paciente: _____ Servicio:_____

Diagnóstico: _____ N.° cama:_____ Grado de dependencia:_____

N.° historia clínica o autogenerado:_____ Edad:_____ Sexo: M( ) F ( )

1. Identificado como paciente de riesgo
   - 1.0 Sí
   - 1.1 No

2. Estado del paciente antes del accidente
   - 2.0 Orientado
   - 2.1 Desorientado
   - 2.2 Agitado
   - 2.3 Obnubilado
   - 2.4 Inconsciente
   - 2.5 Post operado inmediato

3. Medicado con:
   - 3.0 Analgésicos, especificar _____
   - 3.1 Antidepresivos, hipnóticos o sedantes
   - 3.2 Antihistamínicos
   - 3.3 Antihipertensivos
   - 3.4 Vasodilatadores
   - 3.5 Otros

4. Medidas previas de seguridad
   - 4.0 Educación paciente y familia
   - 4.1 Barandillas
   - 4.2 Sujeción del paciente
   - 4.3 Familiar / cuidador, acompañante
   - 4.4 Otros_____

5. Lugar del accidente
   - 5.0 En la habitación reposo/sueño
   - 5.1 En el baño
   - 5.2 En el pasillo, deambulando
   - 5.3 Desde la cama durante
   - 5.4 Levantándose de la cama/silla
   - 5.5 Otros _____

6. Tipo de caída:
   - 6.0 Accidente
   - 6.1 Incidente

7. Motivo de la caída
   - 7.0 Iluminación insuficiente
   - 7.1 Suelo húmedo o encerado
   - 7.2 Calzado no adecuado
   - 7.3 Tropieza con mobiliario
   - 7.4 Mareo / pérdida de conciencia
   - 7.5 Otra causa, especificar _____

8. Consecuencias del accidente/caída
   - 8.0 Ileso
   - 8.1 Contusiones
   - 8.2 Fracturas
   - 8.3 Hematomas
   - 8.4 Heridas
   - 8.5 Pérdida de conciencia
   - 8.6 Otras _____

9. Lesiones en:
   - 9.0 Cabeza
   - 9.1 Cara
   - 9.2 Tórax
   - 9.3 Miembros superiores
   - 9.4 Miembros inferiores
   - 9.5 Precisar características_____
     _____

1

NOTIFICACIÓN DE CAÍDA DE PACIENTE

10. Evaluación médica

Dr./ Dra._____ Hora: _____

Exámenes solicitados: RX ( ) TAC ( ) OTROS_____

Interconsulta ( ) _____

Resultados: _____

11. Medidas después del accidente:
11.0 Educación sanitaria
11.1 Colocación de barandas
11.2 Sujeción del paciente
11.3 Otras _____

12. Después de la atención recibida el paciente queda:

( ) Estable

( ) En monitoreo de constantes vitales

( ) En situación crítica en su servicio

( ) Otros (especificar) _____

13. Personal de salud que brindaron los cuidados inmediatos:

Lic.---------- Lic.----------

Técnico de enfermería: ----------

Otro personal asistencial: _____

2

Fuente: Adecuación del formato Reporte de Caída de Paciente propuesto por el Departamento de Enfermería del HNGAI en el 2010 y utilizado por las jefaturas de Servicio de Enfermería de los hospitales de la Red Asistencial Almenara 2011 - 2012.

ANEXO 14

INSTRUCTIVO DE REPORTE DE CAÍDAS

El presente instrumento se define como el conjunto de acciones que el profesional de enfermería o responsable del cuidado del paciente realiza para valorar al paciente que sufrió el evento de una caída, tomará en cuenta lo siguiente:

1. **Es identificado como paciente de riesgo**: En este rubro el profesional identificará el riesgo, utilizando la escala de valoración de Downton.
2. **Estado del paciente antes del accidente**: Son factores de riesgo intrínseco. Antecedentes al evento, como el estado de conciencia: orientado, desorientado, agitado, obnubilado, inconsciente, en etapa posoperatoria inmediata. (Fundamento: la hipoxia cerebral provoca alteraciones en la conducta, los trastornos metabólicos ocasionan irritabilidad, inquietud, angustia, agresividad o somnolencia)
3. **Tratamiento farmacológico (medicado con)**: Son factores de riesgo intrínseco. Ha sido medicado con analgésico, especificar qué medicamento, antidepresivos, hipnóticos o sedantes, antihistamínicos (causan confusión, somnolencia, adinamia y cambios en la conducta) antihipertensivos, vasodilatadores, etc.
4. **Medidas de seguridad:** Son actividades relacionadas por el personal de enfermería para prevenir caídas, en las que utilizan equipo y mobiliario específico.
   Las medidas son: educación sanitaria, barandillas, sujeción del paciente, orientación al paciente o familiar/cuidador acompañante, etc.
   Educación al paciente y su familia: Indicarles las medidas de seguridad hospitalaria, orientación al paciente, informar sobre la altura de las camas, advertirles de los peligros de los suelos húmedos, orientarlo a que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural.
   Barandillas: Proporcionan a los pacientes un punto de apoyo seguro para moverse de un lado a otro según sus necesidades, evitan caídas. Deben funcionar perfectamente, han de estar situados en ambos lados de la cama, ser firmes y rebasar la altura del colchón, de tal forma que proporcionen soporte al paciente.
   Sujeción del paciente: Asegura al paciente con muñequeras de tela, sujetados a la cama, se debe renovar la sujeción, observándose zonas de presión a intervalos frecuentes, solo se colocará la sujeción al paciente cuando se trate de pacientes con agitación y desorientación.
   Familiar/cuidador acompañante: Observación del paciente por la familia, mantenerse alerta, a fin de detectar cualquier alteración en el paciente para avisar de inmediato al personal de enfermería o profesional responsable sobre dicha situación. Pedir información acerca del padecimiento del enfermo. Su evolución y los cuidados en los que puede apoyar.

5. **Lugar del accidente:** Son factores de riesgo de caída inherentes al medio ambiente. En la habitación, en el baño. En el pasillo deambulando, desde la cama durante el reposo/sueño, levantándose de la cama a la silla.
   Se tendrá en cuenta el arreglo de las unidades del paciente, tienen que estar en orden, eliminando los muebles que representen un peligro, los objetos del uso del paciente deben estar a su alcance, lentes, pañuelo, vaso de agua urinario, chata, etc. El personal de enfermería o profesional responsable tiene que llevar al paciente al baño, no dejarlo solo y regresarlo a su cama.
6. **Motivo de la caída:** Son factores de riesgo inherentes al medio ambiente: iluminación insuficiente, piso sucio húmedo o encerado, calzado no adecuado, tropieza con mobiliario.
   La iluminación debe ser apropiada para reducir los riesgos sobre todo en los pacientes con discapacidad visual, las lámparas de cabecera deben emitir suficiente luz. El área física debe estar impecable, sin basura, ni fluidos que puedan hacer que una persona se resbale.
   El mobiliario, observar que sean fuertes las sillas y sillones de respaldos altos y estables, el calzado del paciente debe ser de goma antideslizante, zapatillas cerradas seguras y firmes, o en todo caso emplear botas de tela.
7. **Consecuencias de la caída**: Ileso, contusiones, fracturas, hematomas, heridas, pérdida de conciencia.
   Lesiones en cabeza, cara, tórax, miembros superiores, inferiores.
   Lesiones ocasionadas por las caídas que puedan o no poner en riesgo la vida del paciente.
8. **Evaluación médica**: Profesional que evalúa y diagnostica físicamente al paciente emitiendo un diagnostico médico.
9. **Medidas después del accidente**: educación sanitaria, colocación de barandas, sujeción del paciente.
   Son intervenciones de enfermería o del profesional responsable que han de ponerse en marcha para ayudar al paciente a restablecerse y a prevenir posibles caídas. Se toman precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas, como proporcionar educación y orientación al paciente y familia sobre su seguridad, proporcionar dispositivos de ayuda y protección para que su deambulación y seguridad en la cama sea más estable.
10. **Después de la atención recibida el paciente queda**: estable, en monitoreo de constantes vitales, en situación crítica en su servicio. Intervención de enfermería o del profesional responsable para evidenciar la evolución del paciente y establecer la situación del paciente aliviado o en estado crítico, para volver a planificar su cuidado.
11. **Personal de salud que brindó los cuidados inmediatos**: Registrar nombres y apellidos del personal asistencial de turno que intervino en el cuidado del paciente.

ANEXO 15

REPORTE MENSUAL DE CAÍDAS DE PACIENTES

Red Asistencial:..... Centro Asistencial:.....
Servicio:..... Mes:.....

FECHA Y HORA DE LA CAÍDA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	N.° DE CAMA	N.° SEGURO o HISTORIA CLÍNICA	EDAD	GRADO DE DEPEN-DENCIA	TIPO		DAÑOS O LESIONES	CAUSA (s) DE CAÍDA	DIAGNÓSTICO DE BASE	INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD	RESULTADOS DE INTERVENCIÓN
						INCIDENTE	ACCIDENTE					

Fuente: Adecuación del formato Reporte de Caída de Paciente propuesto por el Departamento de Enfermería del HNGAI en el 2010 y utilizado por las jefaturas de Servicio de Enfermería de los hospitales de la Red Asistencial Almenara 2011 - 2012.

ANEXO 16

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL MONITOREO Y REPORTE DE CAÍDAS DE PACIENTES

El presente instructivo se aplicará para desarrollar el instrumento que registra el Reporte Mensual del Evento Adverso: Caídas de pacientes con la finalidad de monitorear el indicador y obtener datos relevantes de su evolución.

Fecha y hora: Registrar la fecha y la hora en que ocurrió la caída del paciente.

Nº cama: Registrar el número de cama en donde se encontraba el paciente al momento en que ocurrió la caída.

Nº autogenerado o historia clínica: Registrar el número de seguro del paciente.

Nombres y apellidos del paciente: Registrar los nombres y apellidos completos del paciente.

Edad: Registrar la edad del paciente.

Grado de dependencia: Se refiere al registro de la clasificación de pacientes según el grado de dependencia, teniendo en cuenta lo siguiente:

Grado de dependencia I: Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, competente con factores de riesgo mínimo, en pre-diagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de autocuidado universal con asistencia de enfermería o profesional responsable orientada a la educación en salud y estabilidad emocional.

Grado de dependencia II: Se refiere a que el paciente puede valerse por sí mismo, pero con ciertas limitaciones, mediante nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y posoperatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.

Grado de dependencia III: Referido al personal con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de la vida.

Grado de dependencia IV: Persona críticamente enferma, inestable, con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de enfermería o de algún profesional responsable altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente .

Grado de dependencia V: Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, hígado, riñón, médula ósea, pulmón, que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.

Tipo de caída: Se registrará como Incidente o Accidente teniendo en cuenta lo siguiente:

- Incidente: Suceso imprevisto que hubiera podido dar lugar a un accidente y que afecta a un paciente.
- Accidente: Es la lesión corporal que sufre el paciente a consecuencia de su estancia en el hospital.

Daños o Lesiones: Se refiere al registro de las consecuencias de la caída del paciente. Está definido como un cambio anormal en la estructura o morfología de una parte del cuerpo, que puede producirse por un daño interno o externo. Las lesiones producen alteraciones en las funciones de los órganos, aparatos y sistemas corporales, generando problemas en la salud.

Causas: Registro de los factores extrínsecos o propios del ambiente (iluminación insuficiente, piso húmedo, calzado no adecuado, etc.) y los factores intrínsecos o propios de la persona (estado de conciencia, medicamentos farmacológicos, alteraciones motoras, etc.) que intervinieron en la caída del paciente .

Diagnóstico de base: Se registrará el diagnóstico médico principal y actual que presenta el paciente.

Intervención del profesional de salud: Se registrarán las actividades inmediatas que realizó el profesional de salud responsable del cuidado integral del paciente que sufrió la caída.

ANEXO 17

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa. Se emplea para descubrir errores latentes, subyacentes a un evento adverso.

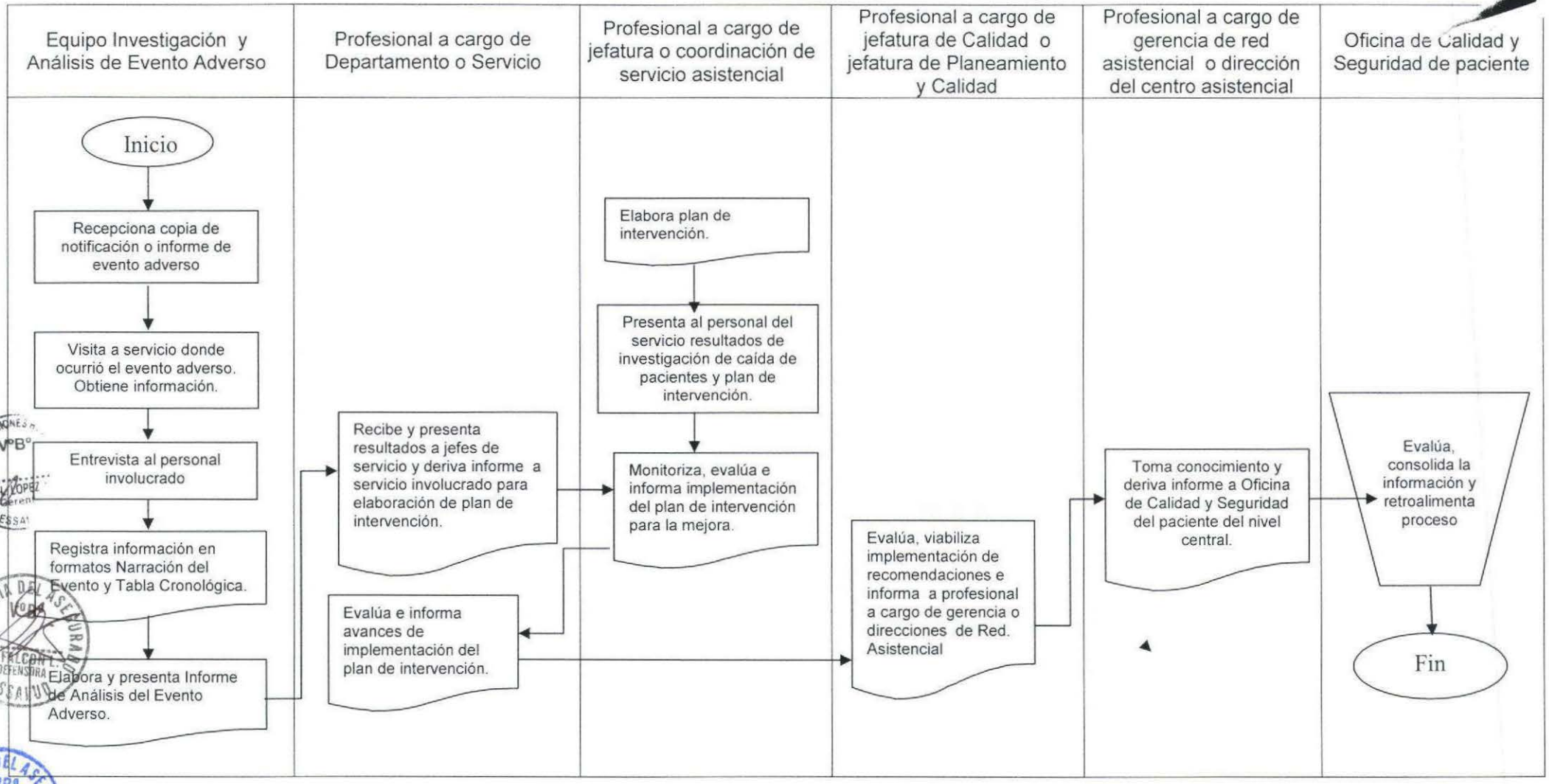
OBJETIVO:
Identificar las principales causas o factores contributivos, acciones inseguras que desencadenaron el evento adverso a través de la investigación y análisis de los errores de medicación, e implementar medidas de mejora para prevenir el evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Recibe informe y notificación de evento adverso error en la administración de medicamentos en las primeras 48 horas.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
2	Inicia proceso de investigación y análisis del evento adverso.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
3	Sistematiza información en formato Narración del Evento Ocurrido y Tabla Cronológica.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
4	Realiza el análisis causa-raíz del evento adverso notificado.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
5	Elabora y presenta informe de la investigación desarrollada al jefe de Departamento o Servicio de Enfermería u otro responsable.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
6	Toma conocimiento y deriva copia del informe a la Jefatura de servicio para retroalimentación y elaboración del Plan de Intervención para la mejora dentro de las 72 horas de recibido el mismo.	Jefe de Departamento y/o Servicio de Enfermería u Obstetricia

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

ANEXO 18: DIAGRAMA DE FLUJO DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS



ANEXO 19

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

Para obtener información relevante de los hechos se realizarán entrevistas individualizadas al personal que estuvo a cargo del paciente en el momento del evento adverso. Asimismo, si considera relevante podrá entrevistar a otros actores directos e indirectos, como al paciente, familiar del paciente.

Debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener información objetiva que ayuden al análisis y a la formulación de conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos, tal como sigue a continuación:

VARIABLES	RECOMENDACIONES
Lugar	• Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el evento adverso.
Explique el propósito	• Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. • Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del evento adverso	• Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. • Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él lo vivió. • Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	• Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas.
Identifique los factores contributivos	• Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	• Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. • Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

ANEXO 20

NARRACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Este instrumento permite sistematizar la información obtenida por el equipo de investigación durante el proceso de análisis del evento adverso (revisión documentaria, entrevista, elaboración de la tabla cronológica).

Nombre del paciente: .....

Servicio: .....

Nº cama: .....

Edad:..... **Grado de dependencia:** .....

Entrevistados: .....

.....

Momentos:

1. **Antes del evento**

   Diagnóstico del paciente:.....

   .....

   Medicación del paciente: .....

   .....

2. **Durante**

   Ocurrencia: .....

   Fecha del evento:..... Hora: .....

   Motivo que produjo el evento:.....

3. **Después**

   Acciones inmediatas: .....

   .....

   Daños o lesiones producidas:.....

   .....

4. **Evolución:**

   .....

   .....

   .....

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau. Año 2010.

ANEXO 21

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE NARRACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Nombre del paciente: Registrar los nombres y apellidos completos del paciente.

Servicio: Registrar el servicio en donde ocurrió el evento adverso.

N.° Cama: Registrar el número de cama en donde el paciente se encontraba ubicado cuando ocurrió el evento adverso.

Edad: Registrar la edad del paciente que sufrió el evento adverso.

Entrevistados: Registrar los nombres y apellidos de las personas que se encontraban a cargo del paciente en el momento de ocurrencia del evento adverso.

MOMENTOS:

1) **Antes del evento adverso:**
Diagnóstico del paciente: Registrar el diagnóstico actual del paciente, del día en que ocurrió el evento adverso.
Medicación del paciente: Registrar la medicación actual que prescribió el médico el día que ocurrió el evento adverso.

2) **Durante el evento adverso:**
Ocurrencia: Registrar el momento en que ocurrió el evento adverso Fecha y Hora: Registrar la fecha y la hora en que ocurrió el evento adverso.
Motivo que produjo el evento: Registrar el relato de los hechos del evento adverso, factores, causas, así como también registrar ¿Qué se encontraba haciendo el personal durante el evento adverso? ¿Quién avisó el evento adverso? ¿Quién o quiénes se percataron del evento adverso?

3) **Después del evento adverso:**
Acciones inmediatas: Registrar las acciones que se realizaron después del evento adverso, así como también se debe consignar si se reportó el evento al jefe inmediato y si se registró la hora y fecha del evento adverso en los registros de la historia clínica.
Daños o lesiones producidas: Registrar si se encontró alguna lesión o daño que pueda haber sufrido el paciente producto del evento adverso.

4) **Evolución:**
Registrar la evolución del paciente durante el turno del personal responsable del paciente que sufrió el evento adverso. El resto de las evoluciones serán registradas en el anexo 22: "Tabla Cronológica".

*Elaborado por Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA. Año 2011.

ANEXO 22

TABLA CRONOLÓGICA

Nombre del paciente: .....
Servicio: ..... **Cama:** .....

Tabla cronológica	Fecha Día 1	Fecha Día 2	Fecha Día 3	Fecha Día 4	Fecha Día 5
¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?					
Información adicional					
¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?					
¿Qué no se hizo bien o falló?					

INSTRUCTIVO TABLA CRONOLÓGICA

Este instrumento permite realizar una línea de tiempo desde que el paciente ingresa al servicio hasta que ocurre el evento adverso, con la finalidad de precisar en qué momentos de su estancia hospitalaria se fueron dando las acciones inseguras.

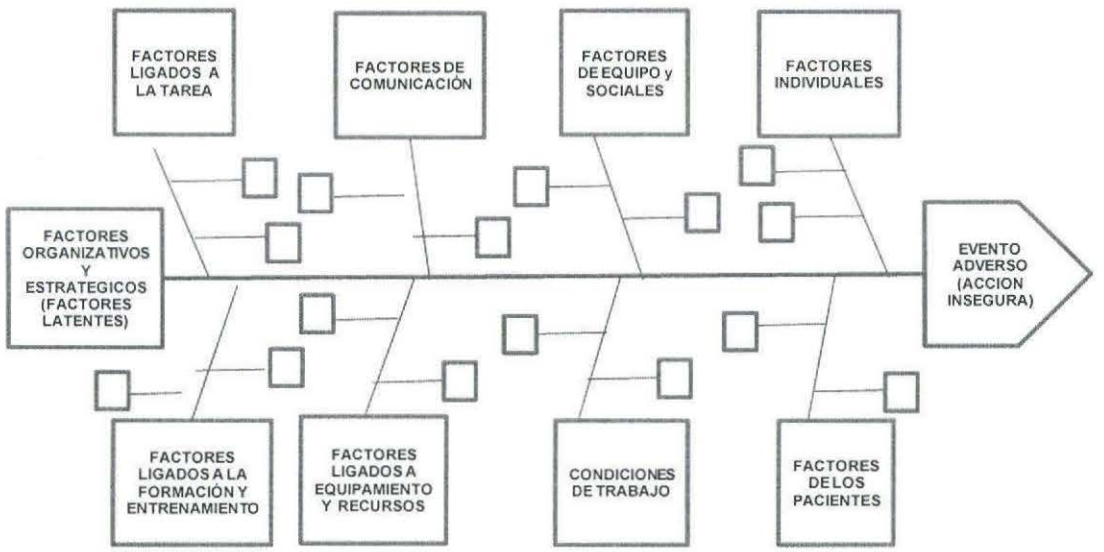
Asimismo, la línea de tiempo se puede prolongar hasta que el paciente sea dado de alta a efecto de realizar un seguimiento a la evolución del estado de salud y observar si su estancia hospitalaria se prolonga o es causal de muerte por el evento adverso.

1) **¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?:** Registrar cómo ocurrieron y se van desarrollando los hechos día por día que pudieran estar relacionados con la prevención y riesgo del evento adverso.
2) **Información adicional:** Registrar alguna información que se considere relevante al relatar los hechos que puedan contribuir a analizar causas, factores, fallos, que produjeron o produzcan el evento adverso.
3) **¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?:** Registrar las acciones que se realizaron día a día para prevenir y evitar el riesgo de eventos adversos.
4) **¿Qué no se hizo bien o que falló?:** Registrar las acciones que se realizaron día a día analizando si estas fueron correctas o incorrectas en la prevención, riesgo y seguimiento del evento adverso.

*Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau. Año 2010.

ANEXO 23

MODELO ACONSEJADO POR LA NPSA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN EL ANALISIS CAUSA RAIZ POR FACTORES CONTRIBUYENTES



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS Y DEFINICIÓN DE BARRERAS DE SEGURIDAD

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:
Evento Adverso:

N°	FACTORES CONTRIBUYENTES	ACCIONES INSEGURAS (causas identificadas) SEGUN FACTORES CONTRIBUYENTES	BARRERAS DE SEGURIDAD POR ACCION INSEGURA
1	Factores Individuales		
2	Factores de Equipo y Sociales		
3	Factores de Comunicación		
4	Factores Ligados a la Tarea		
5	Condiciones de Trabajo		
6	Factores del Paciente		
7	Factores Estrategicos y Organizativos (Factores Latentes)		
8	Factores Ligados al Equipamiento y Recursos		
9	Factores Ligados a la Formación		

[1]Análisis de Causa Raiz: Esquema de Clasificación de los Factores Contribuyentes. Del documento *Seven steps to pacient safety*. National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS). UK. July 2004. Traducción y resumen: Miguel Recio S. Agencia de Calidad. Ministerio de Calidad y Consumo. España.

ANEXO 24

MODELO DE INFORME DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

INFORME N.° EIAEA–(Siglas del CAS)–(Siglas de la Red) ESSALUD- 201...

A: Jefe de Departamento o Servicio de.....

Del: Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos

Asunto: Investigación y Análisis del Evento Adverso.....

Referencia: Carta N°.....

Fecha del informe: .....

Presentación y nombres de los integrantes del Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso.

