



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La universidad católica de Loja

MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**“Plan de prevención de incidentes clínicos en pacientes
hospitalizados en el área de uci del hospital del iess-Portoviejo
2012”**

Tesis de grado

AUTOR: Parrales Carrera, Carla Jessenia.

DIRECTORA: Donoso Palomeque, Myriam Susana, Mg.Sc.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2013

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

Lcda.Mg
Susana Donoso

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de intervención denominado "PLAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO" realizado por el profesional en formación Lcda. Carla Parrales cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, noviembre 2013

.....
Lcda. Susana Donoso
Directora de tesis

CESION DE DERECHO

“Yo Carla Jessenia Parrales Carrera declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del estatuto orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: Forman parte del patrimonio de la universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional de la Universidad.

Portoviejo, noviembre del 2012

.....
Lcda. Carla Parrales

CI.1310797079

DEDICATORIA

Dedico la realización de este trabajo primeramente a dios por escuchar mis peticiones y concederlas, como son sabiduría paciencia y fe para seguir adelante. A mis hija carlita y francheska que han sufrido mi ausencia y a quienes he sacrificado en el transcurso de mis estudios, ami madre por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

Y mi mayor dedicación a mi esposo francisco que juntos hemos luchado por superarnos dándonos siempre la mano venciendo muchos obstáculos.

Al personal de la unidad de cuidados intensivos por colaborar en la ejecución de las capacitaciones por el bien de los afiliados a quiénes brindan los servicios de salud.

Carla Jessenia Parrales Carrera

AGRADECIMIENTO

Mis más grandes agradecimientos al personal docente y administrativo de la maestría gerencia integral de salud de la Universidad Técnica Particular de Loja por esta oportunidad de capacitación profesional.

A las autoridades del hospital del IESS Portoviejo por permitir la realización de esta tesis, al personal médico y de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, ya que sin su colaboración no hubiera realizado este trabajo.

Carla Jessenia Parrales Carrera

ÍNDICE DE CUADROS Y APENDICES

CUADROS	Pág.
CUADRO I	17
Perfil epidemiológico Del área de UCI del Hospital IESS Portoviejo 2011	
CUADRO 2	65
Reporta de la existencia de un incidente clínico	
CUADRO N.3	66
Aplicación de medidas de asepsia en el cuidado al paciente de uci	
CUADRO N.4	67
Organización del material de procedimiento al paciente Uci hospital iess	
CUADRO N.5	68
Tipo de fijación de dispositivos al paciente.	
CUADRO N.6	69
Numero de cambios cambio de posición al paciente por turno uci iess	
CUADRO N.7	70
Tipo de cuidado de la integridad de la piel del paciente uci	
CUADRO N.8	71
Administración de medicamentos bajo las normas establecidas.	
CUADRO N.9	73
Personal de enfermería toma medidas Preventivas de bronco aspiración.	
CUADRO N.10	74
Personal de enfermería revisa constantemente sitios de inserción de vías venosas y arteriales	
CUADRO N.11	75

Enfermera aplica medidas de confort en el paciente

CUADRO N.12 **76**

Se aplican estrategias para prevenir caídas del paciente

APENDICES

APÉNDICE 1 **93**

Oficio de certificación de realización del proyecto

APÉNDICE 2 **94-96**

Registro de avance del proyecto.

APÉNDICE 3 **97**

Manual del plan de prevención de incidentes clínicos

APÉNDICE 4 **121**

Plan de capacitación.

APÉNDICE 5 **125**

plan de prevención de incidentes clínicos

APÉNDICE 6 **126-128**

Listas de asistencias a los tres talleres de
Capacitación del manual de prevención de incidentes clínicos.

APÉNDICE 7 **129**

Formulario de supervisión

de la aplicación del manual de capacitación

de incidentes clínicos.

APÉNDICE 8 **133**

Autorización para la realización del proyecto.