1. **OBJETIVOS**
   Numerar o describir si es solo uno.
   El objetivo principal debe ser identificar las causas o factores de riesgo que contribuyen a que se haya presentado el evento adverso en el paciente. Otro objetivo fundamental es prevenir futuros eventos adversos relacionados por la misma causa.

2. **ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**
   Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza.

3. **ACTIVIDADES REALIZADAS**
   Registrar el día que se realizó la recolección de información para el análisis del evento adverso (historia clínica, kárdex, otros registros relacionados con el evento adverso a investigar), la visita al servicio donde se produjo el evento adverso, las entrevistas realizadas y el seguimiento realizado al paciente que sufrió el evento adverso.

4. **METODOLOGÍA**
   Registrar el método utilizado para la recolección de datos y análisis (entrevista, observación, etc.)

5. **CONCLUSIONES**
   Deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas)

6. **RECOMENDACIONES**
   Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas. Redactar una recomendación por cada conclusión formulada.

Registrar al pie del informe: nombre, sello, n.° de colegio profesional de los profesionales que participaron.

ANEXO 25

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Los planes de intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos.

OBJETIVO:
Definir las barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe).
Mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de eventos adversos.
Prevenir la ocurrencia del mismo evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recibe Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso ocurrido en el servicio a su cargo y elabora el Plan de Intervención para la Mejora en función a las recomendaciones formuladas.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
02	Retroalimenta los resultados del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso y socializa el Plan de Intervención para la Mejora al personal del servicio involucrado.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
03	Monitoriza, evalúa e informa implementación del Plan de Intervención para la Mejora al profesional a cargo de la jefatura del Departamento o del Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
04	Monitoriza avance y cumplimiento del Plan de Intervención para la Mejora (implementación de recomendaciones) e informa a Oficinas de Gestión de Calidad y a las Oficinas de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de las redes asistenciales.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.
05	Evaluación permanente de la aplicación correcta de la directiva y formalización de estrategias para la sostenibilidad de las actividades del Plan de Intervención para la Mejora.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

ANEXO 26

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:

N°	FACTOR CONTRIBUTIVOS IDENTIFICADOS (Conclusiones)	ACTIVIDADES PARA LA MEJORA (Barreras de Seguridad - Recomendaciones)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	RESPONSABLES	EVIDENCIA OBJETIVA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

ANEXO 27

INSTRUCTIVO PARA ELABORAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Los planes de intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos caída de pacientes.

Teniendo como punto de partida los resultados del análisis causa-raíz y el listado de las fallas activas (conclusiones), se procede a identificar:

Factores contributivos: Son los factores que facilitaron o predispusieron la ocurrencia de acciones inseguras que provocaron la caída del paciente (conclusiones del informe). Para identificar los factores contributivos, se utiliza la tabla de clasificación NPSA de factores contribuyentes.

Actividades para la mejora: Se refiere al establecimiento de barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe) que están destinadas a mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de caídas.

Fecha de inicio: Se refiere a la fecha en que se empieza a gestionar la implementación de la actividad de mejora.

Fecha de término: Se refiere a la fecha en que debe haberse implementado la actividad de mejora planificada.

Responsables: Es la persona que asume la conducción de la actividad y que va a diseñar, ejecutar, monitorizar, evaluar e informar en el ámbito de su competencia las tareas que implique la actividad planificada. Para la viabilización de la misma coordina con la jefatura de servicio.

Evidencia objetiva: Se refiere a toda la documentación que evidencia la gestión y logro de los objetivos y metas de las actividades de mejora planificadas (cartas, planes, check list, informes, capacitación, reuniones, etc.)

ANEXO 28

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS"

Red Asistencial:
Centro Asistencial: **Servicio:**

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC. 1 Cama:			PAC. 2 Cama:			PAC. 3 Cama:			PAC. 4 Cama:			PAC. 5 Cama:			PAC. 6 Cama:			PAC. 7 Cama:			PAC. 8 Cama:			OBSERVACIONES / EVIDENCIAS
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1	Se aplicó Escala para Valorar Riesgo de Caídas																									
2	Cama o camilla con barandas arriba																									
3	Cama o camilla con frenos activados																									
4	Salas con timbres operativos y al alcance del paciente.																									
5	Sujeción de acuerdo a protocolo																									
6	Objetos personales del paciente a su alcance																									
7	Deambulación asistida																									
8	Acompañamiento de familiar o tutor																									
9	Traslado de pacientes, de acuerdo a protocolo.																									
10	Atención prioritaria al llamado del paciente																									
11	Deambulación del paciente con calzado firme y apropiado																									
12	Vigilancia programada y permanente de los paciente																									

Referencia: Protocolo de Caidas Hospital Linares - Chile

% de Cumplimiento	(12 = 100%)
Optimo	: 100%
Aceptable	: 90%
Critico	: < de 90%

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO 29

INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADOR	N.°	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE REPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Proceso	1	% de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso.	Mensual	Historia clínica Registros Escala aplicada, actualizada y al día.
	2	% de actividades preventivas aplicadas en pacientes con riesgo de caída.	Trimestral	Lista de chequeo Registros. Historia clínica
Resultado	3	% de caídas	Mensual	Formato reporte Mensual de caídas de pacientes, Estadística.
	4	% de actividades ejecutadas para la implementación de la directiva	Trimestral	Informes

INDICADOR N.° 1: PORCENTAJE DE PACIENTES CON VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA AL INGRESO

Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso
Dimensión o dominio	Seguridad del paciente Dimensión técnica
Justificación	Identificar pacientes con riesgo de caídas.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N.° de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso} \times 100}{\text{N.° total de egresos en el mes}}$
Explicación de términos	**Numerador:** Número de pacientes que ingresan al servicio y se les aplica la Escala de Downton (pacientes adulto/adulto mayor) y la de Macdems (pacientes pediátricos) para identificar "riesgo de caída". **Denominador:** Número de egresos en el mes
Población	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de proceso
Fuente de datos	Formato de Escala de Downton en los registros de los profesionales responsables.
Estándar / Meta / Umbral	80 %
Periodicidad	Mensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Protocolo prevención de caídas Hospital Base de Linares V. 01. marzo 2010

INDICADOR N.° 2: PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de caídas
Dimensión o dominio	Seguridad del paciente Dimensión técnica
Justificación	La supervisión directa al personal responsable del cuidado del paciente contribuye al cumplimiento de las prácticas seguras descritas en la presente directiva. Identifica debilidades, promueve la adherencia y permite la capacitación *in situ* y continua a nivel de servicio
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N.° de pacientes con diagnóstico de riesgo alto y moderado, a los que se aplica medidas de prevención}}{\text{N.° total de pacientes con riesgo alto y mediano}} \times 100$
Explicación de términos	Numerador: N.° de pacientes con diagnóstico de riesgo alto y moderado, en los que se evidencia la aplicación de medidas de en un 100% de las 12 condiciones pautadas para vigilancia. Denominador: N.° Total de pacientes con diagnóstico de riesgo de caída alto y moderado.
Población objetivo	Profesionales de la salud
Tipo	Indicador de proceso
Fuente de datos	- Lista de chequeo "Cumplimiento de acciones preventivas implementadas en pacientes con riesgo de caídas"
Umbrales	Óptimo: 100 % Aceptable: 90 % Crítico: < de 90 %
Periodicidad	Trimestral: Se debe supervisar al total de profesionales responsables del cuidado del paciente en un periodo de 3 meses, por lo menos en una ocasión.
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Complejo Hospitalario San José. Unidad de Gestión de Calidad y Acreditación Hospitalaria. Chile 2012

INDICADOR N.° 3: PORCENTAJE DE CAÍDAS

Nombre del indicador	Porcentaje de caídas
Dimensión o dominio	Seguridad del paciente Dimensión técnica
Justificación	Identificar la incidencia mensual de caídas Monitorear la tendencia de caídas
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N.° total de caídas} \times 100}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$
Explicación de términos	Numerador: Es el número de eventos adversos caídas ocurridos en un periodo Denominador: Total de egresos hospitalarios en el mismo periodo.
Población objetivo	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de resultado
Fuente de datos	Formato Reporte Mensual de Caídas de Pacientes, Estadística
Estándar / Meta / Umbral	<0.1 %
Periodicidad	Mensual / Anual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Hospital General Universitario Gregorio Marañón. España Madrid 2011

INDICADOR N.° 4: PORCENTAJE DE ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DIRECTIVA

Nombre del indicador	Porcentaje de actividades ejecutadas para la implementación de la directiva
Dimensión o dominio	Eficiencia Eficacia Dimensión del entorno administrativo
Justificación	Monitorear la implementación de actividades y barreras de seguridad descritas en los planes de intervención para la mejora, post análisis causa-raíz.
Fórmula / Formato	N.° de actividades ejecutadas del Plan de Implementación de Directiva x 100 --- Total de actividades planificadas en el Plan de Implementación de Directiva
Explicación de términos	Numerador: Es el número de actividades desarrolladas para la implementación adecuada de la directiva. Denominador: Total de actividades planificadas para la implantación e implementación de la directiva "Practicas Seguras y Gestión del Riesgo de Caídas de Pacientes"
Población	Jefe (a) de Departamento Jefe (a) o Coordinadora de Servicio
Tipo	Indicador de proceso / resultado
Fuente de datos	Plan de Implementación de Directiva Cartas Informes Documentos de gestión Check list
Estándar / Meta / Umbral	Umbral 80 %
Periodicidad	Mensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Se determina umbral del 80 %, para el primer año de implementación, porque algunas de las intervenciones de mejora pueden estar asociadas a temas estructurales y de gestión de otras unidades. A partir del segundo año el umbral debe ser planificado de acuerdo a cada realidad.

ANEXO 30

BIBLIOGRAFÍA

Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y de Eventos Adversos". España.

AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". Unidad Didáctica N.° 1: *La seguridad del paciente: Un reto del sistema sanitario y un desafío para la formación*. España, 2005.

AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". Unidad Didáctica N.° 5: *Prevención de los sucesos adversos*. España, 2005.

AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". Unidad Didáctica N.° 7: *No debería ocurrir y ¿por qué ocurrió?* Estudio Prospectivo del Riesgo Asistencial y Valoración Retrospectiva de los Sucesos Adversos. España, 2005.

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. Resolución N.° 237 – 2008. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero.

Dirección General de Calidad e Innovación en los servicios Sanitarios. *Prácticas seguras relacionados con cuidados de enfermería.* Gobierno del principado de Asturias España. Noviembre, 2010.

Organización Mundial de la Salud *Who Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. 2005.

ORTEGA VARGAS, Carolina y SUÁREZ VÁSQUEZ, María Guadalupe. *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería.* México: Edit. Medica Panamericana S.A., 2009.

Protocolo "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados". Hospital Reginal Rancagua. Chile, 2011.

Protocolo de Evaluación del Riesgo y Prevención de caídas en los pacientes ingresados en la Cooperativa Médica de Rocha. Uruguay, 2012.

REASON, J. *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768 – 70.

SANTILLANA HERNÁNDEZ, Sonia Patricia; ALVARADO MOCTEZUMA, Luis Eduardo y otros. *Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos*. México, 2005.

TAYLOR-ADAMS, Sally y VINCENT, Charles (Clinical Safety Research Unit. Imperial Colllege London, UK). "Protocolo de Londres".

TIDEIKSAAR, Rein *Caídas en ancianos, prevención y tratamiento*. 3.ª edición. España, 2005.

EsSalud
Seguridad Social para todos

DIRECTIVA N° 009 - GG - ESSALUD - 2013

"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE"

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBGERENCIA DE CALIDAD
SUBGERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Resolución N.º 05-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Soledad Marin Lauri
Jefa de la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Gloria Torrelli Arotaipe
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Rosario Ramírez Santome
Jefa del Servicio de Hematología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Esther Cotrina Montenegro
Enfermera responsable del Fortalecimiento del Cuidado del Paciente del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Carmen Pereyra Chumpitaz
Enfermera Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Heidi Peláez Vargas
Enfermera de la Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno Red Asistencial Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Manuel Medina Quiche
Enfermero de la Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno Red Asistencial Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Zelmira Manrique Morales
Subgerente de Calidad – OCYSP – DA

EQUIPO TÉCNICO DE VALIDACIÓN

Cartas Circulares N.^{os} 38 y 39-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Nelly Ninfa Canchari Zambrano
Jefa del Departamento de Enfermería y Gestión del Cuidado del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Red Asistencial Junín.

Lic. María Teresa Vega Dulanto
Coordinadora del Servicio de Enfermería del CAP III Luis Negreiros Vega

Lic. Lisbeth Janet Albornoz Palacios
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Base de la Red Asistencial Huánuco

Lic. Gladys Luz Herrera Alania
Coordinadora del Servicio de Emergencia del Hospital Base de la Red Asistencial Huánuco

Lic. Andrea Espichán Gambirazio
Coordinadora del Servicio de Enfermería del Hospital I Uldarico Roca. Red Asistencial de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Lic. Mery Luz Arteaga Carmelo
Jefa de Consultorios Externos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Red Asistencial Junín.

Lic. Alicia Luz Aliaga Navarro
Jefa del Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Red Asistencial Junín.

Lic. Gladys Bonzano Sosa
Jefa del Servicio de Emergencia – UCI del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Red Asistencial Junín.

Lic. Rossana Knutzen López
Jefa del Servicio de Medicina Adultos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Red Asistencial Junín.

Lic. Nancy Arias Zelada
Coordinadora del Servicio de Enfermería Policlínico Villa maría del Triunfo. Red Asistencial Rebagliati.

FUNCIONARIOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva de EsSalud

ING. RAMÓN ALBERTO HUAPAYA RAYGADA
Gerente General

DR. JOSÉ GERARDO VELARDE SALAZAR
Secretario General

DRA. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA
Gerenta Central de Prestaciones de Salud

LIC. RAQUEL PALOMINO ZÁRATE
Jefe de la Oficina de Relaciones Institucionales

DRA. YOLANDA CAROLINA FALCÓN LIZARASO
Defensora del Asegurado

DRA. ISABEL CRISTINA CHAW ORTEGA
Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

DR. LUIS HUMBERTO SEVILLANO MORALES
Subgerente de Calidad

DR. RICARDO DEXTRE BAZALAR
Subgerente de Seguridad del Paciente

PRACTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

ÍNDICE

I. OBJETIVO..... 05

II. FINALIDAD..... 05

III. BASE LEGAL..... 05

IV. ALCANCE..... 06

V. RESPONSABILIDAD..... 06

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... 06

VII. DISPOSICIONES..... 08

VIII. ANEXOS..... 18

I. OBJETIVO

Implementar el uso de brazalete de identificación del paciente como mecanismo que otorgue seguridad al paciente y al prestador durante todo el proceso de atención de salud.

II. FINALIDAD

Mejorar el sistema de identificación de los pacientes durante el proceso de atención, que permita tener la certeza que es la persona a quien va dirigido el procedimiento, el tratamiento, los cuidados, etc.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA; y normas modificatorias.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y normas modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008".
8. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
9. Resolución Ministerial N. ° 456-2007/MINSA, que aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332-PE-ESSALUD-2011, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD- 2012, que aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012.
13. Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-EsSalud-2012, que aprobó el Plan Estratégico de EsSalud 2012-2016.
14. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007 "Normas marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en ESSALUD".
15. Resolución de Gerencia General Nº 353-GG-ESSALUD-2009, que aprobó la "Tabla de Faltas y Sanciones para funcionarios y servidores de los Órganos Desconcentrados de la Institución, los procedimientos para la aplicación de tales sanciones menores a despido o destitución al personal de los regímenes laborales público y privado, así como las funciones de los cargos de Jefe de Departamento Asistencial y Jefe de Servicio Asistencial".

IV. ALCANCE

La presente directiva es de aplicación en las Redes Asistenciales, Institutos, Centros Especializados, Gerencia de Oferta Flexible y otras modalidades de atención de salud del Seguro Social de Salud, EsSalud.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la siguiente directiva:

- Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Gerentes o Directores de Redes Asistenciales.
- Directores de los Centros Asistenciales.
- Jefes de las Oficinas de Evaluación de Procesos de Cuidado del Paciente.
- Jefes de las Oficinas de Gestión de Calidad o Planeamiento y Calidad o similar.
- Jefes de Departamento, así como Jefes y Coordinadores de servicios.
- Personal asistencial y administrativo de los Centros Asistenciales.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
2. **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
   Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:
   - La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
   - La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.
3. **Evento adverso en salud:** Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.
4. **Efecto adverso:** Una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
5. **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
6. **Factores de riesgo:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
7. **Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia sensibilidad, respeto y amor.
8. **Brazaletes de identificación:** Dispositivos que contienen los datos identificativos inequívocos del paciente y se coloca de preferencia en los

miembros superiores del paciente, pudiendo colocarlos también en miembros inferiores si la situación así lo amerita.

9. **Datos identificativos inequívocos del paciente:** Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros. Son: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica.
10. **Cobertura:** Período de tiempo (en meses) que cubre el stock de un almacén o Centro Asistencial de Salud en relación a la demanda o consumo de un determinado bien. Se obtiene de dividir el stock con el consumo promedio mensual ajustado.
11. **Consumo histórico:** Consumo reflejado en el sistema SAP R/3 y/o SGH y/o similar que se utiliza para el análisis de las tendencias de consumo y determinación de la estimación de necesidades y en la determinación del consumo promedio mensual para los cálculos de cobertura de productos.
12. **Identificación del paciente:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
13. **Verificación cruzada:** Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo (verbal y a través del brazalete) (verbal y a través de su documento de identidad DNI).
14. **Reporte de enfermería:** Es el informe que realiza la enfermera (o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral de enfermería al paciente y familia, para su continuidad así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
15. **Sistema de notificación de eventos adversos:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
16. **Protocolo de Londres:** Constituye una metodología de la gestión de la calidad fundamental para la investigación de los eventos adversos. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. La metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual.
17. **Análisis causa raíz:** Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en el cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos evitando así su repetición.
18. **Proceso de análisis:** Metodología previa para identificar las posibles fallas o errores en la atención. El primer paso del proceso de análisis es la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. El segundo paso es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidos como factores contributivos. En la práctica diaria las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención del paciente son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.
19. **Contexto clínico:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

20. **Factor contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Ejemplo:
    - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
    - Ausencia de protocolos.
    - Falta de conocimiento o experiencia.
    - Falta de comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
    - Elevada carga de trabajo.
    - Déficit de personal.
21. **Fallas activas:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.
22. **Fallas latentes:** Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.
23. **Investigación y análisis de incidentes:** El proceso de investigación y análisis está estandarizado: 1) Investigación y decisión de investigar. 2) Selección del equipo investigador, 3) Obtención y organización de información, 4) Cronología del incidente, 5) Factores contributivos, 6) Recomendaciones y 7) Plan de Intervención para la Mejora.
24. **Plan de Intervención para la mejora:** Lista de acciones para abordar cada factor contributivo, identificado por el equipo investigador.
25. **Gestión de eventos adversos / evento centinela:** Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o evento centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros), para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los Centros Asistenciales de EsSalud.

VII. DISPOSICIONES

7.1 Disposiciones para identificación correcta de pacientes en los centros asistenciales de EsSalud

7.1.1 Identificación documental de pacientes

a) El personal de admisión registra al sistema de gestión hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS) o sistema similar los datos personales y de acreditación de derecho del paciente nuevo al servicio y centro asistencial de EsSalud.
b) El personal de admisión periódicamente actualiza los datos personales y de acreditación de derecho de los pacientes continuadores al servicio y centro asistencial de EsSalud según corresponda.

7.1.2 Identificación verbal del paciente

a) Todo el personal de salud asistencial y administrativo de los centros asistenciales de EsSalud identifica verbalmente al paciente, repitiendo los datos identificativos inequívocos (nombres y apellidos) en todos los contactos de la atención sanitaria.

7.1.3 Identificación física de pacientes mediante pulsera

Para evitar situaciones de riesgo adicional durante los procesos de atención de salud, se procede a la identificación física del paciente mediante el empleo de la pulsera de identificación, que es colocada

en las áreas y/o servicios de admisión y neonatología debiendo informar previamente al asegurado la finalidad e importancia de mantener la pulsera mientras dure el periodo de hospitalización, solicitando al mismo tiempo su participación activa.

Los pacientes susceptibles de identificación física mediante pulsera según nivel de atención son los siguientes:

a) En centros asistenciales del I nivel de atención:

- Todos los pacientes que acuden a los servicios de urgencia y permanecen en observación.
- Todos los pacientes a los que se les realiza algún procedimiento invasivo.
- Todos los pacientes que requieran derivación a otro centro asistencial de mayor complejidad.

b) En centros asistenciales del II y III nivel de atención:

- Todos los pacientes que ingresan a sala de observación.
- Todo paciente hospitalizado.
- Pacientes que acuden a consultas de acto único (cirugía de día, quimioterapia, transfusiones, administración de un medicamento).
- Paciente pediátrico / neonato.
- Paciente obstétrica.
- Extracción de muestra biológica para analítica.
- Realización de un procedimiento invasivo.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de fallecimiento.
- Transferencia de pacientes intra y extra hospitalario.

7.2 Disposiciones para la identificación física del paciente mediante pulseras

7.2.1 Identificación física del paciente a los servicios de hospitalización por admisión general programada.

La identificación del paciente mediante la instalación de pulseras, se realiza a todo paciente que ingresa a hospitalización adulto – pediátrico en forma programada. Anexo 1 y 2.

El procedimiento a seguir es:

a) El personal de admisión verifica la identidad del paciente con el Documento Nacional de Identidad (DNI).
b) Selecciona el brazalete blanco para pacientes adulto / pediátrico, independiente del sexo.
c) Registra en el brazalete con plumón indeleble: Nombre y apellidos del paciente, N.° de historia clínica y DNI.
d) Incluye la pulsera de identificación en la documentación estandarizada para el ingreso de pacientes.
e) Traslada al paciente y familiar al servicio asignado.

f) Entrega al profesional responsable de la atención al paciente en hospitalización la pulsera de identificación del paciente y los documentos que corresponde a al ingreso.
g) El profesional de la salud a cargo de la supervisión y jefatura o coordinación del servicio verifica que los datos consignados en el brazalete sean correctos, corrobora el nombre y DNI preguntando al paciente y realiza la colocación de la pulsera en la muñeca del brazo dominante, registrando en la historia clínica el procedimiento realizado con fecha y hora de instalación.
h) En niños menores de 10 años, el sitio de elección será el tobillo, por necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de la vía venosa.
i) Brinda educación al paciente y familiar respecto al uso del brazalete de identificación.
j) Completa la identificación física del paciente mediante:
   - Registro con letra imprenta de los nombres, apellidos y número de cama en el rótulo identificatorio de la cabecera de la cama y/o al ingreso a la habitación del paciente.
   - Registro con letra imprenta de los nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica del paciente en el porta historia clínica (en el espacio superior de la tapa).
   - En toda información del paciente debe de tener registrado los datos identificativos inequívocos de este.
k) El brazalete de identificación debe mantenerse durante toda la hospitalización y debe ser retirado por el personal de salud al alta del paciente y proceder a la destrucción del mismo.
l) Si es necesario retirar el brazalete por algún procedimiento clínico, deberá ser reinstalado de forma inmediata, utilizando el formato establecido en la presente directiva (Anexo 4).

7.2.2 Identificación física del recién nacido en servicio de neonatología. (Anexo 1 y 2).

a) El personal de enfermería que asiste el parto normal y/o cesárea consigna la identidad del recién nacido de acuerdo a los datos registrados en la historia clínica de la madre.
b) Seleccione el brazalete a utilizar de acuerdo al sexo:
   - Neonato mujer: Brazalete rosado
   - Neonato varón: Brazalete celeste
c) Registre los siguientes datos en el brazalete: apellidos del recién nacido, fecha y hora de nacimiento y N° de Historia Clínica de la madre.
d) Realice la colocación del brazalete en la muñeca derecha, registrando en la historia clínica el procedimiento realizado con fecha y hora de instalación.
e) La colocación del brazalete se realizará inmediatamente después del contacto piel a piel o de la identificación cara a cara del recién nacido con su madre.
f) Si es necesario colocar una vía venosa en el miembro superior, el sitio de elección será el tobillo derecho.
g) Brinde educación al familiar respecto al uso del brazalete de identificación.
h) Complete la identificación física del RN mediante el registro con letra imprenta, de los apellidos del RN y número de cuna en las tarjetas de

identificación (rosado para mujeres y celeste para varones) y pegue en la cabecera de la cuna. Consigne con letra imprenta los apellidos del recién nacido en el porta historia clínica, en el espacio superior de la tapa.

7.2.3 Identificación física del paciente con ingreso por admisión de emergencia

Corresponde al paciente que ingresa a sala de observación de emergencia. El proceso de acreditación es realizado por personal administrativo y el proceso de admisión por el profesional encargado de la atención del paciente (Enfermero u Obstetra). Anexo 1 y 3.