APÉNDICE 9 **134**

Evidencia fotográficas

APÉNDICE 10 **144**

Diapositivas utilizadas en la capacitación del plan.

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Caratula	
Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de derechos	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenidos	VII
1.Resumen	X
2.Abstract	
	XI
3.Introducción	1
4.Problematización	4
5.Justificación	7
6.Objetivos	8

CAPITULO I

7. Marco Teórico	
7.1 Marco Institucional	9
7.2 Maro conceptual	19

CAPITULO II

8. Diseño Metodológico	
8.1 Analisis de involucrados	33
8.2 Árbol de problemas	36
8.3 Arbol de objetivos	37

8.4 Matriz del marco lógico	38
9. Resultados	47
10. Conclusiones	85
11. Recomendaciones	86
12. Bibliografía	88
13. Apéndices	93

1. Resumen

En el hospital IESS Portoviejo se llevó a cabo un proyecto, cuyo objetivo fue implementar un plan de prevención de incidentes clínicos en el área de cuidados intensivos. Este se realiza ante la notable ocurrencia de incidentes clínicos que se presentaron a finales del 2011 y en los primeros meses del 2012.

En el 2011, hubo 48 pacientes con problemas de escaras por decúbito, 10 casos de neumotórax por vía central, 12 quemaduras por medios físicos, De 195 pacientes que ingresaron en el 2011, 66 presentaron neumonías nosocomiales. IESS Portoviejo (2011.).(Diagnóstico del área de uci,

Como respuesta se desarrolló un taller de capacitación del manual que contiene el plan de prevención de incidentes clínicos implementado. Hubo la colaboración del personal de enfermería de uci.

Asegurando la continuidad del proyecto se formó el grupo de supervisión de la aplicación del manual de prevención de incidentes clínicos, se llevara un programa de capacitación continua.

Con el fin de asegurar la adecuada rehabilitación de salud del paciente crítico, evitar la prolongación de su estadía en el hospital y por ende posibles complicaciones intrahospitalarias.

2. Abstract

In the IESS Portoviejo hospital carried out an action project whose objective was to implement a plan of prevention of clinical incidents in the area of intensive care. This process of action is performed as alternative solution to the remarkable occurrence of clinical incidents that occurred at the end of 2011 and early 2012.

In 2011, 48 patients with bedsore problems presented by decubitus, 10 cases of pneumothorax through central, 12 Burns by physical means, of 195 patients entered in the 2011, 66 were nosocomial pneumonias. (Diagnosis of uci area, 2011.).

A training workshop manual that contains the implemented clinical incident prevention plan was developed as a response to this. There was active collaboration of the ICU nursing staff.

The monitoring group of the correct application of the manual of clinical incident prevention was formed to ensure the continuity of the project. The monitoring the correct application of the manual of clinical incident prevention group was formed, and agreed to a program of continuous training.

All this in order to ensure the proper rehabilitation of the critically ill patient health, prevent the prolongation of his stay in the hospital and therefore potential nosocomial complications intrahospitalarias.

3. INTRODUCCION

Los eventos adversos entendidos como un “daño o complicación no intencionada causado por el tratamiento de una enfermedad que resulta en discapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y no obedece a la enfermedad o estado subyacente del paciente” ocurren de manera frecuente en los hospitales. Se ha evidenciado que un 50 % de los casos son evitables, incrementan el costo del sistema de salud y producen discapacidad y muerte en algunos pacientes.

Dialnet. 2010 unirioja.es/download/articulo/3989420.pdf

Los incidentes clínicos por definición son alteraciones que afectan a personas en forma directa, a la economía, a los sistemas sociales y al medio ambiente. Que pueden estar originados por causas naturales, por intervención humana o por combinación de ambas.

[www.unav.es/icf/main\(2012\)/Planfamilia/espana/Espana_Libroblanco.PDF](http://www.unav.es/icf/main(2012)/Planfamilia/espana/Espana_Libroblanco.PDF).