El procedimiento a seguir es:

a) El personal de admisión verifica la indicación de ingreso a sala de observación de emergencia.
b) Verifica la identidad del paciente con el Documento Nacional de Identidad (DNI).
c) Selecciona el brazalete blanco para pacientes adulto / pediátrico, independiente del sexo.
d) Registra en el brazalete con plumón indeleble: nombre y apellidos del paciente, DNI, N.° de historia clínica, fecha y hora de ingreso.
e) Incluye la pulsera de identificación en la documentación estandarizada que es entregada al técnico de enfermería de emergencia para el ingreso de pacientes a salas de observación.
f) El técnico de enfermería entrega al profesional encargado del ingreso y/o traslado del paciente a salas de observación la pulsera de identificación del paciente y los documentos que corresponde al ingreso.
g) El profesional de la salud a cargo de la supervisión y jefatura o coordinación del servicio verifica que los datos consignados en el brazalete sean correctos, corrobora el nombre y DNI preguntando al paciente y realiza la colocación de la pulsera en la muñeca derecha, registrando en la historia clínica el procedimiento realizado con fecha y hora de instalación.
h) En niños menores de 10 años, el sitio de elección será el tobillo, por necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de la vía venosa.
i) Brinda educación al paciente y familiar respecto al uso del brazalete de identificación.
j) Complete la identificación física del paciente mediante:
   - Registro con letra imprenta de los nombres, apellidos y número de cama en el rótulo identificatorio de la cabecera de la cama y/o al ingreso a la habitación del paciente.
   - Registro con letra imprenta de los nombres y apellidos del paciente, DNI y N° de Historia Clínica en el Porta Historia, ubicado en el espacio superior de la tapa.
k) El brazalete de identificación debe mantenerse durante la permanencia en sala de observación y conservarlo al ingreso a salas de hospitalización y/o debe ser retirado por el personal de salud al alta del paciente para proceder a la destrucción del mismo.

l) Si es necesario retirar el brazalete por algún procedimiento clínico, deberá ser reinstalado de forma inmediata, utilizando formato establecido. (Anexo 4).

7.2.4 Identificación del paciente en situaciones especiales

En emergencias o situaciones especiales en que la vida del paciente se puedan ver afectadas, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente.

a) En cuanto sea posible, el profesional encargado de regularizar la admisión del paciente, identifica y escribe en la pulsera los datos del paciente con tinta indeleble y letra imprenta y entrega al profesional encargado de la atención para su colocación en el brazo o el tobillo del paciente, de acuerdo a la edad y la condición del paciente.
b) En caso el paciente rechace la utilización de la pulsera de identificación, a pesar de la información de los riesgos de no llevarla puesta, el profesional encargado del cuidado (enfermero u obstetra) procede al registro en la historia clínica y solicita la firma del paciente y familiar.
c) En caso de que el brazalete no pueda ser colocado en los brazos del paciente debido a su patología (tratamiento dermatológico, múltiples accesos venosos, etc.), colocar la pulsera en el tobillo.
d) En situaciones en las que el paciente no pueda ser identificado, no porta DNI y es imposible conocer su identidad y además no es capaz de responder, se coloca la pulsera con las letras NN en lugar del nombre, el sexo, fecha y hora de ingreso. En este caso, es obligatorio recabar los datos a la brevedad posible.
e) Todos los procedimientos que se realicen al paciente deben llevar sistemáticamente a la verificación previa de la identidad del paciente para disminuir los eventos adversos, registrando en los diversos documentos que contiene la historia clínica, los datos identificativos inequívocos del paciente.
f) No debe realizarse ningún procedimiento invasivo a un paciente que no cuente con el brazalete de identificación.
g) Todo personal que detecte la ausencia de brazalete de identificación, comunicará el hecho al profesional responsable del cuidado del paciente (enfermero u obstetra).
h) Si es imprescindible retirar el brazalete de identificación para un procedimiento, éste debe ser reemplazado a la brevedad posible por el personal responsable del cuidado del paciente. Para lo cual solicita a la Oficina de Admisión del centro asistencial, una pulsera nueva previo llenado de formato de solicitud de duplicado donde se especificará el motivo del mismo y la entrega será inmediata. (Anexo 4).
i) Si, portar la pulsera es causa de alergia, se dejará constancia por escrito en la historia clínica, el motivo de su retiro.
j) En caso de identificar un riesgo específico en el paciente (alergia medicamentosa, riesgo de caída, Rh negativo, portadores de VIH. HVB, etc.) debe marcarse en el brazalete UN PUNTO ROJO al lado del registro de los datos del paciente.
k) El brazalete de identificación debe mantenerse durante todo el proceso de la atención y sólo debe ser retirado por el personal de salud cuando el paciente abandona el centro de atención

l) El brazalete no debe retirarse hasta que el paciente no abandone el centro de atención.
m) En el caso de ser un paciente fallecido, el cadáver abandonará el hospital con el brazalete de identificación.
n) En situación de catástrofes, la identificación de pacientes se realiza de acuerdo a Plan Operativo de Emergencias (POE) de cada centro asistencial.

7.3 Identificación física y verbal del paciente por el personal de unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento

Los médicos, (anestesistas, cirujanos, residentes, especialistas, becados, internos, residentes); tecnólogos médicos, kinesiólogos, nutricionistas, farmacéuticos, personal auxiliar de apoyo y otros profesionales de salud no médicos, deben:

a) Cautelar que los pacientes que requieran de sus servicios porten la pulsera de identificación, según el nivel de atención descrito en el numeral 7.1.3.
b) Cotejar los datos del paciente (verbalmente vs. pulsera de identificación) antes de cualquier procedimiento descrito en el numeral 7.1.3.
c) Ante la ausencia de la pulsera en el paciente, indicar la instalación de ésta, siguiendo los pasos descritos en el numeral 7.2.1., siendo en esta situación el personal responsable de la atención, aquel profesional que realice el procedimiento de apoyo al diagnóstico y/o tratamiento.

7.4 Disposiciones para educar al paciente y familia sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta del paciente.

a) Dar a conocer a pacientes y familiares, los beneficios y la utilización correcta de las pulseras de identificación.
b) Solicite al paciente o familiar, que verifique la información registrada en la pulsera de identificación y confirme que es la correcta.
c) Indique al paciente que se identifique antes de:
   - Recibir un medicamento.
   - Realizarse una prueba diagnóstica.
   - Realizarse un procedimiento quirúrgico y/o cualquier procedimiento médico.
d) Fomente en el paciente, familia y cuidadores la participación activa en el proceso de identificación y que exprese sus inquietudes.
e) Indique al paciente y familiares la obligatoriedad de comunicar el deterioro de la pulsera de identificación.

7.5 De la programación, requerimiento y términos de referencia de brazaletes y/o pulseras de identificación.

7.5.1 De la programación

a) La programación de pulseras de identificación del paciente adulto - pediátrico, está a cargo del jefe de admisión de cada centro asistencial de EsSalud.
b) La programación de brazaletes de identificación del recién nacido, la realiza la enfermera jefe servicio de neonatología de los centros asistenciales de EsSalud.

c) La programación de pulseras blancas de identificación de pacientes adulto pediátricos, se realiza en base al número histórico de egresos hospitalarios y observación emergencia. Para neonatología se realiza en base al número histórico de nacimientos.
d) En ambos casos, se debe programar un incremento del 10%, para aquellos pacientes que requieran renovación de pulsera por deterioro, estancia prolongada, entre otros.
e) La programación de necesidades es anual y el monitoreo del abastecimiento permanente, para evitar quiebre de stock y garantizar el cumplimiento de la práctica segura en el centro asistencial.

7.5.2 Del requerimiento

a) El requerimiento lo formula el jefe del servicio de admisión y de neonatología de cada centro asistencial y comprende el periodo presupuestal (un año), según la Directiva N. º 016-GG-ESSALUD-2010 "Procedimiento para la programación de bienes estratégicos para su Compra a través de suministro centralizado" aprobado por Resolución de Gerencia General N. º 1602-GG-ESSALUD-2010 o norma que lo sustituya.
b) El pedido se realiza en forma mensual al Almacén Hospitalario, ya sea a través de solicitud en red por el sistema de gestión hospitalaria o manualmente a través del llenado del formato de Pedido de Materiales.
c) Código SAP 20100205 cartilla de suministro centralizado.

7.5.3 De las especificaciones técnicas:

a) Material de polipropileno (sin látex) antialérgico e inocuo para el paciente.
b) Resistente a la torsión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en mojado.
c) Resistentes al calor y la humedad.
d) Flexibles y cómodos sin bordes cortantes.
e) Cierre seguro, control no manipulable.
f) Imposibilidad de reuso tras la rotura del cierre de seguridad.
g) Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
h) Que permita el registro con tinta indeleble
i) Color Rosado/Celeste, 18 cm de largo por 1.5 a 1.8 cm de ancho (neonatos).
j) Color Blanco: 26 cm de largo por 2 a 2.5 cm de ancho (pediátrico y adultos)
k) Personalizado con logo Institucional

7.6 Intervención en caso de identificación errónea de pacientes

7.6.1 Intervención inmediata

Valore y brinde cuidados inmediatos dependiendo de la magnitud del incidente y de los procedimientos normados en la institución.

7.6.2 Notificación de evento adverso. Identificación errónea de pacientes. (Anexo 5)

a) Toda identificación errónea del paciente debe ser informada de inmediato al médico tratante o médico de guardia.
b) El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, realiza la notificación del evento adverso en formato correspondiente (Anexo 6) y lo entrega al jefe y/o coordinador del servicio.
c) El jefe y/o coordinador del servicio consolida la incidencia mensual del evento adverso identificación errónea de pacientes y deriva a la Jefatura de Departamento o Servicio. (Anexo 7).
d) El jefe de departamento o servicio consolida y remite copia a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Planeamiento y Calidad y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la red asistencial.
e) Las Oficinas de Gestión de Calidad y/o Unidades de Planeamiento y Calidad actualizan la base de datos de eventos adversos a nivel de CAS y de la Red Asistencial.

7.7 Disposiciones para el análisis del evento adverso. Identificación errónea de paciente

El requisito mínimo para la realización del análisis causa raíz de un evento adverso, es la conformación de un Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos a nivel de Departamento y/o Servicio.

7.7.1 Organización y funcionamiento del equipo de investigación de eventos adversos

a) Debe estar integrado por 3 o 4 profesionales de diversos grupos ocupacionales, con un mínimo de 3 años de experiencia en el ejercicio profesional.
b) La conformación debe ser formalizada mediante Resolución de Gerencia / Dirección de Red o Resolución Directoral del CAS.
c) Para el cumplimiento de sus funciones el departamento y/o servicio convoca al equipo cada vez que ocurra un evento adverso y/o identifique un incidente (near-miss) dentro de las primeras 24 horas.

7.7.2 Investigación y análisis de eventos adversos.

En caso que la identificación errónea del paciente haya generado un evento centinela (evento adverso grave), se procederá de acuerdo a Resolución N.° 501-GG-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva N.° 07–GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud" o norma que la sustituya.

Ante la ocurrencia de eventos adversos leves y moderados, el profesional a cargo de la jefatura del servicio convoca al equipo de investigación de eventos adversos para el análisis causa raíz respectivo debiendo cumplir las siguientes etapas (Anexo 8):

a) Recopilación y organización de información

Se realiza en las primeras 48 horas e incluye:

- Revisión de documentación clínica (historia clínica, registros, protocolos, procedimientos, guías de prácticas Clínicas, diagrama de flujo del proceso o subproceso, normas y directivas relacionadas con el evento adverso.
- Visita in situ al servicio donde ocurrió el evento adverso (recorrido de las instalaciones, evidencia física de las condiciones del mobiliario, programación de recursos humanos, análisis de carga laboral vs. grado de dependencia de pacientes).
- Evaluación de índice de rotación y disponibilidad de personal, y
- Entrevista al personal relacionada a ocurrencia del evento adverso (registro de declaraciones y observaciones inmediatas (Anexo 9).

b) Elaboración del mapa de los hechos. Desarrollo de los acontecimientos

- Implica el registro de la información obtenida en la tabla cronológica y narración del evento ocurrido. Así mismo, incluye revisar y/o elaborar el diagrama de flujo del proceso o subproceso analizado. (Anexo 10 y 11).

c) Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños (Anexo 12)

- Análisis de la información para la identificación de causas utilizando el diagrama causa – efecto y la clasificación de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA).
- Diagnóstico de la existencia de barreras para la prevención de daños mediante la identificación de acciones inseguras por factores contributivos.

d) Elaboración de Informe

- El informe final debe tener la siguiente estructura: Nombres de los integrantes, equipo Investigador, objetivos, actividades realizadas, metodología, conclusiones y recomendaciones. (Anexo 13).
- Las conclusiones deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).
- Las recomendaciones deben orientar la eliminación o mitigación de las acciones inseguras y orientar la formulación del plan de intervención.

7.7.3 Elaboración del plan de intervención para la mejora

a) En base a las recomendaciones formuladas por el equipo de investigación y análisis de eventos adversos, el jefe y/o coordinador del Servicio asistencial donde ocurrió el evento identificación errónea de paciente, elabora el plan de intervención para la mejora, estableciendo plazos y responsables, y es presentado a la jefatura de departamento y/o servicio de enfermería dentro de las 72 horas de recibido el informe. (Anexo 14).
b) La retroalimentación del informe de investigación y análisis del evento adverso identificación errónea de paciente al personal

asistencial del servicio implicado, es realizado por el profesional a cargo de la jefatura y coordinación del servicio, conjuntamente el plan de intervención para la mejora.

c) Los profesionales a cargo de las jefaturas y direcciones de los centros asistenciales viabilizan la implementación del plan de intervención presentado por el jefe de departamento, y/o servicio.
d) El monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del plan de intervención para la mejora está a cargo del jefe del departamento (representada por la supervisora de área, en los CAS donde corresponda), Jefe y/o coordinador del servicio.
e) El jefe y/o coordinador del servicio informa mensualmente las actividades implementadas, así como el avance y logros obtenidos.

7.8 Disposiciones para la Implementación de la directiva

7.8.1 Implantación e implementación de la directiva en los centros asistenciales de EsSalud

a) Difusión de normativa en físico y magnético a todos los servicios de los centros asistenciales de EsSalud e instancias administrativas para el apoyo logístico correspondiente.
b) Realizada la difusión, se debe planificar estrategias que favorezcan la implementación considerando jornadas de sensibilización permanentes.
c) Desarrollo de módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, prevención de eventos adversos, análisis causa raíz, gestión del riesgo. Considerar en el abordaje de temas estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.
d) Las actividades de implementación de la Directiva forman parte de las iniciativas de gestión, según corresponda, prioritariamente del Departamento y/o Servicios de Enfermería, Obstetricia y Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
e) Los Jefes de las Oficinas de Admisión y Registros Médicos, los Jefes de Departamento, Jefes y/o Coordinadores de Servicio son responsables de la implementación.
f) Las Jefaturas de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente y las Oficinas de Gestión de Calidad y/o Planeamiento y Calidad, brindan asistencia técnica.
g) Los jefes de Departamento y/o Servicio deben programar y gestionar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para su implementación (accesorios y aditamentos para prevención).

7.8.2 Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en los CAS de EsSalud

Los procesos de supervisión deben ser trimestrales mediante la aplicación de la lista de chequeo "cumplimiento proceso de identificación del paciente". (Anexo 15). La supervisión y evaluación está a cargo del Jefe y/o Coordinador del Servicio (Supervisora en los CAS donde se cuente con el recurso). La técnica a utilizar es la observación, entrevista y revisión documentaria.

La evaluación de la implementación y aplicación de la Directiva se hará mediante indicadores. (Anexo 16):

a) % de pacientes que portan pulsera de identificación
b) Tasa de Identificación errónea de pacientes

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTE	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Procedimiento que consiste en establecer la identidad del paciente, registrando los datos de filiación, que permita al equipo de salud tener la certeza de la identificación de la persona durante el proceso de atención en los servicios ambulatorios y de hospitalización.

OBJETIVO:
Estandarizar el proceso de identificación del paciente que otorgue seguridad para el paciente durante todo el proceso de atención de salud.

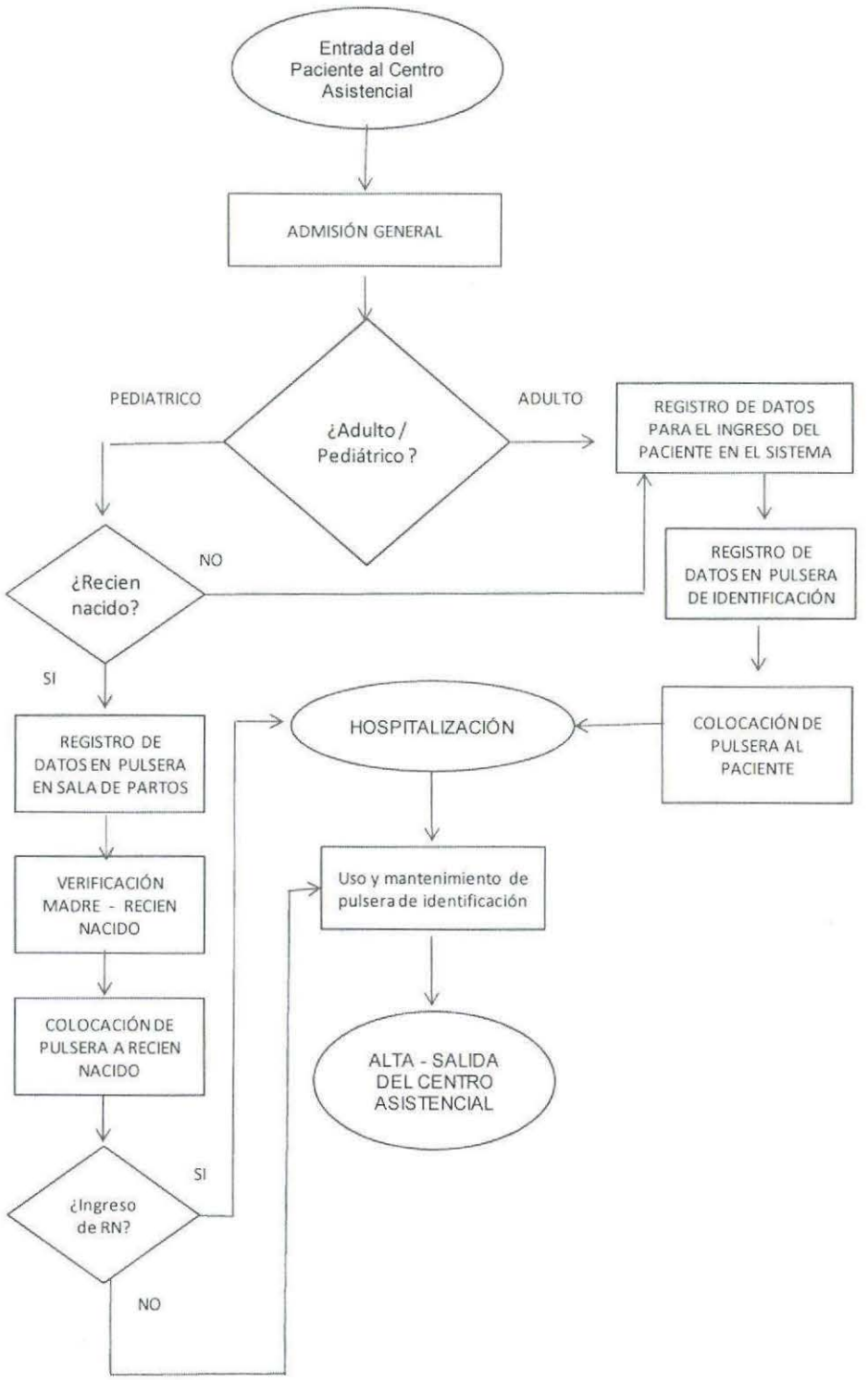
INSUMOS:
- Brazalete de identidad, con sello inviolable, de acuerdo al rango etáreo del paciente, color blanco (adulto y pediátrico), color rosado (recién nacido mujer), color celeste (recién nacido varón).
- Plumón indeleble de punta fina negro o azul.
- Formato de notas de enfermería.
- Orden de hospitalización y filiación.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Confirmar identidad del paciente con DNI y datos del Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS) o similar.	Personal de admisión central y/o emergencia
2	Escribir con letra imprenta clara y legible: Nombres, apellidos, DNI, fecha y hora de nacimiento y/o fecha y hora de ingreso a observación emergencia.	Personal de admisión central y/o emergencia
3	Colocar el brazalete en el brazo derecho. Si existiera contraindicación se procederá en el siguiente orden: Brazo izquierdo, pierna derecha, pierna izquierda. En niños menores de 10 años, el sitio de elección será el tobillo, por necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de la vía venosa.	Profesional encargado del cuidado al paciente
4	Registrar en Historia Clínica el procedimiento: zona de colocación de brazalete, hora y firma del responsable de la identificación.	Profesional encargado del cuidado al paciente
5	Verificar en cada turno que el paciente tenga su brazalete con los datos completos registrando la información en las notas de enfermería.	Profesional encargado del cuidado al paciente
6	Proceder a la reinstalación de la pulsera por deterioro, ejecución de procedimiento, datos errados y pérdida; consignando nombre de responsable de la reposición y el paso 3.	Profesional encargado del cuidado al paciente

ANEXO 2

FLUJOGRAMA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERA INGRESO AL CENTRO ASISTENCIAL POR CONSULTA EXTERNA



ANEXO 3

FLUJOGRAMA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE PULSERA INGRESO AL CENTRO ASISTENCIAL POR EMERGENCIA



ANEXO 4

EsSalud
Seguridad Social para todos

FORMATO PARA DUPLICADO DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN

Servicio	
Fecha	
Paciente	
Solicita	

MOTIVO	Marque con un (X)
1. Rotura ó deterioro.	
2. Datos ilegibles.	
3. Datos erróneos.	
4. Necesidad asistencial: pulsera impide la realización de algún procedimiento.	
5. El paciente viene de quirófano sin pulsera.	
6. El paciente se lo ha quitado.	
7. Paciente no pudo ser identificado por situación de urgencia.	
8. Otros:.....	