En el área de salud aún es factible brindar atención de calidad a costes mínimos, favoreciendo a más individuos y/u obteniendo mejor retorno financiero de inversiones en este campo el principal objeto de la calidad en salud es garantizar a los clientes que los esfuerzos de la organización se concentran en maximizar cuidados y beneficios y minimizar riesgos inherentes a los procedimientos médicos y terapéuticos. Scielo. <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

Son muchas las causas de iatrogenia, entre ellas se encuentran: error médico, negligencia médica o procedimientos inadecuados (mala praxis), errores al escribir la formulación, interacción de los medicamentos recetados, tratamientos no seguros, diagnóstico erróneo, rechazo por parte del médico a tomar en consideración los efectos negativos que el paciente dice sufrir, infección nosocomial, experimentación médica no ética, entre otras.

Es más frecuente de lo que se piensa y por lo tanto representa un riesgo evidente para los pacientes.

En Estados Unidos en el año 2000 se produjeron 225.000 muertes provocadas por efectos iatrogénicos, que se enumeran a continuación:

- 12.000 debidos a cirugía no necesaria.
- 7.000 errores de medicación.
- 20.000 otros errores en los hospitales
- 80.000 infecciones intrahospitalarias
- 106.000 debidas no a error sino al efecto adverso de los medicamentos.

es.wikipedia.org/wiki/Iatrogenia

De acuerdo al diagnóstico del área de uci, 2011:

En el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del IESS, en el 2011, se presentaron 48 pacientes con problemas de escaras por decúbito, 10 casos de neumotórax por vía central, 12 quemaduras por medios físicos, De 195 pacientes que ingresaron en el 2011, 66 presentaron neumonías nosocomiales.

Todos estos datos llevan a reflexionar que no se está dando una adecuada atención en la prevención de incidentes clínicos, motivo por el cual aumenta los días de estadías del paciente exponiéndolo a contraer microorganismos hospitalarios, lo cual influye en la calidad de atención, provoca reacciones negativas en los familiares llevando a conflictos legales en muchas ocasiones.

Este escenario motivo a realizar un proyecto con el tema: “PLAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL DEL IESS-PORTOVIEJO”. El mismo que se operacionalizó a través de tres objetivos:

El primero fue elaborar el Plan en base al diagnóstico del paciente en la prevención de incidentes clínicos del Área de UCI, para ello se revisó

bibliografía a fin con el tema y con la colaboración del personal de enfermería se procedió a realizar las siguientes actividades socialización del proyecto a las autoridades del Hospital IESS, se procedió a diseñar del contenido del plan de prevención de incidentes clínicos, revisión y aprobación definitiva de los planes de atención en la prevención con el personal de UCI, entrega del manual que contiene el plan de prevención de incidentes clínico a las autoridades del área de uci. Para el cumplimiento del segundo objetivo se realizó la Redacción, Programación, y elaboración de material didáctico de la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos, se ejecutó la capacitación en tres talleres, a fin de consolidar conocimientos.

El tercer objetivo se desarrolló monitoreando y vigilando la adecuada ejecución de procedimientos de cuidado directo de los pacientes a fin de proporcionar una

Adecuada atención a los afiliados en la unidad de cuidados intensivos, cumpliendo las siguientes actividades: creación del rincón educativo, se formó el comité de supervisión de la aplicación del plan de prevención de incidentes clínicos, para lo cual se diseñó un formulario de supervisión y en base a estos se evaluaron los resultados.

El proyecto fue factible ya que conto con los recursos humanos, financieros y materiales y con la aprobación del Director del IESS y personal médico administrativo.

Se concluye que la atención integral al paciente critico no solamente se limita a los cuidados para mejorar su condición, sino que también se trata de tener las precauciones adecuadas en cada procedimiento, a fin de prevenir alguna clase de errores que puedan agravar la condición del paciente, y prolongar sus dias en el área de uci, o incluso causar la muerte.