Fecha de Solicitud:

Firma y sello del solicitante	Firma y sello del responsable de la entrega

V°B° Dr. L. LOPEZ T. Gerente

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO V°B° V. FALCON L. DEFENSORA ESSALUD

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO V°B° I. CHAW O. JEFE DE OFICINA (e) ESSALUD

ANEXO 5

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO: IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DE PACIENTE	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

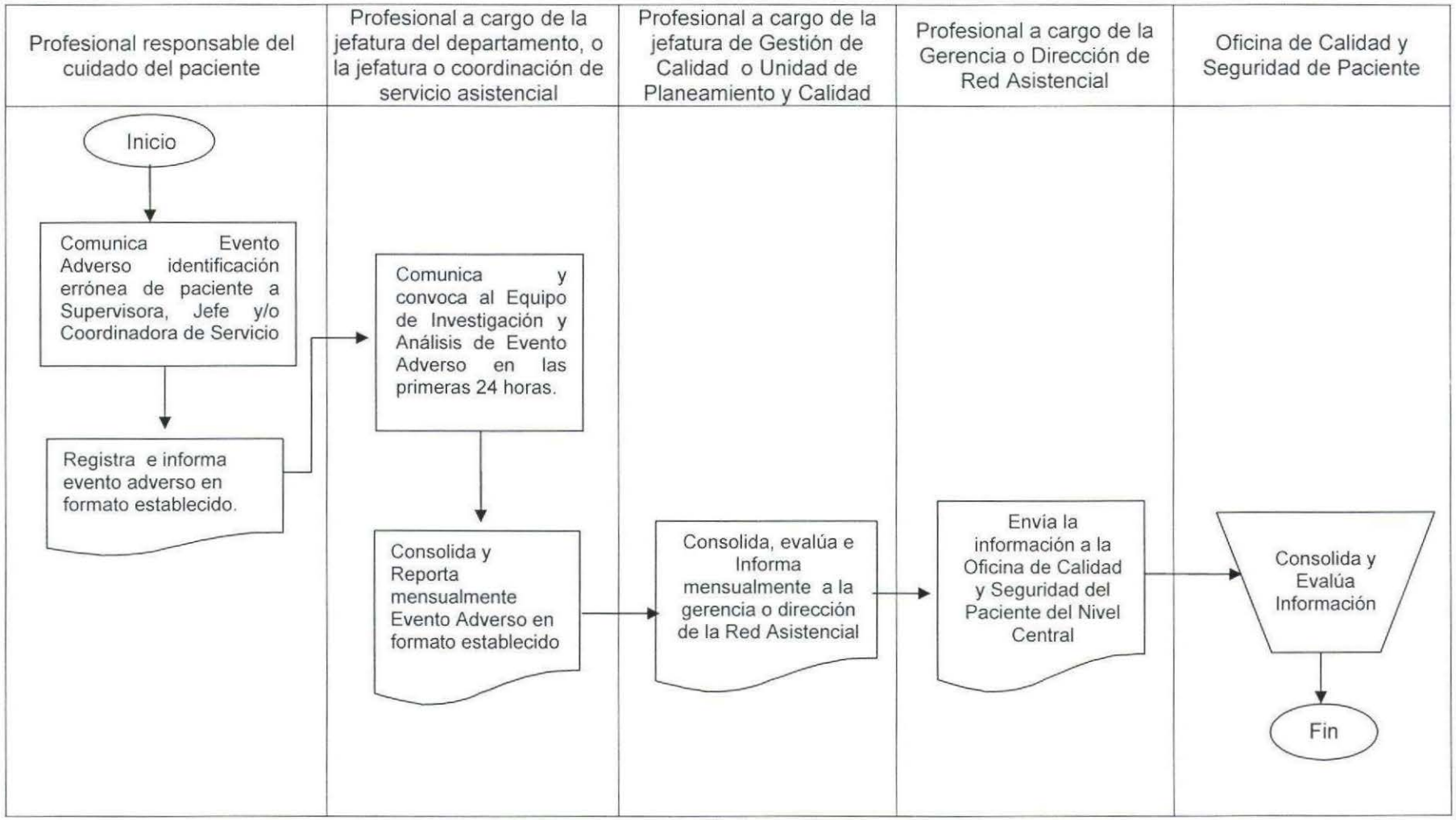
OBJETIVO:
Implementar una cultura de reporte a través de la notificación y registro del evento adverso: identificación errónea de paciente, que permita realizar el seguimiento y mejora del indicador.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Comunica la identificación errónea de paciente al Jefe de Departamento y/o Jefe y/o Coordinador de Servicio y/o Supervisora de Enfermería.	Enfermera o profesionales de la salud responsables del cuidado del paciente.
02	Registro e informe del evento adverso en formato "Notificación de Identificación Errónea de Paciente".	Enfermera o profesionales de la salud responsables del cuidado del paciente.
03	Convoca y comunica la identificación errónea de paciente al equipo de investigación y análisis del evento adverso, dentro de las 24 horas.	Profesional a cargo de la jefatura del departamento, o la jefatura del servicio o coordinación de servicio asistencial
04	Consolida y envía mensualmente a Jefatura de Departamento y/o Servicio	Profesional a cargo de la jefatura del departamento, o la jefatura del servicio o coordinación de servicio asistencial
05	Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de identificación errónea del paciente a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Unidad de Planeamiento y Calidad de cada centro asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura del departamento, o la jefatura del servicio o coordinación de servicio asistencial
06	Remite información a la Oficina de Calidad y Seguridad de Paciente de la Red y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial.	Profesional a cargo de la Gerencia o Dirección de los centros asistenciales
07	Evalúa y consolida información recibida de los CAS de la Red e informa a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del Nivel Central mediante documento de Gerencia de Red	Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

DIAGRAMA DE FLUJO NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL EVENTO ADVERSO IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DE PACIENTES



ANEXO 6

NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DE PACIENTE	
Fecha de ocurrencia del Evento Adverso: _____	Hora: _____
Nombre y apellidos del paciente: _____	
N° de Historia Clínica: _____ Edad: _____	Sexo: H ( ) M ( )
Diagnóstico de Ingreso: Fecha de notificación de evento adverso: _____	Servicio: _____
Descripción de los hechos:	
Descripción de acciones inmediatas:	
Clasificación del Incidente: Evento Adverso Prevenible: ☐ Evento Adverso No Prevenible: ☐ Evento Adverso Centinela: ☐	**Condición post inmediata del paciente:**

Anexo Adecuación del Anexo D de la Investigación Evaluación de la Existencia de un Protocolo sobre Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente e Identificación de los Factores de Riesgo en la Corporación IPS Tolima sede Interlaken y Elaboración de un Plan de Mejoramiento para la Prevención de Eventos Adversos. Universidad EAN. Colombia Ibague 2010.

ANEXO 7

REPORTE MENSUAL DE EVENTO ADVERSO IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DE PACIENTES

Red Asistencial:..... Centro Asistencial:.....
Servicio:..... Mes:.....

IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DEL PACIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	N.° DE CAMA	N.° HISTORIA CLÍNICA	EDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	PACIENTE IDENTIFICADO		DAÑOS O LESIONES	CAUSA (s) DEL EVENTO ADVERSO	DIAGNÓSTICO DE BASE	INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD	RESULTADOS DE INTERVENCIÓN INMEDIATA
FECHA	HORA						CON PULSERA	SIN PULSERA					

Fuente: Adecuación del Formato Reporte de Identificación Errónea de Paciente propuesto por el Departamento de Enfermería del HNGAI en el 2010 y utilizado por las Jefaturas de Servicio de Enfermería de los Hospitales de la Red Asistencial Almenara 2011 - 2012.

ANEXO 8

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa. Se emplea para descubrir errores latentes, subyacentes a un evento adverso.

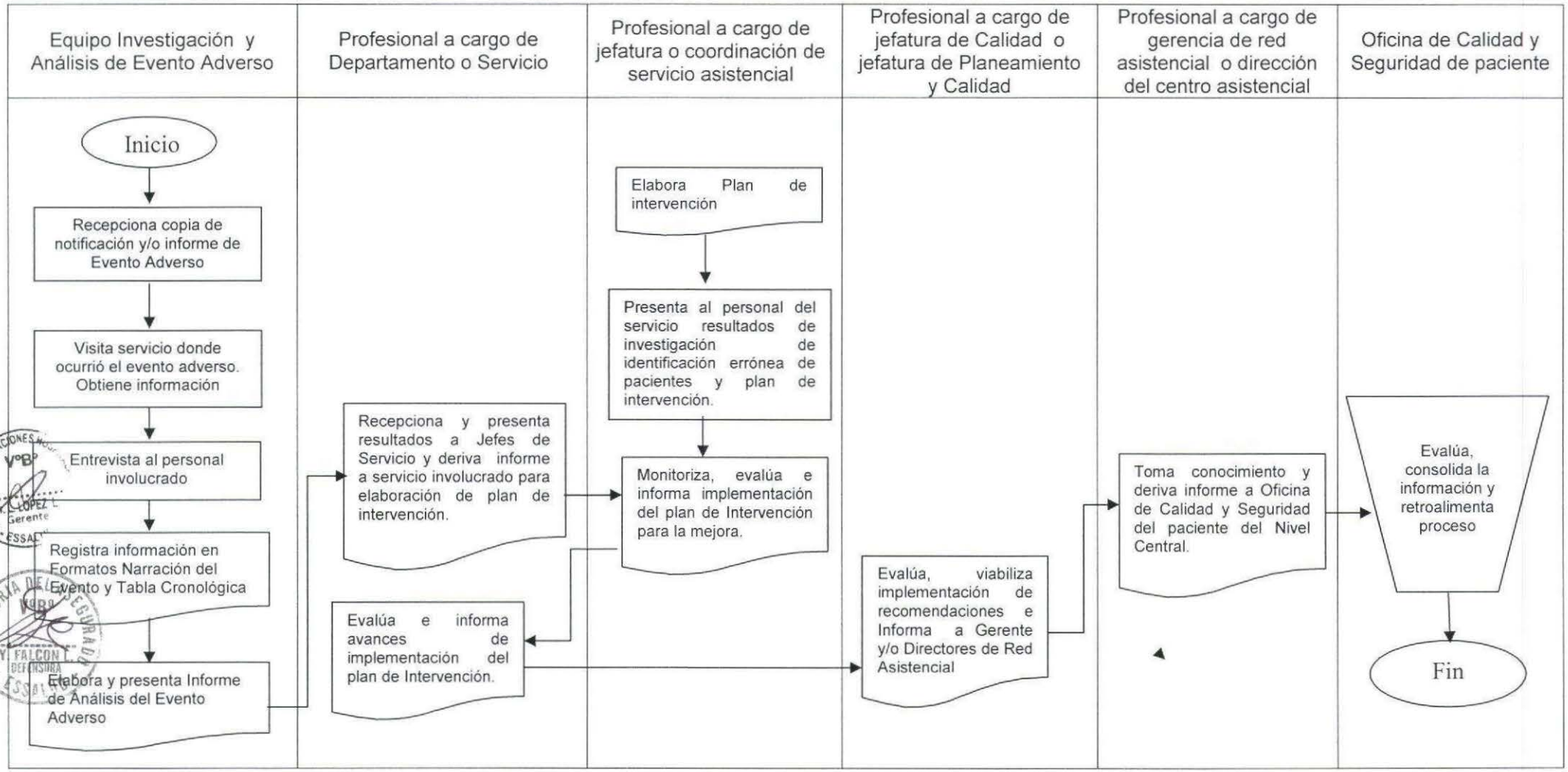
OBJETIVO:
Identificar las principales causas o factores contributivos, acciones inseguras que desencadenaron el evento adverso a través de la investigación y análisis de los errores de medicación, e implementar medidas de mejora para prevenir el evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Recibe informe y notificación de evento adverso error en la administración de medicamentos en las primeras 48 horas.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
2	Inicia proceso de investigación y análisis del evento adverso.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
3	Sistematiza información en formato Narración del Evento Ocurrido y Tabla Cronológica.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
4	Realiza el análisis causa-raíz del evento adverso notificado.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
5	Elabora y presenta informe de la investigación desarrollada al jefe de Departamento o Servicio de Enfermería, Obstetricia u otro responsable.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
6	Toma conocimiento y deriva copia del informe a la Jefatura de servicio para retroalimentación y elaboración del Plan de Intervención para la mejora dentro de las 72 horas de recibido el mismo.	Jefe de Departamento y/o Servicio de Enfermería u Obstetricia

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

DIAGRAMA DE FLUJO DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS



ANEXO 9

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

Para obtener información relevante de los hechos se realizarán entrevistas individualizadas al personal que estuvo a cargo del paciente en el momento del evento adverso. Así mismo, si considera relevante podrá entrevistar a otros actores directos e indirectos, como al paciente, familiar del paciente.

Debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener información objetiva que ayuden al análisis y a la formulación de conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos, tal como sigue a continuación:

VARIABLES	RECOMENDACIONES
Lugar	• Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el Evento adverso.
Explique el propósito	• Explique al entrevistado el motivo de la Entrevista. • Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del evento adverso	• Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. • Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. • Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	• Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas.
Identifique los factores contributivos	• Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	• Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. • Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

ANEXO 10

NARRACIÓN DEL EVENTO OCURRIDO

Este instrumento permite sistematizar la información obtenida por el equipo de investigación durante el proceso de análisis del evento adverso (revisión documentaria, entrevista, elaboración de la tabla cronológica).

Nombre del Paciente: .....

Servicio: .....

Nº cama: .....

Edad: ..... **Grado de dependencia:** .....

Entrevistados: .....

.....

Momentos:

1. **Antes del evento**

   Diagnostico del paciente: .....

   .....

   .....

2. **Durante**

   Ocurrencia: .....

   Fecha del evento: ..... Hora: .....

   Motivo que produjo el evento: .....

   .....

   .....

   .....

3. **Después**

   Acciones inmediatas: .....

   .....

   .....

   Daños o lesiones producidas: .....

   .....

   .....

4. **Evolución:**

   .....

   .....

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau .Año 2010.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE NARRACIÓN DEL EVENTO OCURRIDO

Nombre del paciente: Registrar el nombre y apellidos completos del paciente.
Servicio: Registrar el servicio en donde ocurrió el evento adverso.
Nº Cama: Registrar el número de cama en donde el paciente se encontraba ubicado cuando ocurrió el evento adverso.
Edad: Registrar la edad del paciente que sufrió el evento adverso.
Entrevistados: Registrar el nombre y apellidos de las personas que se encontraban a cargo del paciente en el momento de ocurrencia del evento adverso.

MOMENTOS:

1) **Antes del evento adverso:**
Diagnóstico del paciente: registrar el diagnóstico actual del paciente, del día en que ocurrió el evento adverso.
Medicación del paciente: registrar la medicación actual que prescribió el médico el día que ocurrió el evento adverso.

2) **Durante el evento adverso:**
Ocurrencia: registrar el momento en que ocurrió el evento adverso.
Fecha y hora: registrar la fecha y la hora en que ocurrió el evento adverso.
Motivo que produjo el evento: registrar el relato de los hechos del evento adverso, factores, causas, así como también registrar ¿Qué se encontraba haciendo el personal durante el evento adverso? ¿Quién aviso el evento adverso? ¿Quién o quiénes se percataron del evento adverso?

3) **Después del evento adverso:**
Acciones Inmediatas: registrar las acciones que se realizaron después del evento adverso, así como también se debe consignar si se reportó el evento al jefe inmediato y si se registró la hora y fecha del evento adverso en los registros de la historia clínica.
Daños o lesiones producidas: registrar si se encontró alguna lesión o daño que pueda haber sufrido el paciente producto del evento adverso.

4) **Evolución:**
Registrar la evolución del paciente durante el turno del personal responsable del paciente que sufrió el evento adverso .El resto de las evoluciones serán registradas en el anexo 11: "Tabla Cronológica".

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS V°B° Dr. L. LOPEZ L. Gerente ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° Y. PACON L. DEFENSORA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° I. CHAW O. JEFE DE OFICINA (e) ESSALUD

*Elaborado por Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA. Año 2011.

ANEXO 11

TABLA CRONOLÓGICA

Nombre del Paciente: .....
Servicio: ..... **Cama:** .....

Tabla Cronológica	Fecha Día 1	Fecha Día 2	Fecha Día 3	Fecha Día 4	Fecha Día 5
¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?					
Información Adicional					
¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?					
¿Qué no se hizo bien o falló?					

INSTRUCTIVO TABLA CRONOLÓGICA

Este instrumento permite realizar una línea de tiempo desde que el paciente ingresa al servicio hasta que ocurre el evento adverso, con la finalidad de precisar en qué momentos de su estancia hospitalaria se fueron dando las acciones inseguras.

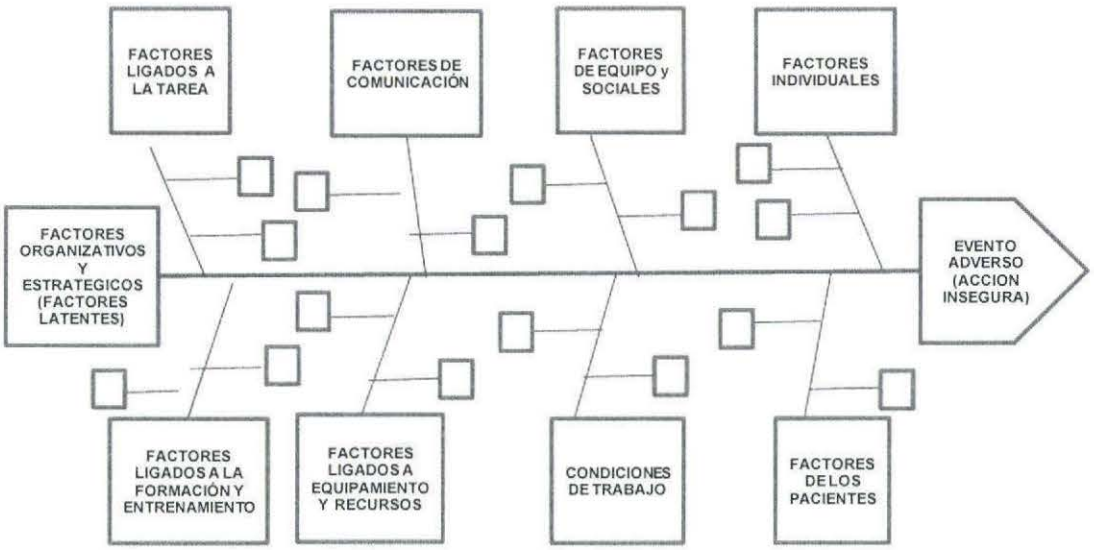
Así mismo, la línea de tiempo se puede prolongar hasta que el paciente sea dado de alta a efecto de realizar un seguimiento a la evolución del estado de salud y observar si su estancia hospitalaria se prolonga o es causal de muerte por el evento adverso.

1) **¿Qué ocurrió?, ¿qué se hizo?:** Registrar cómo ocurrieron y se van desarrollando los hechos día por día que pudieran estar relacionados con la prevención y riesgo del evento adverso
2) **Información adicional**: Registrar alguna información que se considere relevante al relatar los hechos que pueda contribuir a analizar causas, factores, fallos, que produjeron o produzcan el evento adverso.
3) **¿Qué se hizo bien?, ¿qué funcionó bien?** : Registrar las acciones que se realizaron día a día para prevenir y evitar el riesgo de eventos adversos.
4) **¿Qué no se hizo bien o que falló?** : Registrar las acciones que se realizaron día a día analizando si estas fueron correctas o incorrectas en la prevención, riesgo y seguimiento del evento adverso.

*Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau. Año 2010.

ANEXO 12

MODELO ACONSEJADO POR LA NPSA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN EL ANALISIS CAUSA RAIZ POR FACTORES CONTRIBUYENTES



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS Y DEFINICIÓN DE BARRERAS DE SEGURIDAD

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:
Evento Adverso:

N°	FACTORES CONTRIBUYENTES	ACCIONES INSEGURAS (causas identificadas) SEGUN FACTORES CONTRIBUYENTES	BARRERAS DE SEGURIDAD POR ACCION INSEGURA
1	Factores Individuales		
2	Factores de Equipo y Sociales		
3	Factores de Comunicación		
4	Factores Ligados a la Tarea		
5	Condiciones de Trabajo		
6	Factores del Paciente		
7	Factores Estrategicos y Organizativos (Factores Latentes)		
8	Factores Ligados al Equipamiento y Recursos		
9	Factores Ligados a la Formación		

[1]Análisis de Causa Raiz: Esquema de Clasificación de los Factores Contribuyentes. Del documento *Seven steps to pacient safety*. National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS). UK. July 2004. Traducción y resumen: Miguel Recio S. Agencia de Calidad. Ministerio de Calidad y Consumo. España.

ANEXO 13

MODELO DE INFORME DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

INFORME N° EIAEA–(Siglas del CAS)–(Siglas de la Red) ESSALUD- 201...

A : Jefe de Departamento y/o Servicio de.....

Del : Equipo de investigación y análisis de eventos adversos

Asunto : Investigación y análisis del evento adverso.....

Referencia : Carta N°.....

Fecha del Informe: .....

Presentación y nombres de los integrantes del equipo de investigación y análisis del evento adverso.

1. **OBJETIVOS:**
   Numerar o describir si es sólo uno.
   El objetivo principal debe ser identificar las causas y /o factores de riesgo que contribuyen a que se haya presentado el evento adverso en el paciente. Otro objetivo fundamental es prevenir futuros eventos adversos relacionados por la misma causa.

2. **ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN:**
   Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza

3. **ACTIVIDADES REALIZADAS**
   Registrar el día que se realizó la recolección de información para el análisis del evento adverso (historia clínica, kárdex, otros registros relacionados con el evento adverso a investigar), la visita al servicio donde se produjo el evento adverso, las entrevistas realizadas y el seguimiento realizado al paciente que sufrió el evento adverso.

4. **METODOLOGÍA**
   Registrar el Método utilizado para la recolección de datos y análisis (Entrevista, Observación, etc.)

5. **CONCLUSIONES:**
   Deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).

6. **RECOMENDACIONES:**
   Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas. Redactar una recomendación por cada conclusión formulada.

Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los profesionales que participaron.

ANEXO 14

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Los planes de intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos.

OBJETIVO:
Definir las barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe).
Mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de eventos adversos.
Prevenir la ocurrencia del mismo evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recibe Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso ocurrido en el servicio a su cargo y elabora el Plan de Intervención para la Mejora en función a las recomendaciones formuladas.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
02	Retroalimenta los resultados del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso y socializa el Plan de Intervención para la Mejora al personal del servicio involucrado.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
03	Monitoriza, evalúa e informa implementación del Plan de Intervención para la Mejora al profesional a cargo de la jefatura del Departamento o del Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
04	Monitoriza avance y cumplimiento del Plan de Intervención para la Mejora (implementación de recomendaciones) e informa a Oficinas de Gestión de Calidad y a las Oficinas de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de las redes asistenciales.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.
05	Evaluación permanente de la aplicación correcta de la directiva y formalización de estrategias para la sostenibilidad de las actividades del Plan de Intervención para la Mejora.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red Asistencial Almenara.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:

N°	FACTOR CONTRIBUTIVOS IDENTIFICADOS (Conclusiones)	ACTIVIDADES PARA LA MEJORA (Barreras de Seguridad - Recomendaciones)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	RESPONSABLES	EVIDENCIA OBJETIVA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

INSTRUCTIVO PARA ELABORAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Los Planes de Intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos: identificación errónea de pacientes.

Teniendo como punto de partida los resultados del análisis causa raíz y el listado de las fallas activas (conclusiones), se procede a identificar:

Factores Contributivos: Son los factores que facilitaron o predispusieron la ocurrencia de acciones inseguras que provocaron la identificación errónea del paciente (conclusiones del informe). Para identificar los factores contributivos, se utiliza la tabla de clasificación NPSA de factores contribuyentes.

Actividades para la mejora: Se refiere al establecimiento de barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe) que están destinadas a mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de identificación errónea de pacientes.

Fecha de inicio: se refiere a la fecha en que se empieza a gestionar la implementación de la actividad de mejora.

Fecha de término: Se refiere a la fecha en que debe haberse implementado la actividad de mejora planificada.

Responsables: Es la persona que asume la conducción de la actividad y que va a diseñar, ejecutar, monitorizar, evaluar e informar en el ámbito de su competencia las tareas que implique la actividad planificada. Para la viabilización de la misma coordina con la Jefatura de Servicio.

Evidencia objetiva: Se refiere a toda la documentación que evidencia la gestión y logro de los objetivos y metas de las actividades de mejora planificadas (cartas, planes, check list, informes, capacitación, reuniones, etc.)

ANEXO 15

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES "

Red Asistencial:
Centro Asistencial: **Servicio:**

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC. 1 Cama:		PAC. 2 Cama:		PAC. 3 Cama:		PAC. 4 Cama:		PAC. 5 Cama:		PAC. 6 Cama:		PAC. 7 Cama:		PAC. 8 Cama:		PAC. 9 Cama:		PAC. 10 Cama:		OBSERVACIONES / EVIDENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	El paciente porta pulsera de identificación																					
2	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI. (pac. servicios de hospitalización)																					
	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI, fecha y hora de ingreso (pac. servicios de emergencia)																					
	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI, fecha y hora de nacimiento (RN servicios de neonatología)																					
3	Consignación de datos legible (letra imprenta)																					
4	Los datos de la pulsera coinciden con la información otorgada por el paciente, familiar y/o acompañante)																					
5	Se verifica registro de procedimiento en la historia clínica (nota de ingreso)																					

N° mínimo de pasos observados 5

% de Cumplimiento	(5 = 100%)
Optimo	: 100%
Aceptable	: 90%
Crítico	: < de 90%

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO 16

INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADOR	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE REPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Proceso	1	% de pacientes con pulsera de identificación con datos correctos según protocolo	Trimestral	Historia Clínica Registros Escala aplicada, actualizada y al día
Resultado	2	% de Identificación errónea de pacientes	Mensual	Formato Reporte Mensual de Eventos Adversos
	3	% de actividades ejecutadas para la implementación de la Directiva	Trimestral	Informes

V°B° Dr. L. LOPEZ L. Gerente ESSALUD

V°B° Y. FALCON L. DEFENSORA ESSALUD

V°B° I. CHAW O. ESSALUD

PORCENTAJE DE PACIENTES CON PULSERA DE IDENTIFICACIÓN CON DATOS CORRECTOS SEGÚN PROTOCOLO

Nombre del Indicador	% de pacientes con pulsera de identificación con datos correctos según protocolo
Dimensión o dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	Todos los pacientes tienen derecho a una atención segura en todo momento. La inadecuada identificación de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia.
Fórmula / formato	Nº de Pacientes con Pulseras de identificación con datos correctos según protocolo x 100 Total de pacientes evaluados en el mismo periodo
Explicación de términos	Numerador: Es el número de pacientes que portan pulsera de identificación de pacientes. Denominador: Total de pacientes evaluados en el ingresos en un periodo
Población	Todos los pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios sometidos a procedimientos de apoyo al tratamiento y diagnostico
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	- Pauta de observación del uso de la pulsera con los datos correctos según directiva (rubro disposiciones). - Registro Oficial de Censo Diario. - Registros de enfermería. - Paciente.
Estándar / meta / umbral	Optimo : 100% Aceptable : 90% Crítico : < de 90%
Periodicidad	Mensual / Anual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Indicador trazador del Cuidado. En el 1er año de implementación se trabajara con el Umbral (90%). Protocolo de Identificación del Paciente-Seguridad Asistencial. Complejo Asistencial Dr. Sotero Del Río. Chile 2008

PORCENTAJE DE IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA DE PACIENTES

Nombre del Indicador	% de Identificación errónea de pacientes
Dimensión o dominio	Seguridad del paciente Dimensión técnica
Justificación	Identificación y análisis de incidentes de seguridad vinculados a la identificación incorrecta de pacientes
Fórmula / formato	N° de incidentes motivados por identificación errónea de del paciente x 100 Total de incidentes en un periodo
Explicación de términos	Numerador: Es el número de incidentes provocados por identificación errónea del paciente en un periodo Denominador: Total de incidentes en el mismo periodo
Población	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Registros de enfermería establecidos para la evaluación de riesgos y notificación de incidentes.
Estándar / meta / umbral	0%
Periodicidad	Mensual / anual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Indicador trazador del cuidado. En el 1er año de implementación se trabajará con el umbral (90%). Protocolo de identificación del paciente.