4. Problematización

La sobrecarga laboral del personal de enfermería en la atención del paciente crítico, muchas veces se convierte en un actuar mecánico y rutinario, en la unidad de cuidados intensivos del hospital de IESS Portoviejo. Razón por la cual se obvian ciertas precauciones que se deben tener en cuenta al realizar cada procedimiento, la gran presión que existe a nivel de salud interfiere para que el personal se dedique más a producir y se dejen a un lado la prevención, si bien es cierto las autoridades de dicho hospital no cuentan con un plan de capacitación continua, lo que influye en desenvolvimiento profesional.

Por otro lado la contratación de nuevo personal de reemplazos se realiza muy a menudo lo que es un riesgo para los pacientes ya que si bien es cierto reciben su orientación pero aun así es un personal que no tiene la práctica y por tanto la habilidad necesaria en la ejecución de ciertos procedimientos.

La unidad de cuidados intensivos del hospital de IESS Portoviejo, cuenta con nueve camas para la atención al paciente crítico, en donde acuden afiliados del seguro general y campesino, no afiliados y de red pública personas de diferente tipo de condición social, creencias y religión. El paciente ingresa sin sus familiares el área es restringida por el tipo de cuidados que en ella se proporcionan, la mayoría de los pacientes entran en un estado de sedación terapéutica de acuerdo a su condición de salud.

En el área de UCI se cuenta con manual de normas y procedimiento, pero en realidad no existe una supervisión del cumplimiento del mismo, y ante la presencia de un incidente clínico no hay un plan a seguir, por otro lado el personal recibe llamadas de atención por algún error pero no hay incentivo ni congratulaciones por el buen accionar.

Según el diagnóstico del área de uci, 2011:

En el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del IESS, en el 2011, se presentaron 48 pacientes con problemas de escaras por decúbito, 10 casos de neumotórax por vía central, 12 quemaduras por medios físicos, De 195 pacientes que ingresaron en el 2011, 66 presentaron neumonías nosocomiales.

En Manabí y en el Ecuador no existen registros sobre incidentes clínicos, pero aun así El doctor Alberto Narváez, presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, defiende un 'punto clave' para evitar que más de estas acciones ocurran. **“La educación médica continua asegura la certificación continua de los profesionales que trabajamos en salud y da licencia para continuar ejerciendo nuestro trabajo”**, expresa **Narváez**.www.ciudadaniainformada.com//la-prevención-y-formación.

Así, tanto médicos como instituciones sanitarias, hospitales y centros de salud son responsables de informar adecuadamente al paciente sobre los riesgos y condiciones a los que está sujeto, antes, durante y después de la intervención. www.ciudadaniainformada.com//la-prevención-y-formación

Pero algunos centros de salud, no especifican en sus políticas de funcionamiento las acciones o previsiones en casos de mala práctica médica y de derechos del paciente. El Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, no da una respuesta sobre este tipo de especificaciones. El responsable del área jurídica del hospital, Freddy Erazo, aseguró que “no hay estos procedimientos en el hospital”, y asegura que en la institución ‘nunca han tenido casos de ese tipo’.www.ciudadaniainformada.com/...//la-prevencion-y-formacion-seria-

En este contexto, de acuerdo al diagnóstico situacional en el Área de Cuidados Intensivos del Hospital del IESS, se determinó como problema principal que el paciente no recibe atención en la prevención de incidentes clínicos, estableciéndose como causas el que no existe un plan de prevención de incidentes clínicos porque el personal se preocupa en los protocolos de atención más que en los de prevención. Se suma a esto la poca disponibilidad de tiempo por dedicarse a producir, generando efectos negativos en el paciente, prolongándose los días de hospitalización.

Por otra parte el equipo de salud no está actualizado en el manejo de incidentes clínicos, pues la institución no dispone de un plan de capacitación continua debido a que no existe gestión de sus directivos en la actualización del personal. Motivo por el cual la atención al paciente crítico no es integral agudizándose su situación de salud.

En el área de UCI no existe un formulario de supervisión de cuidado directo por lo tanto el personal de enfermería no es observado en la aplicación de sus procedimientos, lo que produce desinterés en aplicar las normas de cuidado directo correctamente; propiciando a que el paciente se exponga a los incidentes clínicos, ocasionando que los familiares reaccionan negativamente y se produzcan problemas legales. Todo esto nos conlleva a un incremento de complicaciones durante la atención de los usuarios.

Por ello surge la siguiente interrogante ¿será factible implementar un plan de prevención de incidentes clínicos en el área de uci del hospital del IESS Portoviejo?

5. JUSTIFICACION

La Seguridad de la Atención Sanitaria es un componente esencial de la Calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización.

Esta complejidad conlleva riesgos, la experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los Eventos Adversos (en adelante EA) afectan, y afectarán en el futuro, a los sistemas de Salud. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación profesionalidad del personal.

La existencia de incidentes clínicos en los pacientes es un tema de preocupación e interés creciente y se encuentra en el centro del debate público debido a que estos son causas primordiales de muertes, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales e instituciones.

Cabe destacar que no solamente las medidas diagnósticas y terapéuticas son signos de atención integral sino que también otros como los planes ante contingencias de nuestra organización, la formación del personal, la comunicación entre profesionales y con las/ os usuarias/ os, la salud pública y medio- ambiental. Requiriendo, por tanto, la implicación de todas las categorías profesionales y un abordaje global y multidisciplinar.

Todo lo anteriormente referido confluye en: justificar el proyecto de un Plan de prevención de incidentes clínicos en el área de uci del hospital IESS Portoviejo. El desarrollo de la presente propuesta de intervención fue de vital importancia, puesto que permitió a la Universidad Técnica Particular de Loja, abordar una problemática de salud presente en el cantón Portoviejo y porque se presentarán elementos metodológicos y técnicos que la Universidad podrá brindar a las entidades de salud de la provincia y del país, que requieran saber sobre esta temática, aspectos que remarcan la relevancia científica de este proyecto de intervención.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

- Evitar efectos negativos en la atención a los usuarios del Área de UCI del Hospital IESS mediante la implementación de un Plan de Atención en la prevención de incidentes clínico, capacitación al equipo de salud e información a las familias a fin de disminuir el riesgo de mortalidad.

6.2. Objetivos específicos

- Elaborar el Plan de prevención de incidentes clínicos del paciente crítico en la del Área de UCI.
- Capacitar al equipo de salud que labora en el Área de UCI del Hospital del IESS, sobre la prevención de incidentes clínicos a fin de que el paciente reciba una atención con calidad.
- Monitorear y vigilar la adecuada ejecución de procedimientos de cuidado directo de los pacientes del Área de UCI.

CAPITULO 1

7.- MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 Aspecto geográfico del lugar

Ubicación del cantón Portoviejo

Limites

Norte: Cantones de Sucre, Rocafuerte, Junín y Bolívar.

Sur: Cantones de Montecristi, Jipijapa y Santa Ana.

Este: Cantón Pichincha.

Oeste: Jaramijo y el Océano Pacífico.

[es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo)



Clima:

Periodo de verano, desde junio hasta diciembre.

- . Temperatura máxima: 32 grados centígrados.
- . Temperatura: media: 25 grados centígrados.
- . Temperatura mínima: 17 grados centígrados.

Periodo de invierno desde enero hasta mayo

- . Temperatura máxima: 35 grados centígrados.
- . Temperatura media: de 24 a 28 grados centígrados.

La humedad relativa en los meses de invierno es de 98%.

[es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo)

Humedad relativa

La humedad relativa anual tiene valores promedios de 76.2 anual. Los meses ecológicamente húmedos van de febrero a abril; el mes de Marzo es ecológicamente el más húmedo.[es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo)

Hidrografía

Por el cantón Portoviejo atraviesan dos ríos. El río Portoviejo constituye el principal curso hídrico de la cuenca que lleva el mismo nombre, y viene desde las montañas del cantón Santana, teniendo como afluentes la unión de los ríos el mineral y pata de pájaro. El otro río es el ri chico, formado por el río Chamotete y el estero mancha grande.[es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo)

Suelos

Los suelos del valle pueden ser distinguidos como planos o bajos y de ladera.