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DIRECTIVA

Nombre del Indicador	% de actividades ejecutadas para la implementación de la Directiva
Dimensión o dominio	Eficiencia Eficacia Dimensión del Entorno Administrativo
Justificación	Monitorear la implementación de actividades y barreras de seguridad descritas en los planes de intervención para la mejora, post análisis causa raíz.
Fórmula / formato	N° de actividades ejecutadas del Plan de implementación de Directiva x 100 --- Total de actividades planificadas en el Plan de implementación de Directiva
Explicación de términos	Numerador: Es el número de actividades desarrolladas para la implementación adecuada de la Directiva. Denominador: Total de actividades planificadas para la Implantación e implementación de la Directiva "Practicas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente"
Población	Jefe Departamento Jefe y/o Coordinadora de Servicio.
Tipo	Indicador de Proceso / Resultado
Fuente de datos	Plan de Implementación de Directiva Cartas Informes Documentos de Gestión Check list
Estándar / meta / umbral	Umbral 80%
Periodicidad	Mensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Se determina Umbral del 80%, para el 1er año de implementación, porque algunas de las intervenciones de mejora pueden estar asociadas a temas estructurales y de gestión de otras unidades, A partir del 2do año el umbral debe ser adecuado planificado de acuerdo a cada realidad

ANEXO 17

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de identificación del paciente. Oficina de Gestión de calidad y Control Interno de la Red Asistencial Rebagliati. Perú Lima 2011. Carta N° 401-GRAR-ESSALUD-2011.
2. Sistema de identificación del paciente del Hospital Nacional Docente madre niño "HONADOMANI". Oficina de Gestión de Calidad. Unidad de Seguridad del Paciente. Perú, Lima, 2008.
3. Protocolo de Identificación de Pacientes. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España, Mayo, 2010.
4. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Identificación de pacientes. Joint Commission International. Volumen 1. Solución 2. Mayo 2007.
5. ORTEGA VARGAS, Carolina; SUÁREZ VÁSQUEZ, María Guadalupe. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Edit. Medica Panamericana S.A. 2009.
6. Primera Guía de acción para el "Sistema Preventivo de seguridad del Paciente". Primera Estrategia Identificación Correcta del Paciente. México Agosto 2008.
7. Lineamientos y Acciones para identificación correcta de pacientes hospitalizados. Gobierno Federal. México 2011
8. Protocolo Identificación de Pacientes Seguridad Asistencial. Complejo Asistencial Dr. Sotero Del Río. Chile 2009.
9. Resolución N° 237 – 2008. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero.
10. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N° 1: La seguridad del Paciente: Un reto del sistema sanitario y un desafío para la formación. España 2005.
11. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N° 5: Prevención de los Sucesos Adversos. España, 2005.
12. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N.° 7: *No debería ocurrir y ¿por qué ocurrió?*: Estudio Prospectivo del Riesgo Asistencial y Valoración Retrospectiva de los Sucesos Adversos. España, 2005.
13. Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768 – 70.
14. TAYLOR- ADAMS, Sally; VICENT, Charles (Clinical Safety Research Unit. Imperial Colllege London, UK). "Protocolo de Londres".
15. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud "Sistema de registro y Notificación de Incidentes y de Eventos Adversos". España.
16. Organization Mundial de Salud "Who Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems". 2005.

EsSalud
Seguridad Social para todos

DIRECTIVA N° 010 - GG - ESSALUD - 2013

"PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN"

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUBGERENCIA DE CALIDAD
SUBGERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Resolución N.° 05-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Soledad Marín Lauri
Jefa de la Oficina de Evaluación de Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial Almenara
Lic. Gloria Torrelli Arotaipe
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Eliana Rodríguez Rodríguez
Past Jefe del Departamento Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Sonia del Rosario Hinostroza
Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Selina Mejía López
Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Rosario Ramírez Santome
Jefa del Servicio de Hematología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Esther Cotrina Montenegro
Enfermera responsable del fortalecimiento del Cuidado del Paciente Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Rosa Torres Carrizales
Lic. Rosita Moreno Macedo
Lic. Yoriela Escajadillo Lancho
Lic. Zoraida Barzola Bovio
Lic. Lucy Galindo Vila
Lic. Carolina Loayza Avalos
Enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Zelmira Manrique Morales
Past Subgerente de Calidad – OCYSP - DA

EQUIPO TÉCNICO DE VALIDACIÓN

Cartas Circulares N.° 38 y 39-DA-PE-EsSalud-2012

Lic. Carmen Amalia Laos Prada
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Base Red Asistencial Ica
Lic. Lilian Félix Contreras
Jefa del Servicio de Enfermería de Neurología Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Ruby Palomino Carrión
Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara
Lic. Vicenta Matilde Cáceres Casado
Coordinadora del Servicio de Enfermería del Policlínico Chincha Red Asistencial Rebagliati
Lic. Blanca Beltrán Aguilar
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Base Red Asistencial Tacna
Lic. Ángela Beltrán Cáceres
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Base Red Asistencial Puno
Lic. Digna Quispe Medina
Coordinadora del Servicio de Enfermería CAP III San Juan de Lurigancho de la Red Asistencial Almenara
Lic. Sonia Mónica Echevarria Sánchez
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital III Angamos de la Red Asistencial Rebagliati
Lic. Giovanna Rosario López Contreras
Jefa del Servicio de Enfermería UCIM del Hospital III Angamos de la Red Asistencial Almenara
Lic. Elizabeth Chávez Rabanal
Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital Base Red Asistencial Piura
Lic. Emperatriz Jiménez Landavery
Jefa del Servicio de Enfermería Cardiología Hospital Base Red Asistencial Piura
Lic. Miriam Sotelo Aedo
Coordinadora de Enfermería del CAS Sicuani
Lic. Reyna Ponce Ccopa
Coordinadora de Servicio de Enfermería del Hospital Base Puno
Lic. Tula Talledo Aguirre
Jefa del Servicio de Enfermería. Red Asistencial Piura
Lic. Clorinda Victoria Tapia Lobatón
Enfermera de la Oficina de Inteligencia Sanitaria Red Asistencial Cusco
Lic. Martha Caballero Lejano
Jefa del servicio de enfermería del Hospital Luis Negreiros

FUNCIONARIOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva de EsSalud

ING. RAMÓN ALBERTO HUAPAYA RAYGADA
Gerente General

DR. JOSÉ GERARDO VELARDE SALAZAR
Secretario General

DRA. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA
Gerenta Central de Prestaciones de Salud

LIC. RAQUEL PALOMINO ZÁRATE
Jefe de la Oficina de Relaciones Institucionales

DRA. YOLANDA CAROLINA FALCÓN LIZARASO
Defensora del Asegurado

DRA. ISABEL CRISTINA CHAW ORTEGA
Jefa de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

DR. LUIS HUMBERTO SEVILLANO MORALES
Subgerente de Calidad

DR. RICARDO DEXTRE BAZALAR
Subgerente de Seguridad del Paciente

PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ÍNDICE

I. OBJETIVO..... 05

II. FINALIDAD..... 05

III. BASE LEGAL..... 05

IV. ALCANCE..... 05

V. RESPONSABILIDAD..... 06

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... 06

VII. DISPOSICIONES..... 07

VIII. ANEXOS..... 12

I. OBJETIVO

Disminuir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión, como indicador de calidad de los cuidados de enfermería en los centros asistenciales de EsSalud.

II. FINALIDAD

Estandarizar las acciones preventivas y curativas para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión desde una perspectiva integral e individualizada.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA; y normas modificatorias.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y normas modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".
8. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
9. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprobó la NTS N.° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD- 2012, que aprobó el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332–PE-ESSALUD-2011, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
13. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprobó la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007 "Normas marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en ESSALUD".

IV. ALCANCE

La presente directiva es de aplicación en las Redes Asistenciales, Institutos, Centros Especializados, Gerencia de Oferta Flexible y otros lugares de atención de salud del Seguro Social de Salud, ESSALUD.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la siguiente directiva:

- Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Gerentes o Directores de Redes Asistenciales.
- Directores de los Centros Asistenciales.
- Jefes de las Oficinas de Evaluación de Procesos de Cuidado del Paciente.
- Jefes de las Oficinas de Gestión de Calidad o Planeamiento y Calidad o similar.
- Jefes de Departamento, así como Jefes y Coordinadores de servicios.
- Personal asistencial y administrativo de los Centros Asistenciales.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
   Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (Agency for Healthcare and Research de los EE UU)
2. **Atención segura**: Es la intervención asistencial, que incorpora la mejor evidencia disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de eliminar lesiones accidentales, y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
3. **Buenas prácticas de atención:** Son aquellas prácticas que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención en salud, sobre las que hay evidencia consistente.
4. **Cultura de seguridad:** Es el entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras (Scott-Cawiezell y colaboradores). En el ámbito académico, también se utiliza el término de seguridad psicológica (Tucker y colaboradores), el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo. Recientemente, Khatri y colaboradores afirman que "desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia".
5. **Evento adverso:** Es una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
6. **Factores de riesgo:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
7. **Factores extrínsecos o ambientales:** Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente que pueden facilitar la aparición de úlceras por presión o incrementar las consecuencias graves de éstas (Haines, Cornwell, Fleming, Varghese, & Gray, 2008).

8. **Factores del paciente o intrínsecos:** Son aquellos factores asociados a la situación personal y clínica del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de úlceras por presión(Kim, Lee, & Eom, 2008),
9. **Úlceras por presión (UPP):** Puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.
10. **Riesgo de úlceras por presión:** Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxigeno a los tejidos. Sin embargo, existen una serie de situaciones o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras en la situación propicia.
11. **Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana y la dimensión técnica, mostrando actitud de tolerancia sensibilidad, respeto y amor.
12. **Escala de valoración:** Instrumento mediante la cual se mide y debe ser usado como un complemento del juicio clínico y no de forma aislada respecto a otros aspectos clínicos.
13. **Escala de Norton** Es una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP). Cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el estado menos favorable y el 4 el más favorable, con puntuaciones totales que varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5. Interpretación:
    - Alto riesgo: 12 o menos puntos.
    - Riesgo medio: Entre 12 y 16 puntos.
    - Bajo riesgo: Entre 16 y 20 puntos
14. **Reporte de enfermería:** Es el tiempo que emplea la enfermera (o) al finalizar el turno para dar informe a la enfermera del turno siguiente sobre el servicio, la situación de los pacientes y su evolución, así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
15. **PADOMI:** Es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.
16. **COPHOES:** Es la unidad que brinda control post hospitalario especializado al paciente que requiere continuidad en la atención de salud (completar tratamiento, cuidados por enfermedad crónica) posterior a hospitalización. La atención se brinda en domicilio mejorando la calidad de vida en aquellos pacientes con enfermedad e incapacidad de desplazamiento al centro asistencial.

VII. DISPOSICIONES

7.1 Disposiciones para la prevención de úlceras por presión.

7.1.1 Identificación de pacientes en riesgo de úlceras por presión

a) Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización mediante: la aplicación de la Escala de Norton. (Anexo 1, 2 y 3).
b) Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.
c) Reevaluar periódicamente el riesgo y siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.

7.1.2 Aplicación de medidas de prevención

a) Aplicación de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión. (Anexo 4 y 5).
b) Educación al paciente y familia para la prevención y cuidado de úlceras por presión.
c) Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
d) Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
e) Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente y familia considerando:
   - Conceptos y técnicas en relación con la higiene del paciente (aseo, uso de jabones y cremas, cambio de pañal).
   - Conceptos sobre nutrición (necesidad de una dieta rica en proteínas, vitaminas B y C, hierro con adecuado aporte calórico y líquidos).
   - Conceptos y técnicas de cambio postural y movilización
   - Apoyo emocional
   - Participación de la familia en el acompañamiento al paciente.
f) Provisión de recursos humanos, material médico, insumos y equipos para la prevención y manejo eficiente de úlceras por presión. Considerando:

Colchones de Prevención de Contacto	Protectores
Aire Agua Poliuretano Látex	Crema hidratante de piel Taloneras Piel de cordero Cojines de silicona

7.2 Disposiciones para la intervención y mitigación del daño

7.2.1 Registro y notificación de úlcera por presión.

Toda úlcera por presión, debe ser valorada, diagnosticada e informada al médico tratante, médico del servicio y al profesional Jefe y/o Coordinadora de Servicio Asistencial. (Anexo 6).

a) El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, apertura la tarjeta de control, valoración, diagnostico, evolución y destino de pacientes con úlceras por presión. (Anexo 7)
b) El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, realiza la notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en formato registro diario de úlceras por presión instaurado en los servicios de hospitalización. (Anexo 8)
c) El profesional de la salud a cargo de la supervisión, jefatura o coordinación del servicio consolida el "Reporte mensual de indicadores de úlceras por presión" (incidencia y prevalencia) y deriva a la Jefatura de Departamento o Servicio. (Anexo 9).

d) El jefe de departamento o servicio consolida y deriva copia a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Planeamiento y Calidad y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red Asistencial.
e) Las oficinas de Gestión de la Calidad y unidades de Planeamiento y Calidad o similar actualizan la base de datos de eventos adversos a nivel de centro asistencial y de la Red Asistencial.

7.2.2 Intervención inicial y cuidado de úlceras por presión

a) Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos. (Anexo 10 y 11)
b) Coordinación con la unidad de úlceras por presión (en los centros donde está implementada) para curación de úlceras por presión grados III y IV, mediante interconsultas.
c) Registro de curaciones en "kárdex de curaciones de úlceras por presión". (Anexo 12)
d) Seguimiento de la evolución de las úlceras por presión de pacientes hospitalizados y atendidos en domicilio en formato de "seguimiento de la evolución". (Anexo 13)

7.2.3 Prevención del incremento del grado de la úlcera por presión (mitigación del daño)

a) Seguimiento de la evolución de las úlceras por presión. (Anexo 13)
b) Supervisión y monitoreo del cumplimiento de la "Guía de curación de úlceras por presión por Estadíos".
c) Comunicación diaria del estado de la úlcera por presión al médico responsable de la visita médica.
d) Coordinación estrecha con servicios de cirugía plástica, farmacia, consulta externa, emergencia, hospitalización, COPHOES.
e) Educación a familia y/o cuidador al momento del alta.
f) Entrega de carnet de valoración de las úlceras por presión al Alta, para continuidad del cuidado. (Anexo 14)

7.3 Disposiciones para el análisis del evento adverso (úlcera por presión):

El requisito mínimo para la realización del análisis causa raíz de un evento adverso, es la conformación de un equipo de investigación y análisis de eventos adversos a nivel de departamento y/o servicio.

7.3.1 Organización y funcionamiento del equipo de investigación de eventos adversos

a) Debe estar integrado por 3 o 4 profesionales de diversos grupos ocupacionales, con un mínimo de 3 años de experiencia en el ejercicio profesional.
b) La conformación debe ser formalizada mediante Resolución de Gerencia / Dirección de Red o Resolución Directoral del CAS.
c) Para el cumplimiento de sus funciones el departamento y/o servicio convoca al equipo cada vez que identifique la ocurrencia del evento adverso úlcera por presión. (Anexo 15).

7.3.2 Investigación y análisis de eventos adversos.

Para el análisis causa raíz, el equipo de investigación y análisis de eventos adversos debe cumplir las siguientes etapas:

a) Recopilación y organización de información:

Se realiza en las primeras 48 horas e incluye:

- Revisión de documentación clínica (historia clínica, registros, protocolos, guías de procedimientos, diagrama de flujo del proceso o subproceso, normas y directivas relacionadas con el evento adverso).
- Visita in situ al servicio donde ocurrió el evento adverso (recorrido de las instalaciones, evidencia física de las condiciones del mobiliario, programación de insumos y materiales para el cuidado y prevención de úlcera por presión, recursos humanos, análisis de carga laboral vs. grado de dependencia de pacientes).
- Evaluación de índice de rotación y disponibilidad de personal.
- Entrevista al personal (registro de declaraciones y observaciones inmediatas. (Anexo 16).

b) Elaboración del mapa de los hechos. desarrollo de los acontecimientos

- Implica el registro de la información obtenida en la narración del evento y tabla cronológica ocurrido. (Anexo 17 y 18).

c) Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños (Anexo 19)

- Análisis de la información para la identificación de causas utilizando el diagrama causa – efecto y la clasificación de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA).
- Diagnóstico de la existencia de barreras para la prevención de daños mediante la identificación de acciones inseguras por factores contributivos.

d) Elaboración de informe

- El informe final debe tener la siguiente estructura: nombres de los integrantes, equipo investigador, objetivos, actividades realizadas, metodología, conclusiones y recomendaciones. (Anexo 20).
- Las conclusiones deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).
- Las recomendaciones deben orientar la eliminación o mitigación de las acciones inseguras y orientar la formulación del plan de intervención.

7.3.3 Elaboración del Plan de Intervención para la Mejora

a) En base a las recomendaciones formuladas por el equipo de investigación y análisis de eventos adversos, el profesional encargado de la jefatura o coordinación del servicio asistencial donde se identificó el evento adverso úlcera por presión (incidencia), elabora el plan de intervención para la mejora, estableciendo plazos y responsables, y este es presentado a la jefatura de Departamento o Servicio Asistencial dentro de las 72 horas de recibido el informe.
b) La retroalimentación del informe de investigación y análisis del evento adverso úlcera por presión al personal asistencial del servicio implicado, es realizado por el Jefe y/o Coordinador del Servicio, conjuntamente el plan de intervención para la mejora.
c) Los profesionales encargados de las gerencias y direcciones de redes asistenciales, y direcciones de centros asistenciales viabilizan la implementación del plan de intervención presentado por el profesional responsable de la jefatura de departamento o servicio.
d) El monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del plan de intervención para la mejora está a cargo del profesional responsable de la jefatura del departamento (representada por la supervisora, en los centros asistenciales donde corresponda), o responsable de la jefatura o coordinación del servicio.
e) La jefatura o coordinación del servicio informa mensualmente las actividades implementadas, así como el avance y logros obtenidos.

7.4 Disposiciones para la implementación de la directiva

7.4.1 Implantación e implementación de la directiva en los centros asistenciales de EsSalud

a) Difusión de normativa en físico y digital a todos los servicios de los centros asistenciales de EsSalud e instancias administrativas para el apoyo logístico correspondiente.
b) Realizada la difusión, se debe planificar estrategias que favorezcan la implementación considerando jornadas de sensibilización permanentes.
c) Desarrollo de módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, prevención y curación de úlcera por presión, análisis causa raíz, gestión del riesgo. Considerar en el abordaje de temas con metodológicas participativas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.
d) Las actividades de implementación de la directiva forman parte de las iniciativas de gestión, según corresponda, prioritariamente del departamento y servicios de enfermería.
e) Los jefes de departamento y servicio deben programar y gestionar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para su implementación (insumos, mobiliario hospitalario y material médico de prevención y curación).

7.4.2 Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en los centros asistenciales de EsSalud

Los procesos de supervisión deben ser trimestrales mediante la aplicación de la lista de chequeo "Cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de úlcera por presión". (Anexo 22). La supervisión y evaluación está a cargo del profesional responsable de la jefatura y coordinación del Servicio (Supervisora en los CAS donde se cuente con el recurso). La técnica a utilizar es la observación, entrevista y revisión documentaria.

La evaluación de la implementación y aplicación de la Directiva se hará mediante indicadores. (Anexo 23).

a) Porcentaje de pacientes con valoración de riesgos de úlcera por presión al ingreso.
b) Porcentaje de cumplimiento de la guía de prevención de úlcera por presión en pacientes diagnosticados con riesgo.
c) Porcentaje de cumplimiento de la guía de curaciones en pacientes con úlcera por presión.
d) Porcentaje de úlceras por presión.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01
	VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)	

DEFINICIÓN:
Método de identificación del riesgo de presentar úlceras por presión basada en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las Escalas de Valoración de Riesgo.

OBJETIVO:
Valorar el grado de riesgo de desarrollar UPP de una manera efectiva y fiable.

INDICACIONES:
Al ingreso y cada vez que se observen los siguientes cambios relevantes:
- Una intervención quirúrgica superior a diez horas.
- La aparición de isquemia por cualquier causa.
- Los períodos de hipotensión.
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
- Las pérdidas de movilidad de cualquier origen.
- Las pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas, como por ejemplo la arteriografía o el cateterismo cardíaco.

En cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración.

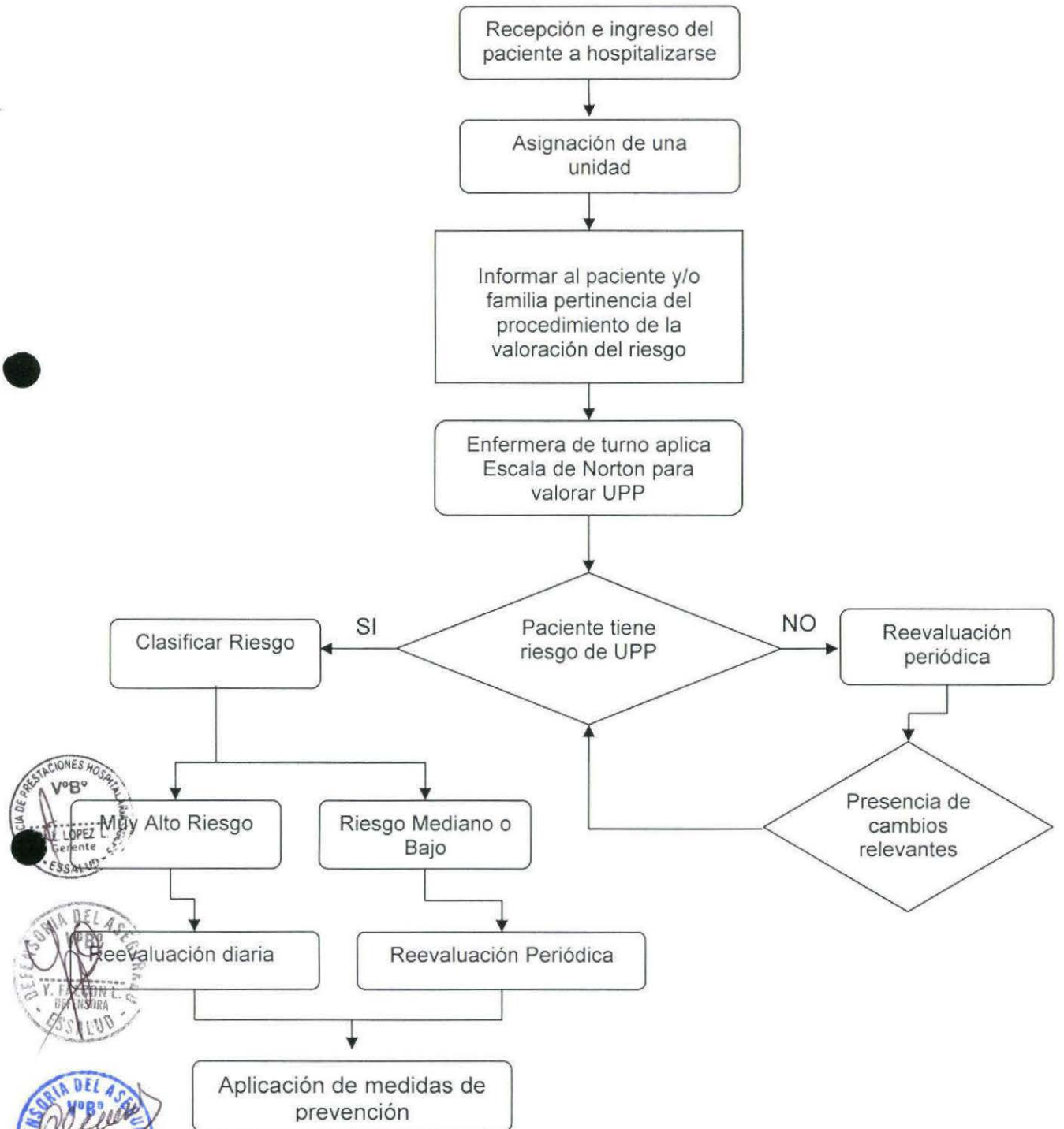
MATERIAL
- Instrumento "Escala de Norton"
- Guantes.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recepción del paciente e ingreso al servicio de hospitalización.	Profesional responsable del cuidado del paciente
02	Informar al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una UPP y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir su aparición.	Profesional responsable del cuidado del paciente
03	Realizar la valoración inicial de ingreso, según la Escala de Norton, de acuerdo a los cinco aspectos considerados.	Profesional responsable del cuidado del paciente
04	Registrar el resultado de la valoración y firma - sello de responsable de la evaluación, en el instrumento "Valoración del riesgo de úlcera de presión".	Profesional responsable del cuidado del paciente
05	Reevaluación periódica (cada 48 - 72 horas), en caso de no observarse cambios relevantes según evolución de paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
06	Reevaluación diaria en pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados en servicios de cuidados críticos.	Profesional responsable del cuidado del paciente
07	Aplicar cuidados en función del resultado obtenido, si el riesgo es alto aplicar acciones de prevención.-	Profesional responsable del cuidado del paciente
08	Registrar los cuidados y medidas preventivas en instrumentos de historia clínica.	Profesional responsable del cuidado del paciente

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

FLUJOGRAMA DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP)



Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 – 2012

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN (ESCALA DE NORTON)

SERVICIO: ..... CAMA: .....

APELLIDOS Y NOMBRES DE PACIENTE: .....

N° AUTOGENERADO Y/O HISTORIA CLÍNICA: .....

Variables		FECHA DE EVALUACIONES				
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
a) Condición Física	Buena	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3
	Pobre	2	2	2	2	2
	Muy Mala	1	1	1	1	1
b) Estado Mental	Orientado	4	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2
	Inconsciente	1	1	1	1	1
c) Actividad	Deambula	4	4	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3	3	3
	Cama / Silla	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1
d) Movilidad	Total	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1	1
e) Incontinencia	Control	4	4	4	4	4
	Incontinencia ocasional	3	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2	2
	Urinaria - Fecal	1	1	1	1	1
Puntaje Obtenido						
Firma y sello enfermera						

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5 - 11
2	Evidente Riesgo de Úlceras en posible formación	12 - 14
3	Bajo	15 - 20

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

INSTRUCTIVO PARA REGISTRO CORRECTO DE INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN (ESCALA DE NORTON)

1. CONDICIÓN FÍSICA:

Paciente con buena condición física: Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal.
Puede ser por:
- Comer siempre la dieta pautada.
- Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada.
- Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar.

Paciente con regular condición física: Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias.

Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso.
Muestra aspecto seco de piel y relleno capilar lento.
Puede ser por:
- Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

Paciente en condición física pobre: Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, entre otros) puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.
Puede ser por:
- Temperatura corporal: de 37.5° C a 38° C.
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.
- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia).
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

Paciente en condición física muy mala: No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia).
Puede ser también por:
- No tener ingesta oral, enteral, ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.
- Temperatura >38.5 °C ó <35.5 °C

2. ESTADO MENTAL:

Paciente orientado: Es aquel paciente que está orientado y consciente.

- Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo.
- Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente apático: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio.
- Puede estar desorientado.
- No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita de nuestra ayuda.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente confuso (letárgico): Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.
- No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.

Paciente inconsciente o comatoso: Es aquel paciente que tiene perdida de consciencia y de sensibilidad.
- No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

3. ACTIVIDAD:

Paciente que deambula: Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

Paciente que deambula con ayuda: Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).

Paciente en cama / silla: No puede deambular solo (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

Paciente encamado: No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación.

4. MOVILIDAD:

Paciente con movilidad total (completa): Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

Paciente con movilidad disminuida: Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos, invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos u otros). No necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente con movilidad muy limitada: Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, u otros) como por causas propias (desorden cerebro vascular, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejía), que le produce un

aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente inmóvil o encamado 24 horas: Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente.

5. INCONTINENCIA:

Paciente que tiene control (continente): Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de catéter vesical permanente.

Paciente con incontinencia ocasional: Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.

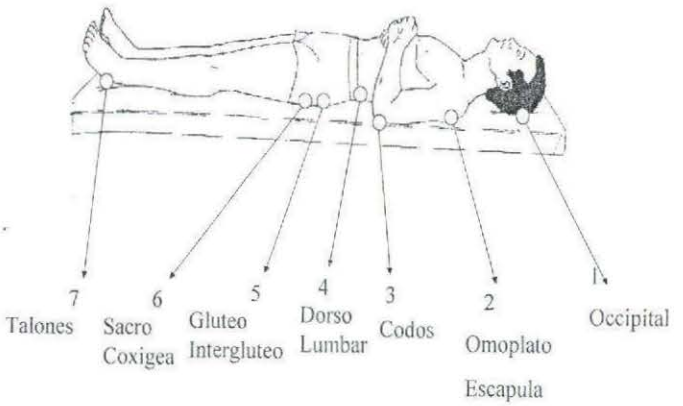
Paciente con incontinencia urinaria: Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical y no lleva catéter ni dispositivo colector.

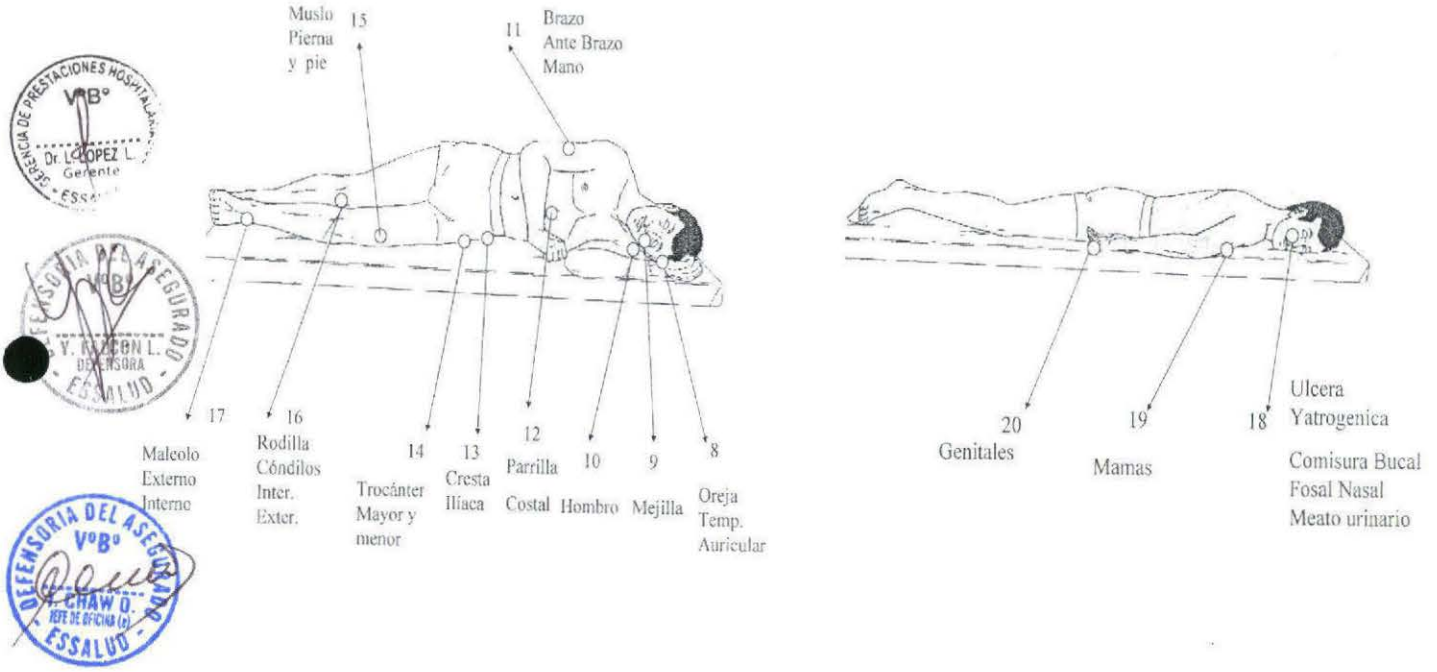
Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

ANEXO 3

IDENTIFICACIÓN DE POSICIONES PARA DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN





Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

N.°	ZONA	N.°	ZONA
1	OCCIPITAL	11	BRAZO- ANTEBRAZO- MANO
2	OMOPLATO – ESCÁPULA	12	PARRILLA COSTAL
3	CODOS	13	CRESTA ILIACA
4	DORSO LUMBAR	14	TROCÁNTER – MAYOR Y MENOR
5	GLÚTEO – INTERGLÚTEO	15	MUSLO-PIERNA-PIE
6	SACRO-COXÍGEA	16	RODILLA-CÓNDILOS INTERNO Y EXTERNO
7	TALONES	17	MALÉOLO INTERNO Y EXTERNO
8	OREJA TEMPOROAURICULAR	18	ÚLCERA IATROGÉNICA: COMISURA BUCAL, FOSA NASAL, MEATO URINARIO
9	MEJILLA	19	MAMAS
10	HOMBROS	20	GENITALES

ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADIO I	ENROJECIMIENTO DE PIEL Y ERITEMA
ESTADIO II	LESIÓN DÉRMICA - PIEL AGRIETADA
ESTADIO III	ULCERACIÓN
ESTADIO IV	PÉRDIDA DE SUSTANCIA Y EXCAVACIÓN

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO N° 4

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión : 01
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 02

DEFINICIÓN:
Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a "él". (M. J. Armendáriz 1999)

OBJETIVO:
Unificar criterios en la aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión.
Contribuir en el cuidado de la piel y control del riesgo de formación de úlceras por presión.

INDICACIONES:
En todo paciente adulto / pediátrico postrado en cama

MATERIALES:
- Guantes.
- Crema hidratante con vitaminas.
- Almohadas.
- Suero fisiológico salino en baño maría.
- Apósitos hidrocoloides o hidrocoloide en gel.
- Colchón anti escaras (si fuera posible).

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
2	Preparar psicológicamente al paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
3	Evaluar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.	Profesional responsable del cuidado del paciente
4	Identificar los factores de riesgo como incontinencia urinaria, deposiciones líquidas, etc.; para actuar disminuyendo o evitando el contacto con la piel.	Profesional responsable del cuidado del paciente
5	Para el baño del paciente, utilizar agua tibia y jabón de glicerina en la higiene diaria y realizar el secado meticuloso sin fricción.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
6	Usar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel muy seca (no utilizar: colonias, alcohol, talco). No se aconseja hacer masaje sobre las prominencias óseas.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
7	Realizar ejercicios pasivos, teniendo en cuenta la condición hemodinámica del usuario.	Profesional responsable del cuidado del paciente

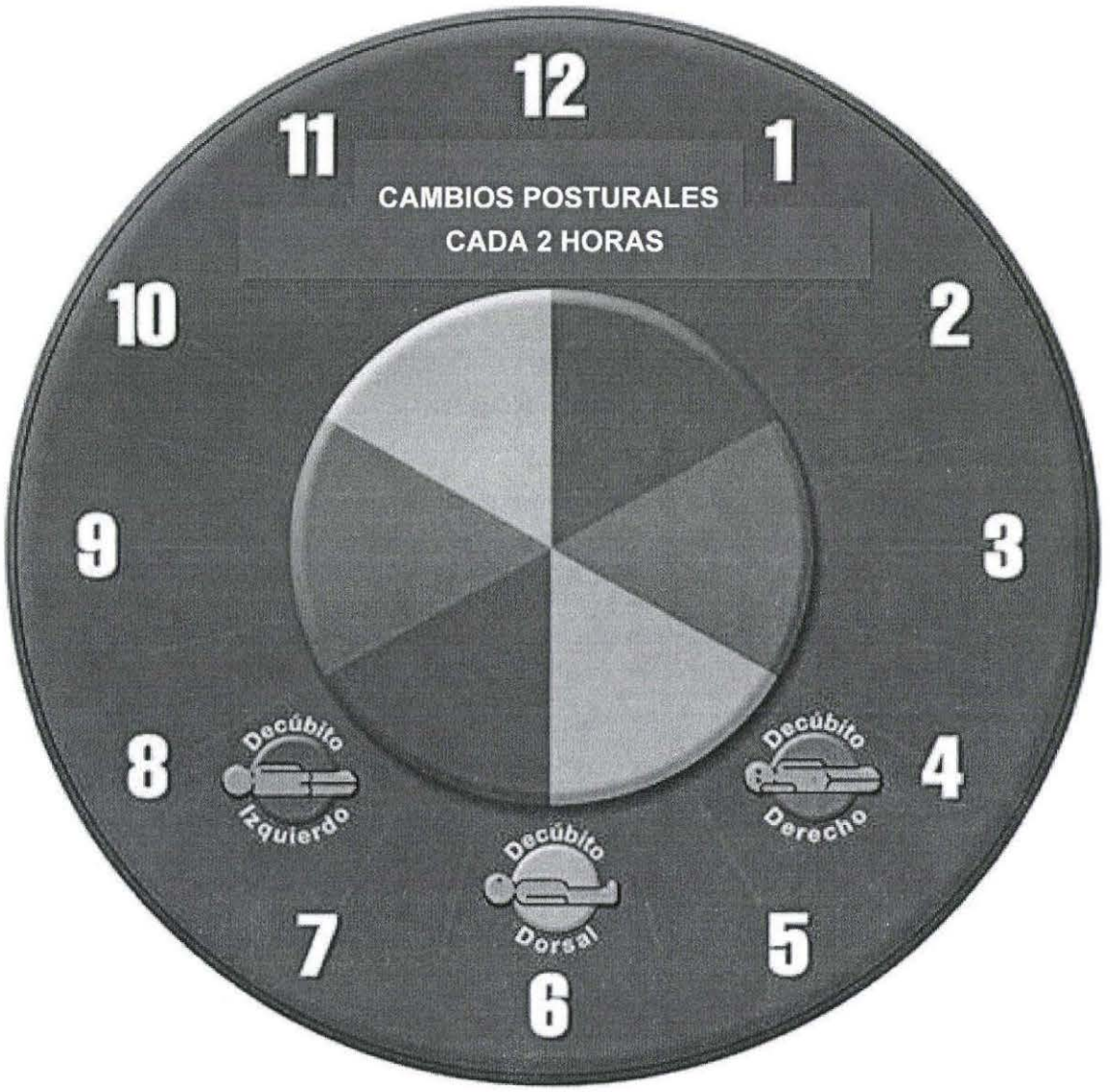
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 02 de 02
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
8	Realizar cambios posturales cada dos horas y si está sentado recolocarlo cada hora, reajustando la programación a las necesidades individuales de cada usuario. Utilizar RELOJ DE CAMBIOS POSTURALES PARA PREVENCIÓN DE UPP.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
9	Mantener la ropa del usuario limpia, seca; y las sabanas, soleras, lisas sin dobleces, ni objetos, que produzcan presión sobre la piel del usuario.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
10	Utilizar almohadas, cojines y otros para proporcionar efecto de puente por encima y por debajo de la zona de riesgo y/o zonas de presión, de modo que el área afectada no toque la superficie de la cama.	Profesional responsable del cuidado del paciente / Técnico de Enfermería
11	Utilizar colchón anti escaras (si fuera posible) para disminuir la presión en sitios susceptibles, extendiendo la superficie de apoyo, distribuyendo el peso del paciente.	Profesional responsable del cuidado del paciente
12	En caso se presente la úlcera por presión, identificar el grado y realizar la curación de acuerdo a guía de procedimiento.	Profesional responsable del cuidado del paciente
13	Asegurar la ingesta de líquidos y dieta hiperproteica. La dieta del paciente con ulcera por presión deberá garantizar el aporte mínimo de: líquidos, calorías, proteínas, minerales, vitaminas: A, B, C, ácido fólico y zinc.	Profesional responsable del cuidado del paciente
14	Educar a paciente y familia reforzando medidas preventivas.	Profesional responsable del cuidado del paciente
15	Realizar el registro en las anotaciones de enfermería y en caso se detecte una úlcera por presión debe aperturar la TARJETA DE CONTROL correspondiente. (Anexo 7)	Profesional responsable del cuidado del paciente

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO N° 5

RELOJ DE CAMBIOS POSTURALES PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)



Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO 6

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO: ÚLCERAS POR PRESIÓN	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

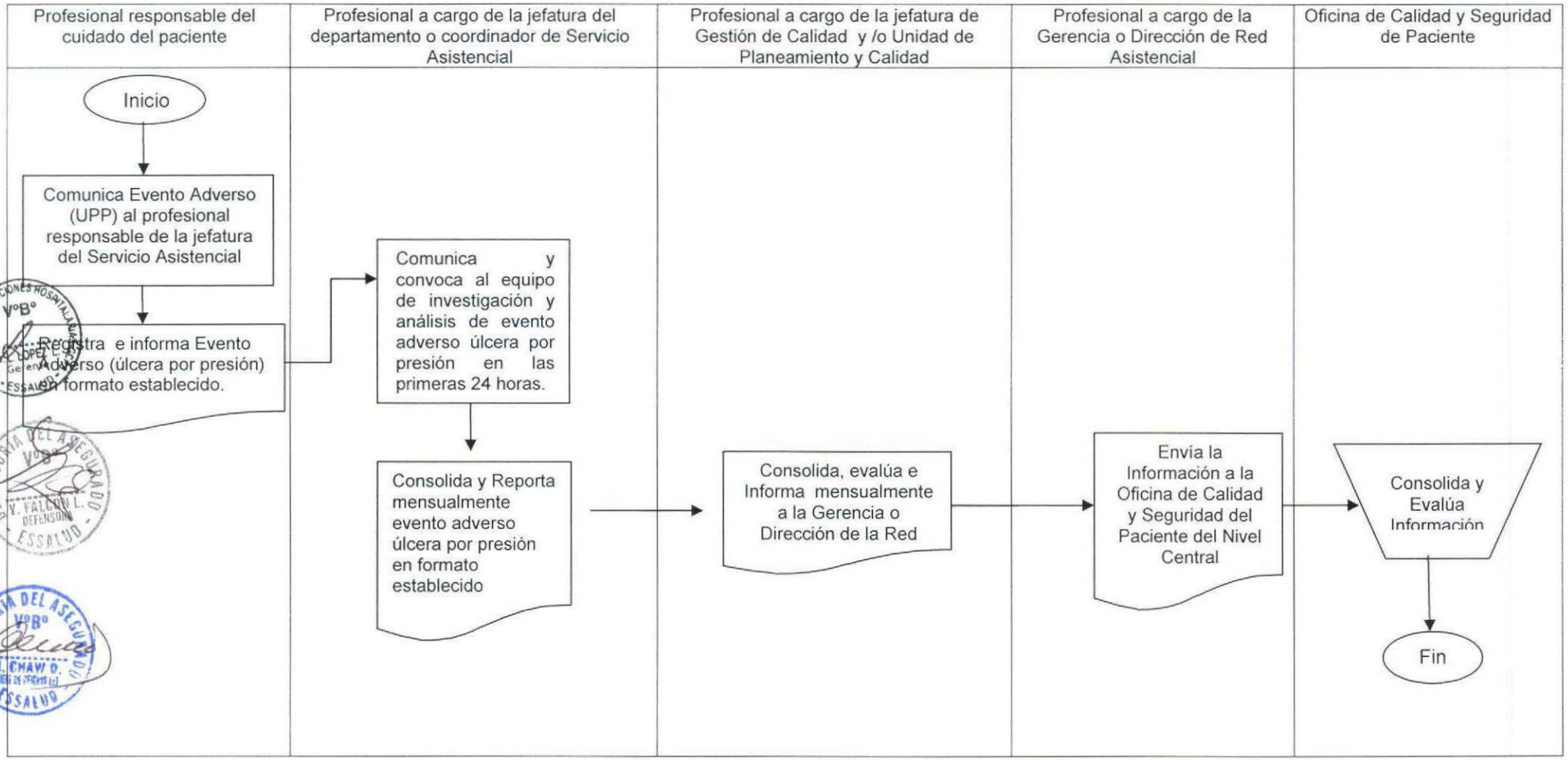
DEFINICIÓN:
Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

OBJETIVO:
Implementar una cultura de reporte a través de la notificación y registro del evento adversos: úlceras por presión, que permita realizar el seguimiento y mejora del indicador.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud, PADOMI, COPHOES.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Valoración y curación de úlcera por presión de acuerdo a estadio.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
2	Comunicar al jefe de Servicio, registrar y aperturar tarjeta de Control (Anexo 7).	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
3	Aplica cuidados de prevención para mitigación del daño y valoración continua del personal profesional.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
4	De acuerdo a estadío se elabora interconsulta a la unidad de prevención de úlceras por presión.	Enfermera o profesional de la salud responsables del cuidado del paciente.
5	Informa evento adverso úlcera por presión a la Jefatura de Departamento y Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
6	Comunica la úlcera por presión al comité de investigación y análisis del evento adverso, dentro de las primeras 24 horas.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
7	Consolida y envía mensualmente al Departamento y/o Servicio Asistencial del Centro Asistencial la incidencia de úlceras por presión de pacientes. Anexo 8 y 9.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
8	Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de úlceras por presión a la Oficina de Gestión de Calidad y/o Unidad de Planeamiento y Calidad o similar de cada CAS.	Profesional a cargo de la jefatura del Servicio Asistencial
9	Envía la información a la Oficina de Gestión de Calidad o similar de la Red Asistencial y a la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red.	Profesional a cargo de la Gerencia y Dirección de los centros asistenciales
10	Evalúa y consolida la información enviada por los Gerentes de Red Asistencial y/o Director del Centro Asistencial e informa a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente del Nivel Central a través de la Gerencia de Red Asistencial.	Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad

DIAGRAMA DE FLUJO NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTO ADVERSO ÚLCERAS POR PRESIÓN (INCIDENCIA)



ANEXO N° 7

TARJETA DE CONTROL: VALORACIÓN, DIAGNOSTICO y EVOLUCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE EDAD. FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL
N° SEGURO: DIAGNÒSTICO MÈDICO: FECHA DE DETECCION DE LA ULCERA POR PRESION:
PROCEDENCIA DE LA ULCERA AL INGRESO: DOMICILIO: CLINICA - HOSPITAL:
PROCEDENCIA DE LA ULCERA DURANTE LA ESTANCIA: PROPIO SERVICIO OTRO SERVICIO:

SITUACION DETECTADA AL/EN:	SERVICIO DE DETECCION DE ULCERA POR PRESION	INICIDENCIA Y/O PREVALENCIA DE ULCERAS EN EL SERVICIO	FECHA DE VALORACION	HORA	GRADO DE RIESGOS (Norton)	ESTADIO	LOCALIZACION	TAMAÑO (Largo x Ancho)	ENFERMERA RESPONSABLE DE VALORACION	ESTANCIA HOSPITALARIA A LA EVALUACION (Dias)	LUGAR DE DESTINO	OBSERVACIONES
AL INGRESO												
DURANTE LA ESTANCIA												
CONDICIÓN AL ALTA												
AL INGRESO												
DURANTE LA ESTANCIA												
CONDICIÓN AL ALTA												
AL INGRESO												
DURANTE LA ESTANCIA												
CONDICIÓN AL ALTA												

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

INSTRUCTIVO PARA USO DE LA TARJETA DE DIAGNOSTICO, VALORACIÓN, EVOLUCIÓN y DESTINO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

DEFINICIÓN:

La tarjeta de "control para detección, valoración y evolución de úlceras por presión", es un instrumento que la enfermera aplica al ingreso del paciente al servicio y/o cuando presenta modificación en su estado de salud, se registra datos de los pacientes portadores de úlceras por presión en los diferentes estadios así como la evolución y estadio de las úlceras por presión al alta o transferencia.

PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO.

- Responsable.- Es la enfermera que valora al paciente y detecta la presencia de la úlcera por presión.
- Valoración.- Se realiza bajo los parámetros establecidos en el presente documento, utilizando la Escala de Norton Modificada.
- Ámbito de ejecución.- En todos los servicios de hospitalización de los centros asistenciales de EsSalud, PADOMI y COPHOES.

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO.

- **Apellidos y nombres del paciente.**- Consignar los datos completos del paciente.
- **Edad.-** Registrar la edad de acuerdo a los documentos sustentatorios al momento de la admisión.
- **Sexo.-** Masculino o femenino según corresponda.
- **Fecha de ingreso al hospital.**- Registrar día, mes y año según corresponda.
- **N.° de seguro social**.- Anotar el número autogenerado completo con números y letras
- **Diagnóstico médico**.- Consignar el diagnóstico médico registrado en la historia clínica del paciente.
- **Fecha de detección de úlcera por presión**.- Colocar día mes y año según corresponda.
- **Procedencia de la úlcera al ingreso**.- Se registra la procedencia de la úlcera que al momento del ingreso se detecta:
  - Extrahospitalaria: domicilio, hospital o clínica.
  - Procedencia de la úlcera durante la estancia hospitalaria.- corresponde a la procedencia exclusivamente.
  - Intrahospitalaria: propio servicio u otro servicio de donde procede.
- **Situación detectada Al/En**.- de acuerdo al momento de la identificación y/o valoración de la úlcera por presión, (ingreso, evolución, alta) hacer uso individualizado del respectivo casillero para cada úlcera.
  - Ingreso y/o inicio: Corresponde al momento de la detección de la úlcera por presión.
  - Evolución: se registra la valoración de la úlcera detectada al inicio o durante la estancia hospitalaria, en unidades criticas cada 24 o 48 horas en hospitalización cada 72 horas.
  - Alta: Registrar la valoración del estadio de la úlcera por presión al momento del alta, transferencia o fallecimiento.

- **Servicio de detección de úlcera por presión**.- Según corresponda anotar el servicio donde se detecta la presencia de la úlcera por presión.
- **Incidencia y/ o prevalencia de úlceras en el servicio**.-
  - Incidencia.- Esta referida al registro de las úlceras por presión producidas en el servicio a partir de la fecha de ingreso con el código (1)
  - Prevalencia.- Referida a los pacientes portadores de una úlcera con la misma localización detectada al ingreso del servicio y que son transferidos a otro servicio, la enfermera responsable certifica la coincidencia de la localización de la úlcera registrada inicialmente. En caso de haber curado la úlcera y esta se produce nuevamente en la misma zona se considera prevalencia, en ambos casos registrar con el código (2)
- **Fecha da valoración y hora.-** Registrar según corresponda, es importante consignar los datos completos para determinar los indicadores de eficiencia y eficacia.
- **Grado de riesgo.-** Aplicar la tabla de Norton modificada y consignar el puntaje de acuerdo al estado del paciente.
- **Estadio.-** Clasificar según la escala de Norton, teniendo en cuenta que para determinar la eficiencia del servicio se ha incrementado un estadio al que se le denominado estadio "0" correspondiente a la úlcera cerrada ver parámetros de la escala.
- **Localización.-** Definir la localización según la tabla específica haciendo uso de la codificación según corresponda del 1 al 20.
- **Tamaño.-** Para registrar estos datos, la enfermera hará uso de una escala de medición (regla o centímetro. Tomando como punto de referencia el borde inicial hacia el borde final, siguiendo el sentido de la brújula (norte a sur). Hay que tener en cuenta que para realizar la siguiente medición se debe hacer uso de la misma técnica por lo cual debe quedar registrada en las notas de Enfermería.
- **Enfermera responsable de valoración.-** Consignar nombre y N.° de colegiatura.
- **Estancia hospitalaria a la evaluación**.- Relacionada a la fecha de ingreso del paciente a la institución, se encuentra registrada en los datos generales (parte superior del registro) y la fecha de valoración – identificación de la úlcera. Para determinar la estancia al momento del alta, se consignara el tiempo que ha transcurrido desde el ingreso al hospital a la fecha de alta del paciente.
- **Lugar de destino**.- Consignar el lugar según corresponda.
- **Observaciones.-** Registrar las ocurrencias presentas o datos importantes que contribuyan a la valoración de la úlcera por presión.

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO N° 8
REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DIARIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

SERVICIO: MES: AÑO: EGRESOS:

N°	DATOS DEL PACIENTE	GRADO DE RIESGO(Escala de Norton)		ESTANCIA HOSPITALARIA	PROCEDENCIA Y/O ORIGEN				ESTADIO (Escala Norton)	LOCALIZACIÓN DE LA ULCERA POR PRESION	INCIDENCIA	PREVALENCIA	EVALUACION (SEGÚN ESCALA DE NORTON) AL ALTA				
					INTRAHOSPITALARIAS		EXTRA HOSPITALARIAS						ESTADIOS				
					PROPIO SERV.	OTRO SERV.	DOMICILIO	HOSP. O CLINICA		1-20	(1)	(2)	I	II	III	IV	0
1	NOMBRES Y APELLIDOS:	a:															
	EDAD:	b:															
	SEXO:	c:															
	SEGURO:	d:															
	DIAGNOSTICO:	e:															
	CAMA:	TOTAL:															
	FECHA DE INGRESO:																
	FECHA DE ALTA:																
2	NOMBRES Y APELLIDOS:	a:															
	EDAD:	b:															
	SEXO:	c:															
	SEGURO:	d:															
	DIAGNOSTICO:	e:															
	CAMA:	TOTAL:															
	FECHA DE INGRESO:																
	FECHA DE ALTA:																
3	NOMBRES Y APELLIDOS:	a:															
	EDAD:	b:															
	SEXO:	c:															
	SEGURO:	d:															
	DIAGNOSTICO:	e:															
	CAMA:	TOTAL:															
	FECHA DE INGRESO:																
	FECHA DE ALTA:																

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO N° 9

CONSOLIDADO MENSUAL DEL INDICADOR DE ULCERAS POR PRESION

AREA: AÑO - MES: SERVICIO:

DIA	PACIENTES	EGRESOS/ATENCIONES	PACIENTES EN RIESGO	ESTANCIA (HOSPITALARIA)	GRADO DE RIESGO	SEXO		TOTAL	GRUPO ETAREO										TOTAL	PROCEDENCIA Y/O ORIGEN					ESTADIO (ESCALA DE NORTON) AL INGRESO					LOCALIZACION DE LA ULCERA POR PRESION																						INCIDENCIA	PREVALENCIA	TOTAL	EVALUACION AL ALTA (ESCALA DE NORTON)						
																				INTRAH		EXTRA									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL				ESTADIOS					TOTAL	
						M	F		0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100		PROPIO SERV.	OTRO SERV.	DOMICILIO	HOSP. O CLINICA	TOTAL	I	II	III	IV	TOTAL																												I	II	III	IV	0	N°	%
TOTAL																																																																	

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012

ANEXO N° 10

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 03
	CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESTADÍOS	

DEFINICIÓN:
Son las intervenciones destinadas a la curación de una úlcera por presión para favorecer la formación y crecimiento del tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

OBJETIVO:
Reducir, mitigar y/o eliminar la UPP mediante la aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación según estadios.

INDICACIONES:
- En todo paciente adulto – pediátrico con úlcera por presión.

MATERIALES:
- Medios de barrera: Mandilón, mascarilla, guantes quirúrgicos
- Cloruro de sodio al 0.9%
- Guantes estériles
- Paquete de gasas estériles
- Apósitos hidrofibra c/s plata
- Hidrocoloide en gel
- Alginato de calcio.
- Protectores cutáneos: Solución polimérica en spray
- Película de poliuretano con adhesivo acrílico

EQUIPO:
- Equipo de tres piezas (pinza koher, tijera, pinza de disección).
- Bisturí.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud, PADOMI, COPHOES.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y el tiempo que va a durar la curación dando el apoyo emocional correspondiente a su estado de conciencia.	Profesional responsable del cuidado del paciente
2	Realizar lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Profesional responsable del cuidado del paciente
3	Realizar la valoración de la UPP considerando: localización, grado y/o estadio, dimensiones antes de iniciar la curación.	Profesional responsable del cuidado del paciente
4	**ESTADIO I:** Eritema que no palidece con la digito presión, piel intacta, en pacientes de color oscura observar edemas, induración, decoloración de la piel o calor local. ▪ Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9% tibio. ▪ Seque la piel suavemente con gasas. NO FROTAR. ▪ Aplique el apósito hidrocoloide extrafino en la superficie enrojecida. ▪ Refuerce con esparadrapo antialérgico los bordes para su mayor duración. ▪ Rotular fecha de cambio del apósito y el grado de la úlcera. ▪ Utiliza dispositivos que eviten la presión en las zonas de riesgo (almohadas, cojines, colchón neumático).	Profesional responsable del cuidado del paciente

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESTADÍOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 02 de 03

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
5	**ESTADIO II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y presenta como una abrasión, ampolla o cráter. ▪ Limpie la zona afectada con Cloruro de sodio al 0.9 %, con mínima fuerza mecánica y eficaz. ▪ Seque la piel afectada suavemente con gasas estériles secas. No frotar. ▪ Si hay presencia de flictenas, evacuar el líquido sin retirar la piel que lo cubre. ▪ Aplique apósito hidrocoloide extrafino, sobrepasando 3cm de la herida, proteger la piel periulceral con película de protección cutánea. Reforzar los bordes si es necesario. ▪ Rotular fecha del cambio de apósito y estadio de UPP ▪ Utilice dispositivos que eviten la presión y fricción de la zona afectada y de riesgo.	Profesional responsable del cuidado del paciente
6	**ESTADIO III:** Pérdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo y presencia de exudado. ▪ Irrigue la zona afectada con Cloruro de sodio al 0.9% ▪ Utilice jeringa de 20cc para conseguir la presión necesaria y eliminar los restos de curas anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos. ▪ Si la UPP contiene grandes exudados: Irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes. ▪ Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar. ▪ En caso de presencia de tejido necrótico: Realice desbridamiento autolítico, enzimático y/o cortante, O combinación de estos ya que uno no excluye al otro. Realizar cura en ambiente húmedo. Utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lámina y/o película de poliuretano (si no hay signos de infección) dejándolas actuar de 3 a 4 días; y en caso que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios. ▪ Ante la presencia de signos de infección: Intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento. ▪ Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la úlcera no evoluciona favorablemente, y continúa los signos locales de infección: Se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito más gasas (cambio diario). ▪ Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelizaciones rellenar de 50-80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo. ▪ Cuando el tejido ya granuló se puede usar sustancias que ayuden a la epitelización, cubriéndolo con apósito hidrocoloide extrafino. ▪ La frecuencia del cambio de los apósitos estará en función del o los productos seleccionados y del criterio profesional. Como regla general se puede utilizar: (Ver anexo 2) ▪ Apósitos transparentes o en láminas que permite despegar y pegar mantener de 4 a 7 días. ▪ En geles e hidrogeles cambiar cada 3-4 días ▪ En heridas muy exudativas el cambio se efectuara según la demanda generalmente 1 a 2 días.	Profesional responsable del cuidado del paciente

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 03 de 03
	CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESTADÍOS	

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
7	**ESTADIO IV :** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.). En este estadio como en el III pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones; deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. El procedimiento será igual al estadio III, manteniendo el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.	Profesional responsable del cuidado del paciente
8	Registrar la curación en las notas de enfermería, kárdex y evolución de la UPP (Anexo N 12 y 13)	Profesional responsable del cuidado del paciente

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 – 2012

ANEXO N° 11

MATERIAL MEDICO CODIFICADO EN MAESTRO DE MATERIALES DE ESSALUD PARA CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

1. POLIURETANO — **CÓDIGO SAP:**

-	Apósito hidrocoloide extra delgado	10x10cm	020103807
-	Apósito hidrocoloide extra delgado	15x15cm	020103808
-	Apósito hidrocoloide extra delgado	5x20cm	020203810

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:
Láminas transparentes con adhesivo acrílico. La película de poliuretano crea un medio húmedo al retener el exudado. La película es permeable al vapor de la humedad, lo que permite que el exceso de exudado se evapore, evitando la maceración de la piel. Es impermeable y esto ayuda en la prevención de la contaminación bacteriana de la herida. La película es altamente extensible y conformable y se adapta fácilmente sobre áreas difíciles.

INDICACIONES:
Heridas en riesgo de contaminación, para la protección de piel intacta de irritantes y/o fricción, como apósito secundario, heridas superficiales con piel lesionada con el mínimo daño, favorece el desbridamiento autolítico.

CONSIDERACIONES:
- Deben cambiarse cada 7 días como máximo
- Disminuye el dolor
- Resisten la exposición al baño
- Usar como precaución en pieles perilesionales frágiles
- No usar si la piel tiene signos de infección
- Pueden macerar la piel perilesional

2. ALGINATOS — **CÓDIGO SAP:**

-	Apósito de alginato de calcio	7.5x12cm	020102468
-	Apósito de alginato de calcio mecha ó rope		020102469
-	Apósito de alginato de calcio	10x20cm	020100147

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:
Productos a base de sales de calcio y sodio del ácido algínico, un polímero extraído de un tipo de algas marinas llamadas algas pardas y compuestos de residuos de ácido glucorónico y manurónico.

INDICACIONES:
Heridas de moderada-alta exudación, lesiones contaminadas e infectadas, lesiones cavitadas y con trayectos fistulosos, heridas exudativas durante el desbridamiento autolítico, tras el desbridamiento cortante, heridas sangrantes.

CONSIDERACIONES:
- Recortar el alginato a medida de la lesión para evitar la maceración de la piel circundante
- La frecuencia del cambio del apósito variará en base al nivel de exudado cambiando cuando el fluido absorbido ha humedecido completamente el apósito. Inicialmente puede precisar cambios diarios. Cambiar cada 2-3 días, no dejando más de 4 días.
- El producto absorbe el olor y color del drenaje existente.
- Precisa de un apósito secundario, que retenga humedad
- El uso de apósito oclusivo puede aumentar su capacidad de absorción.

- Contraindicado en lesiones secas, con presencia de tejido necrótico y que no son exudativas ya que se adhieren y producen irritación.

3. HIDROCOLOIDES **CÓDIGO SAP:**

- Apósito hidrocoloide grueso	10x10cm	020102470
- Apósito hidrocoloide grueso	15x15cm	020102471
- Apósito hidrocoloide grueso	20x20cm	020102632

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:
Existen gran variedad de apósitos hidrocoloides con diferentes composiciones, basada en carboximetilcelulosa u otros polisacáridos y proteínas (pectina, gelatina, polisobutileno). Pueden ser más o menos semipermeables (impermeable a los gases) dependiendo de la lámina de poliuretano que lo recubre. Con capacidad de absorción mínima a moderada; con diversidad de tamaños, transparencias, formas y capacidad de absorción.

INDICACIONES:
Heridas con drenaje mínimo a moderado, heridas que requieren desbridamiento, para promover la granulación y epitelización, protege frente a la contaminación, protección de la piel en zonas de fricción y roce.

CONSIDERACIONES:

- Aplicar el apósito que sobresalga 2-2.5 cm de la lesión para garantizarla adherencia.
- Colocar el apósito sobre la lesión y ejercer una ligera presión que facilitará su fijación.
- Precaución en pieles perilesionales frágiles.
- Usar esparadrapo adicional o película de poliuretano para proporcionar mayor fijación en zonas de difícil adhesión.
- Pueden sustituirse cada 3- 7 días. La frecuencia del cambio será determinado por la cantidad de drenaje, deterioro del apósito, fuga del exudado.
- Puede usarse con alginato o hidrofibra de hidrocoloide, para controlar exudado, cambiando de 3 a 4 días.
- No utilizar en: Heridas con alta exudación, heridas infectadas, úlceras isquémicas, heridas con afectación de músculos, tendones o huesos, en piel perilesional deteriorada,
- Puede favorecer la presencia de tejido de hipergranulación, puede ocasionar maceración perilesional.
- Algunos apósitos generan olor desagradable que no debe ser confundido con infección.

4. HIDROFIBRA **CÓDIGO SAP:** 020103403

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:
Apósito blando, estéril no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto por carboximetilcelulosa sódica, que tiende a gelificarse una vez que absorbe el exudado; las fibras se mantienen integras, lo cual facilita su retirada; proporciona un ambiente húmedo, reduce el riesgo de maceración de la piel perilesional por su capacidad de absorción vertical; no se adhiere a la lesión y es fácil de usar.

INDICACIONES:
Lesiones con exudación de moderada a intensa, lesiones cavitadas, lesiones con trayectos fistulosos, facilita el desbridamiento autolítico de heridas exudativas, evita el trauma de los tejidos frágiles de la herida, promueve el confort.

CONSIDERACIONES:

- Compatible con otros apósitos, preferentemente oclusivos y transparentes.

- No compatible con crema o pomada.
- Dependiendo del volumen de exudado, la frecuencia de cambio oscila entre 1 – 4 días.
- En lesiones planas aplicar el apósito que sobresalga 2-3 cm de la lesión
- En lesiones cavitadas no rellenar en su totalidad.
- Contraindicada en lesiones secas o con tejido necrótico y no exudativas.
- Precaución en heridas tunelizadas a la hora de extraer el apósito.

5. HIDROGELES **CÓDIGO SAP:**

- Apósito hidrocoloide en forma de gel 30grs 020103405
- Apósito Interactivo en forma de gel 85grs 020100150

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:

Polímero compuesto principalmente de agua (75-90%) y diferentes sustancias (polímeros de almidón, pectina, propilenglicol, alginatos). Presentación en lámina o gel de estructura amorfa. Posee alta capacidad hidratante y promueve un ambiente húmedo.

INDICACIONES:

Exudación moderada o escasa, herida necrótica con escara, lesión infectada, heridas en fase de granulación, evita la adherencia del apósito, el sangrado y el dolor, heridas que requieren desbridamiento autolítico, puede asociarse con medicación secundaria.

CONSIDERACIONES:

- En UPP necróticas, puede cuadricularse con bisturí para favorecer la penetración del gel.
- Requieren de un apósito secundario para fijarlos a la herida, puede usarse en combinación con película de poliuretano, hidrocoloide y otros apósitos no adherentes.
- El apósito secundario debe retener la humedad, absolver el exceso de exudado y estabilizar el gel sobre la herida.
- La frecuencia del cambio varía entre 1 a 3 días según la cantidad de exudado
- Evitar la contaminación, una vez abierto se desecha a los 7 días.
- Contraindicado en lesiones altamente exudativas.
- Verificar la piel perilesional por maceración eventual o signos de contaminación derivados de un uso incorrecto del producto: usar menor cantidad y cambiar mas frecuentemente.
- Se secan fácilmente y dan mal aspecto y olor al exudado.

6. PRODUCTOS CON PLATA **CÓDIGO SAP:**

- Apósito con Plata iónica 10x10cm 020103401
- Apósito con Plata iónica 15x15cm 020103402
- Apósito con Plata iónica 20x30cm 020103403
- Apósito con Plata iónica 2x45cm 020103404

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:

La principal función de la plata es como agente tópico antibacteriano tanto profiláctico como en el tratamiento de heridas infectadas o en el control de infecciones. La plata es activa contra una gran variedad de patógenos bacterianos gran positivos, gran negativos, pseudomonas, fungales y virales.

Existen diversas presentaciones:

- Apósito o malla de tela con carbón activado
- Apósito de hidrofibra de hidrocoloide y plata
- Crema de sulfadiazina argénica.

La presentación en apósitos permite la liberación gradual de pequeñas cantidades de plata iónica durante un periodo de tiempo, eliminando así la necesidad de cambios

frecuentes de apósito. Esta liberación sostenida reduce el riesgo de toxicidad de plata y ayuda a garantizar un nivel mas bajo de bacterias. Así se consigue una acción profiláctica y terapéutica.
La presentación en pomada, en excipiente liposoluble, también es eficaz contra una amplia de microorganismos. Ideada inicialmente para tratar quemaduras, se ha usado con éxito en lesiones infectadas. Tiene actividad bacteriostática, su aplicación es indolora, no es citotóxica, ni mancha la piel.

INDICACIONES:
Heridas infectadas y contaminadas.

CONSIDERACIONES:
- Antes de la aplicación debe retirarse el tejido necrótico seco mediante desbridamiento.
- En el uso de apósitos con plata deben estar en contacto directo con la úlcera
- La frecuencia del cambio de estos apósitos pueden oscilar entre 1-4 días, según el exudado y cambiando el apósito secundario según necesidades.
- La sulfadiazina argénica en crema ha de aplicarse sobre la lesión formando una capa de 2-3 mm de grosor que ha de cambiarse cada 12 -24 horas.

7. PROTECTORES CUTÁNEOS (Solución polimérica)

CÓDIGO SAP: 020101458

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS:

La función principal de estos productos es proteger la piel de la acción de agentes irritante externos. Existen diversas presentaciones, entre las que destacan películas cutáneas.
Las películas cutáneas de barrera no irritantes forman una película protectora libre de alcohol sobre la piel produciendo un engrosamiento de la capa córnea y están compuestas por copolímeros acrílicos, polifenilmetilsiloxano y hexametildisiloxano. No contienen ningún principio activo que actúe sobre la piel. No penetra ni se absorbe. Es transparente hipoalergénico, estéril, no es citotóxica y crea una película transpirable al oxígeno y permeable al vapor húmedo.

INDICACIONES:
Prevención de maceración e irritación de la piel en úlceras por presión, protección de la piel perilesional de cualquier tipo de herida, tubos de drenaje, etc.

CONSIDERACIONES:
- Se puede aplicar en piel intacta incluso en piel lesionada.
- No es necesario retirar la película entre aplicaciones, permaneciendo hasta 72 horas.
- Protección frente al trauma en la retirada de adhesivos.
- Protege la piel frente a la acción de fluidos corporales.
- Aplicar en la zona deseada y espera 30 segundos a que se seque antes de colocar el apósito.
- No aplicar con signos de infección en la piel.

Fuente: Unidad de Prevención de Úlceras Por Presión del HNERM y Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 – 2012

ANEXO N° 12

KARDEX DE CURACIONES DE ULCERAS POR PRESION

Fecha de Ingreso al Hospital: **PROCEDENCIA:**

Fecha de Ingreso al Servicio: **VALORACION DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE NORTON:**

FECHA DE DETECCION DE UPP:

CURACION SEGÚN ESTADIO	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Alginato de Calcio										
Hidrofibra con Ag										
Hidrocoloide en gel										
Aposito interactivo en gel										
Hidrocoloide en lamina										
Gasa										
Cloruro de Sodio										
Pelicula transparente										
Bisturi										
Guantes esteriles										
Guantes descartables										
Sulfadiazina										
Cultivo										
DESCRIPCION DE LA ULCERA: **Grado** **Localizacion** **Dimensiones** **Caracteristicas**										

PISO:	NOMBRE Y APELLIDOS:	DIAGNOSTICO:	N° CUARTO:	EDAD:
		LOCALIZACION UPP:		
	SS: H.C:			

Fuente: Unidad de Úlceras Por Presión HNERM y Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería HNERM 2011 – 2012

ANEXO N° 13

SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN, PADOMI Y COPHOES

Nombre del Paciente: **Cama:** **H. Clínica:**

Servicio: **Fecha de Ingreso:** **Fecha Inicio Curaciones:**

N°	FECHA	ESCALA NORTON	LOCALIZACION	GRADO	EXTENSION y/o TUNELIZACION	TRATAMIENTO	PROXIMA CITA	OBSERVACION	ENFERMERA RESPONSABLE

Fuente: Unidad de Úlceras Por Presión HNERM y Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería HNERM 2011 – 2012

ANEXO N° 14

CARNET DE VALORACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN PARA PACIENTES CON ALTA HOSPITALARIA

LEYENDA

ESTADIO DE UPP

ESTADIO I	Eritema Cutaneo que no palidece al presionar
ESTADIO II	Perdida Parcial del grosor de la piel (Dermis y epidermis)
ESTADIO III	Lesion o necrosis del tejido subcutaneo
ESTADIO IV	Necrosis del tejido o lesion del musculo, hueso o estructuras de sosten

LOCALIZACION

1 Occipital
2 Omoplato Escapula
3 Codo
4 Dorso Lumbar
5 Gluteo Intergluteo
6 Sacro Coxigea
7 Talones
8 Oreja Temporo Auricular
9 Mejilla
10 Hombro
11 Brazo-Antebrazo-Mano
12 Parrilla Costal
13 Cresta Iliaca
14 Trocanter Mayor y Menor
15 Muslo Pierna y Pie
16 Rodilla Condilo Interno Externo
17 Maleolo Externo Interno
18 Ulcera Yatrogenia comisura Bucal
19 Mamas
20 Genitales

ESCALA DE NORTON

A	B	C	D	E
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
BUENO 4	ALERTA 4	DEAMBULA 4	TOTAL 4	NINGUNA 4
REGULAR 3	APATIA 3	CAMINA C/AYUDA 3	ALGO LIMITADA 3	OCACIONAL LIMITADA 3
POBRE 2	CONFUSION 2	EN SILLA DE RUEDAS 2	MUY LIMITADA 2	URINARIA ó HECES 2
MALO 1	INCONSCIENTE 1	EN CAMA 1	INMOVIL 1	URINARIA y HECES 1

EsSalud
Seguridad Social para todos

UNIDAD DE UPP

PACIENTE PORTADOR DE UPP PISO :

Nombre: _____
Nº SS: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Dx Medico: _____
_____
Escala de Norton: _____

Localizacion de UPP: _____
Estadio de UPP: _____

Tipo de Tejido y Porcentaje :
Granulacion _____ Epitelización _____
Necrotico _____ Otro _____

Medida :
Diametro _____ Profundidad _____
Tunel (Sentido del Reloj): _____

Piel Circundante (Condicion): _____

Numero de Curaciones Realzadas: _____

Tratamiento: _____

Observaciones: _____

Proxima Curacion: _____

Fuente: Unidad de Úlceras Por Presión HNERM y Guia de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermeria HNERM 2011 – 2012

ANEXO 15

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa. Se emplea para descubrir errores latentes, subyacentes a un evento adverso.

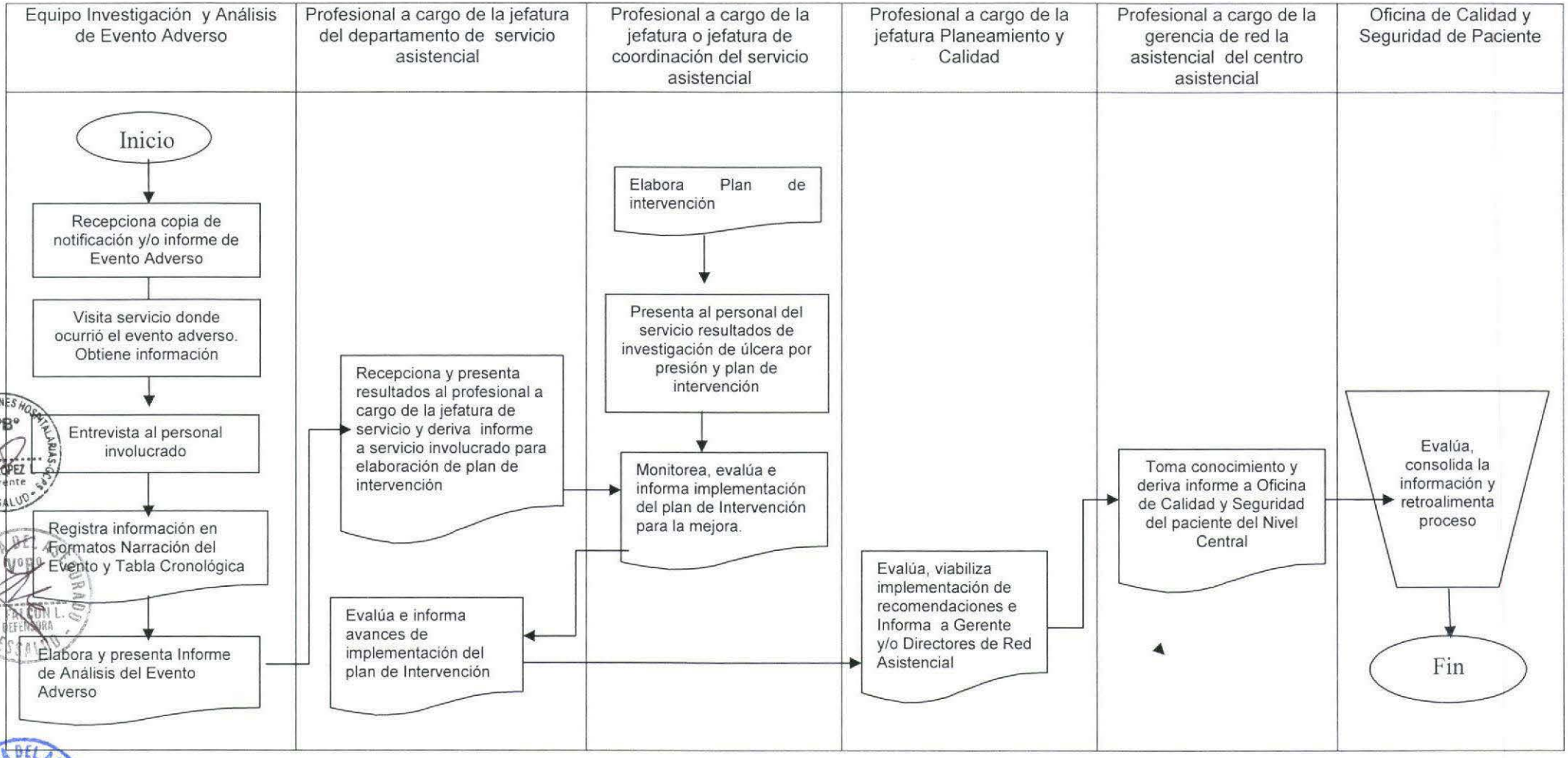
OBJETIVO:
Identificar las principales causas o factores contributivos, acciones inseguras que desencadenaron el evento adverso a través de la investigación y análisis de los errores de medicación, e implementar medidas de mejora para prevenir el evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
1	Recibe informe y notificación de evento adverso error en la administración de medicamentos en las primeras 48 horas.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
2	Inicia proceso de investigación y análisis del evento adverso.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
3	Sistematiza información en formato Narración del Evento Ocurrido y Tabla Cronológica.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
4	Realiza el análisis causa-raíz del evento adverso notificado.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
5	Elabora y presenta informe de la investigación desarrollada al jefe de Departamento o Servicio de Enfermería u otro responsable.	Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso
6	Toma conocimiento y deriva copia del informe a la Jefatura de servicio para retroalimentación y elaboración del Plan de Intervención para la mejora dentro de las 72 horas de recibido el mismo.	Jefe de Departamento y/o Servicio de Enfermería u Obstetricia o Servicio responsable.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red asistencial Almenara.

DIAGRAMA DE FLUJO ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS



ANEXO 16

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

Para obtener información relevante de los hechos se realizarán entrevistas individualizadas al personal que estuvo a cargo del paciente en el momento del evento adverso. Así mismo, si considera relevante podrá entrevistar a otros actores directos e indirectos, como al paciente, familiar (es) del paciente.

Debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener información objetiva que ayuden al análisis y a la formulación de conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos, tal como sigue a continuación:

VARIABLES	RECOMENDACIONES
Lugar	• Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el Evento adverso.
Explique el propósito	• Explique al entrevistado el motivo de la Entrevista. • Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la Cronología del Evento Adverso	• Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. • Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. • Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las Acciones Inseguras	• Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas.
Identifique los Factores Contributivos	• Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	• Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. • Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

ANEXO 17

NARRACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Este instrumento permite sistematizar la información obtenida por el equipo de investigación durante el proceso de análisis del evento adverso (revisión documentaria, entrevista, elaboración de la tabla cronológica).

Nombre del paciente: .....

Servicio: .....

Nº cama: .....

Edad:..... **Grado de dependencia:** .....

Entrevistados: .....

.....

Momentos:

1. **Antes del evento**

   Diagnóstico del paciente:.....

   .....

   Medicación del paciente: .....

   .....

2. **Durante**

   Ocurrencia: .....

   Fecha del evento:..... Hora: .....

   Motivo que produjo el evento:.....

3. **Después**

   Acciones inmediatas: .....

   .....

   Daños o lesiones producidas:.....

   .....

4. **Evolución:**

   .....

   .....

   .....

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau .Año 2010.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE NARRACIÓN DEL EVENTO OCURRIDO

Nombre del paciente: Registrar los nombres y apellidos completos del paciente.

Servicio: Registrar el Servicio en donde ocurrió el evento adverso.

Nº Cama: Registrar el número de cama en donde el paciente se encontraba ubicado cuando ocurrió el evento adverso.

Edad: Registrar la edad del paciente que sufrió el evento adverso.

Entrevistados: Registrar los nombres y apellidos de las personas que se encontraban a cargo del paciente en el momento de ocurrencia del evento adverso.

MOMENTOS:

1) **Antes del evento adverso:**
Diagnóstico del Paciente: Registrar el diagnóstico actual del paciente, del día en que ocurrió el evento adverso.
Medicación del Paciente: Registrar la medicación actual que prescribió el médico el día que ocurrió el evento adverso.

2) **Durante el evento adverso:**
Ocurrencia: Registrar el momento en que ocurrió el evento adverso.
Fecha y hora: Registrar la fecha y la hora en que ocurrió el evento adverso.
Motivo que produjo el evento: Registrar el relato de los hechos del evento adverso, factores, causas, así como también registrar: ¿Qué se encontraba haciendo el personal durante el evento adverso?, ¿Quién aviso el evento adverso? y ¿Quién o quiénes se percataron del evento adverso?

3) **Después del evento adverso:**
Acciones inmediatas: Registrar las acciones que se realizaron después del evento adverso, así como también se debe consignar si se reportó el evento al jefe inmediato y si se registró la hora y fecha del evento adverso en los registros de la historia clínica.
Daños o lesiones producidas: Registrar si se encontró alguna lesión o daño que pueda haber sufrido el paciente producto del evento adverso.

4) **Evolución:**
Registrar la evolución del paciente durante el turno del personal responsable del paciente que sufrió el evento adverso .El resto de las evoluciones serán registradas en la Tabla Cronológica"(Anexo 18):

*Elaborado por Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA. Año 2011.

ANEXO 18

TABLA CRONOLÓGICA

Nombre del paciente: .....
Servicio: ..... **Cama:** .....

Tabla cronológica	Fecha Día 1	Fecha Día 2	Fecha Día 3	Fecha Día 4	Fecha Día 5
¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?					
Información adicional					
¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?					
¿Qué no se hizo bien o falló?					

INSTRUCTIVO TABLA CRONOLÓGICA

Este instrumento permite realizar una línea de tiempo desde que el paciente ingresa al servicio hasta que ocurre el evento adverso, con la finalidad de precisar en qué momentos de su estancia hospitalaria se fueron dando las acciones inseguras.

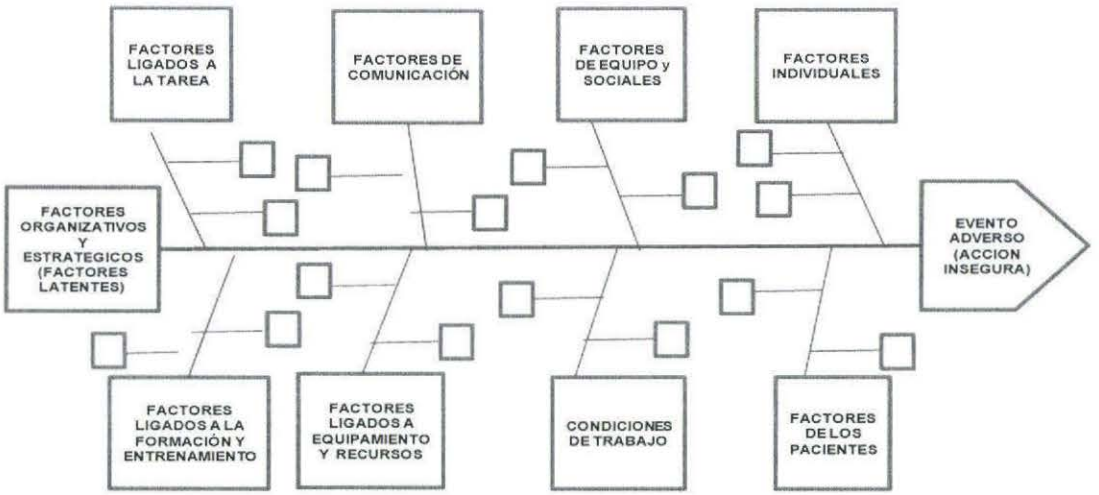
Asimismo, la línea de tiempo se puede prolongar hasta que el paciente sea dado de alta a efecto de realizar un seguimiento a la evolución del estado de salud y observar si su estancia hospitalaria se prolonga o es causal de muerte por el evento adverso.

1) **¿Qué ocurrió? ¿Qué se hizo?:** Registrar cómo ocurrieron y se van desarrollando los hechos día por día que pudieran estar relacionados con la prevención y riesgo del evento adverso.
2) **Información adicional:** Registrar alguna información que se considere relevante al relatar los hechos que puedan contribuir a analizar causas, factores, fallos, que produjeron o produzcan el evento adverso.
3) **¿Qué se hizo bien? ¿Qué funcionó bien?:** Registrar las acciones que se realizaron día a día para prevenir y evitar el riesgo de eventos adversos.
4) **¿Qué no se hizo bien o que falló?:** Registrar las acciones que se realizaron día a día analizando si estas fueron correctas o incorrectas en la prevención, riesgo y seguimiento del evento adverso.

*Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la RAA-Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Grau –Departamento de Enfermería del Hospital Grau. Año 2010.

ANEXO 19

MODELO ACONSEJADO POR LA NPSA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN EL ANALISIS CAUSA RAIZ POR FACTORES CONTRIBUYENTES



IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS Y DEFINICIÓN DE BARRERAS DE SEGURIDAD

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:
Evento Adverso:

N°	FACTORES CONTRIBUYENTES	ACCIONES INSEGURAS (causas identificadas) SEGUN FACTORES CONTRIBUYENTES	BARRERAS DE SEGURIDAD POR ACCION INSEGURA
1	Factores Individuales		
2	Factores de Equipo y Sociales		
3	Factores de Comunicación		
4	Factores Ligados a la Tarea		
5	Condiciones de Trabajo		
6	Factores del Paciente		
7	Factores Estrategicos y Organizativos (Factores Latentes)		
8	Factores Ligados al Equipamiento y Recursos		
9	Factores Ligados a la Formación		

[1]Análisis de Causa Raiz: Esquema de Clasificación de los Factores Contribuyentes. Del documento *Seven steps to pacient safety*. National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS). UK. July 2004. Traducción y resumen: Miguel Recio S. Agencia de Calidad. Ministerio de Calidad y Consumo. España.

ANEXO 20

MODELO DE INFORME DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

INFORME N.° **EIAEA–(Siglas del CAS)–(Siglas de la Red) ESSALUD- 201...**

A: Jefe de Departamento o Servicio de.....

Del: Equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos

Asunto: Investigación y Análisis del Evento Adverso.....

Referencia: Carta N°.....

Fecha del informe: .....

Presentación y nombres de los integrantes del Equipo de Investigación y Análisis del Evento Adverso.

1. **OBJETIVOS**
   Numerar o describir si es solo uno.
   El objetivo principal debe ser identificar las causas o factores de riesgo que contribuyen a que se haya presentado el evento adverso en el paciente. Otro objetivo fundamental es prevenir futuros eventos adversos relacionados por la misma causa.

2. **ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**
   Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza.

3. **ACTIVIDADES REALIZADAS**
   Registrar el día que se realizó la recolección de información para el análisis del evento adverso (historia clínica, kárdex, otros registros relacionados con el evento adverso a investigar), la visita al servicio donde se produjo el evento adverso, las entrevistas realizadas y el seguimiento realizado al paciente que sufrió el evento adverso.

4. **METODOLOGÍA**
   Registrar el método utilizado para la recolección de datos y análisis (entrevista, observación, etc.)

5. **CONCLUSIONES**
   Deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas)

6. **RECOMENDACIONES**
   Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas. Redactar una recomendación por cada conclusión formulada.

Registrar al pie del informe: nombre, sello, n.° de colegio profesional de los profesionales que participaron.

ANEXO 21

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA	Versión : 01 Mes – Año : 05 - 2013 Página : 01 de 01

DEFINICIÓN:
Los planes de intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos.

OBJETIVO:
Definir las barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe).
Mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de eventos adversos.
Prevenir la ocurrencia del mismo evento adverso a futuro.

ALCANCE
Todos los Centros Asistenciales de EsSalud.

Paso N.°	Descripción de acciones	Responsable
01	Recibe Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso ocurrido en el servicio a su cargo y elabora el Plan de Intervención para la Mejora en función a las recomendaciones formuladas.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
02	Retroalimenta los resultados del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso y socializa el Plan de Intervención para la Mejora al personal del servicio involucrado.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
03	Monitoriza, evalúa e informa implementación del Plan de Intervención para la Mejora al profesional a cargo de la jefatura del Departamento o del Servicio Asistencial.	Profesional a cargo de la jefatura o coordinación de servicio asistencial, según grupo ocupacional.
04	Monitoriza avance y cumplimiento del Plan de Intervención para la Mejora (implementación de recomendaciones) e informa a Oficinas de Gestión de Calidad y a las Oficinas de Evaluación del Proceso del Cuidado del Paciente de las redes asistenciales.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.
05	Evaluación permanente de la aplicación correcta de la directiva y formalización de estrategias para la sostenibilidad de las actividades del Plan de Intervención para la Mejora.	Profesional a cargo de la jefatura de departamento asistencial.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por la Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno de la Red asistencial Almenara.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Red Asistencial:
Centro Asistencial:
Servicio:

N°	FACTOR CONTRIBUTIVOS IDENTIFICADOS (Conclusiones)	ACTIVIDADES PARA LA MEJORA (Barreras de Seguridad - Recomendaciones)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	RESPONSABLES	EVIDENCIA OBJETIVA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						







INSTRUCTIVO PARA ELABORAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA

Los Planes de Intervención están orientados a definir y gestionar las barreras que deben implementarse para evitar la aparición de eventos adversos: úlceras por presión.

Teniendo como punto de partida los resultados del análisis causa raíz y el listado de las fallas activas (conclusiones), se procede a identificar:

Factores Contributivos: Son los factores que facilitaron o predispusieron la ocurrencia de acciones inseguras que provocaron la úlcera por presión (conclusiones del informe). Para identificar los factores contributivos, se utiliza la tabla de Clasificación NPSA de Factores Contribuyentes.

Actividades para la Mejora: Se refiere al establecimiento de barreras de seguridad por cada acción insegura identificada (recomendaciones del informe) que están destinadas a mejorar los procesos de atención asistencial para disminuir la incidencia de úlceras por presión.

Fecha de Inicio: Se refiere a la fecha en que se empieza a gestionar la implementación de la actividad de mejora.

Fecha de Término: Se refiere a la fecha en que debe haberse implementado la actividad de mejora planificada.

Responsables: Es la persona que asume la conducción de la actividad y que va a diseñar, ejecutar, monitorear, evaluar e informar en el ámbito de su competencia las tareas que implique la actividad planificada. Para la viabilización de la misma coordina con la Jefatura de Servicio.

Evidencia Objetiva: Se refiere a toda la documentación que evidencia la gestión y logro de los objetivos y metas de las actividades de mejora planificadas (cartas, planes, check list, informes, capacitación, reuniones, etc.)

ANEXO 22

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO DE GUIA DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION"

Red Asistencial:
Centro Asistencial: **Servicio:**

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC. 1 Cama:			PAC. 2 Cama:			PAC. 3 Cama:			PAC. 4 Cama:			PAC. 5 Cama:			PAC. 6 Cama:			PAC. 7 Cama:			PAC. 8 Cama:			OBSERVACIONES / EVIDENCIAS
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1	Aplicación de Escala de Norton																									
2	Señal de Riesgo UPP en unidad del paciente, kardex y/o Historia Clínica																									
3	Ropa de cama limpia, sin arrugas																									
4	Higiene diaria																									
5	Cuidado de la Piel (masajes, hidratación y lubricación de la piel)																									
6	Técnica cuidados de la piel adecuada (no arrastre, no aplicación de cremas)																									
7	Cambios de posición cada 2 horas (uso de reloj antiescara)																									
8	Uso de colchón antiescaras																									
9	Aplica dispositivos antiescaras (equipos de dispersión como bolsas de agua)																									
10	Curación de UPP de acuerdo a Guia de Procedimientos																									
11	Vigilancia de ingesta de dieta																									
12	Registro de cuidados aplicados																									

Referencia: Adecuación A3Pauta de Vigilancia UPP Clinica Ricardo Palma - Perú

% de Cumplimiento	(12 = 100%)
Optimo	: 100%
Aceptable	: 90%
Critico	: < de 90%

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO N° 23

INDICADORES DE EVALUACIÓN

ETAPAS	N.°	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE REPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Prevención de UPP	1	Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de UPP al ingreso	Mensual	Historias Clínicas
	2	Porcentaje de cumplimiento de guía de prevención de UPP en pacientes diagnosticados con riesgo	Basal Monitoreo Trimestral	Registros del cuidado de enfermería. H. Clínica
Intervención y Mitigación del Daño	3	Porcentaje de cumplimiento de guía de curación en pacientes con UPP	Basal Monitoreo Trimestral	
Eficacia	4	Porcentaje de UPP	Mensual	Registro de reporte y monitoreo diario y mensual

PORCENTAJE DE PACIENTES CON VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nombre del Indicador	**% de pacientes con valoración del riesgo de úlceras por presión al ingreso**
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	Identificar pacientes con riesgo de úlceras por presión al ingreso.
Fórmula / Formato	N° de pacientes con valoración del riesgo de UPP al ingreso x 100 N° total de egresos en el mes
Explicación de Términos	**Numerador:** Es el número de pacientes que al ingreso se aplica la Escala de Norton para identificar "riesgo de ulcera por presión". **Denominador:** Es el número de egresos en el mes
Población	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de Datos	Historia Clínica Registro de Notificación de Eventos Adversos
Estándar / Meta / Umbral	100%
Periodicidad	Mensual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Tomado de Clinical Practice Guideline Number 3. U.S Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Publication No 92-0047. Mayo 1992.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE PREVENCIÓN DE UPP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO

Nombre del Indicador	**% de cumplimiento de guía de prevención de UPP en pacientes diagnosticados con riesgo**
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	Disminuir la ocurrencia de Úlceras por Presión. Aplicación correcta de la Guía de procedimientos de prevención (anexo 5) de úlceras por presión por parte del personal de enfermería.
Fórmula / Formato	N° de registros de enfermería que evidencian actividades preventivas en pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP x 100 Total de registros de enfermería evaluados de pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP en el mes
Explicación de Términos	**Numerador:** Número registros de enfermería que evidencian planificación y ejecución de actividades de prevención de úlceras por presión durante la estancia hospitalaria del paciente **Denominador:** Número de registros evaluados de pacientes con diagnóstico de riesgo de ulcera por presión en el mes
Población	Enfermeras Coordinadoras y Asistenciales de servicios de Hospitalización
Tipo	Indicador de Proceso / Resultado
Fuente de Datos	Kárdex, historia clínica, check list
Estándar / Meta / Umbral	100%
Periodicidad	Diaria
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	En el 1er trimestre de implementación se determinara la línea de base de adherencia a la Guía de Aplicación de Medidas de Prevención de UPP y se establece el plan de mejora y la meta anual. En el segundo trimestre se fortalecerán capacidades y a partir del 3er trimestre se inicia proceso de evaluación de adherencia mensual hacia el logro de la meta y cumplimiento del plan de mejora por servicio y CAS.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE CURACIÓN EN PACIENTES CON UPP

Nombre del Indicador	**% de cumplimiento de guía de curación en pacientes con UPP**
Dimensión o Dominio	Dimensión Técnica
Justificación	Aplicación correcta de la Guía de procedimientos de curación (anexo 12) de úlceras por presión por parte del personal de enfermería. Reducir y/o eliminar la Úlceras por Presión
Fórmula / Formato	N° de registros de enfermería que evidencian aplicación correcta de la guía de curación en pacientes con úlceras por presión x 100 --- Total de registros de enfermería evaluados de pacientes con terapia de curación de úlceras por presión en el mes
Explicación de Términos	**Numerador:** Número registros de enfermería que evidencian aplicación correcta de la guía de curación en paciente pacientes con úlceras por presión durante la estancia hospitalaria del paciente **Denominador:** Número de registros evaluados de pacientes con terapia de curación de úlceras por presión en el mes .
Población	Enfermeras Jefes, Coordinadoras y Asistenciales de servicios de hospitalización
Tipo	Indicador de Proceso / Resultado
Fuente de Datos	Historia clínica, registros específicos de enfermería para curación de UPP, check list Programación Vs. Abastecimiento de insumos específicos para curación de UPP por estadios
Estándar / Meta / Umbral	100%
Periodicidad	Diaria / Semanal
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	En el 1er trimestre de implementación se determinara la línea de base de adherencia a la Guía de Curación de UPP por Estadios y se establece el plan de mejora y la meta anual. En el segundo trimestre se fortalecerán capacidades y la gestión de insumos; y a partir del 3er trimestre se inicia proceso de evaluación de adherencia mensual hacia el logro de la meta y cumplimiento del plan de mejora por servicio y CAS.

PORCENTAJE DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nombre del Indicador	**% de Úlceras por Presión**
Dimensión o Dominio	Seguridad del Paciente Dimensión Técnica
Justificación	Identificar la incidencia de úlceras por presión Reducir la ocurrencia de úlceras por presión
Fórmula / Formato	$\frac{\text{N° total de úlceras por presión} \times 100}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$
Explicación de Términos	**Numerador:** Es el número de eventos adversos úlceras por presión ocurridos en un periodo **Denominador:** Total de egresos hospitalarios en el mismo periodo
Población	Pacientes hospitalizados
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de Datos	Registros de enfermería establecidos para la evaluación de riesgos y notificación de úlceras por presión. Historia Clínica
Estándar / Meta / Umbral	0.1%
Periodicidad	Mensual / Anual
Referencias (experiencias, bibliografía, comentarios)	Protocolo para la detección y prevención de las Úlceras Por Presión. Gobierno del Principado de Asturias. España 2008

ANEXO 24

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. "Who Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems". 2005.

2. TIDEIKSAAR, Rein "Caídas en ancianos, prevención y tratamiento". 3ra. Edición. España, 2005.

3. Dirección General de Calidad e Innovación en los servicios Sanitarios. Prácticas Seguras Relacionados con Cuidados de Enfermería. Gobierno del principado de Asturias España. Noviembre, 2010.

4. ORTEGA VARGAS, Carolina y SUÁREZ VÁSQUEZ, María Guadalupe. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. México: Edit. Medica Panamericana S.A., 2009.

5. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. Resolución N° 237 – 2008. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero.

6. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". Unidad Didáctica N.° 1: *La seguridad del Paciente: Un reto del sistema sanitario y un desafío para la formación*. España 2005.

7. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N.° 5: *Prevención de los Sucesos Adversos*. España 2005.

8. AIBAR RAMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús M. "Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria". Unidad Didáctica N.° 7: *No debería ocurrir y ¿por qué ocurrió?*: Estudio Prospectivo del Riesgo Asistencial y Valoración Retrospectiva de los Sucesos Adversos. España 2005.

9. Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768 – 70.

10. TAYLOR- ADAMS, Sally, VINCENT, Charles (Clinical Safety Research Unit. Imperial Colllege London, UK). "Protocolo de Londres".

11. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud "Sistema de registro y Notificación de Incidentes y de Eventos Adversos". España.

12. Protocolo para la detección y prevención de las Úlceras Por Presión. Gobierno del Principado de Asturias. España 2008

13. Clinical Practice Guideline Number 3. U.S Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Publication No 92-0047. Mayo 1992.

14. Protocolo de Úlceras Por Presión (UPP) y Heridas Crónicas. Complejo Hospitalario de Toledo. Servicio de salud de Castilla – La Mancha 2011