Los suelos de las laderas son arcillosos y los planos areno arcillosos, en las vegas de los ríos, los suelos tienden a ser sueltos y arenoso. Esta región puede ser calificada como pobre en nitrógeno, medio en fósforos y rica en potasio. [es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo).

7.1.2. Dinámica poblacional

El cantón en si del mismo nombre tiene una población de 280.029 habitantes según datos oficiales del INEC según censo del 28 de Noviembre del 2010. La ciudad en si en su área urbana administrativa tiene una población de 206.682 habitantes, pero en datos reales considerando la aglomeración urbana de los suburbios, la ciudad tiene 223.086 habitantes, compuesta

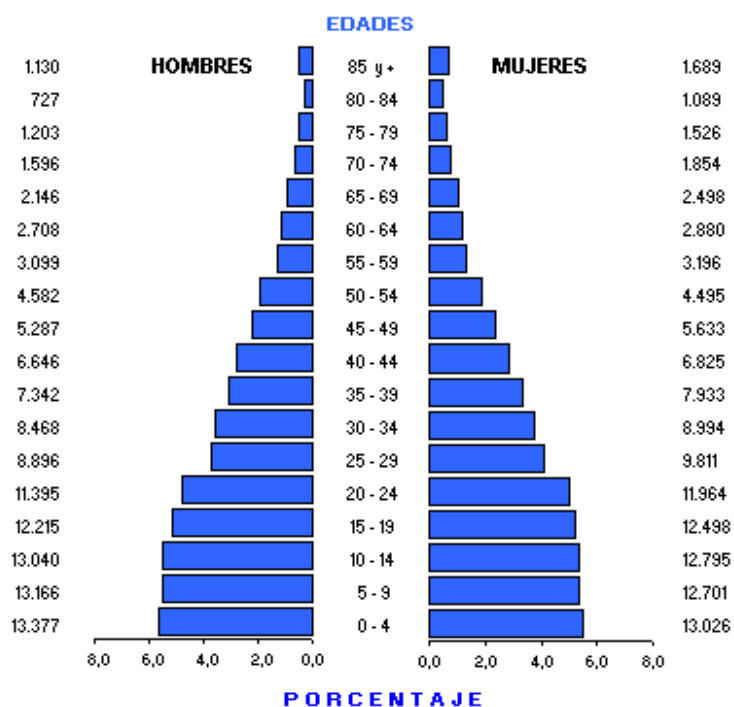
mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles, italianas, libanesas y descendientes de las culturas nativas de la zona.

[es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo).

Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas. El portovejense es una persona amable, trabajadora.

Cabe destacar que Portoviejo es la cabecera de la mencionada Conurbación Manabí-centroy contando los demás cantones fusionadas en esta entidad metropolitana se puede contar 676.154 habitantes y así la 3ra área metropolitana más poblada del país

Lamina 1.



Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Inec). (2010) censo de Portoviejo

La brecha poblacional masculina y femenina de la capital provincial ha sido casi invariable, de acuerdo a los censos realizados en 1990, 2001 y 2010, el número de mujeres en este cantón ha estado un 0,82% por encima de la cifra de hombres.

Según las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Inec), en 1990 hubo 3.276 más mujeres que hombres censados; en el 2001 la cifra femenina fue mayor en 4.839 personas, y en el último censo realizado en el 2010 hubo 4.091 más mujeres que hombres. [www.eldiario.com.ec/2010/222144-en -portoviejo-predomina- el-sexo-fe](http://www.eldiario.com.ec/2010/222144-en-portoviejo-predomina-el-sexo-fe).

Portoviejo está ubicado a 30 km del mar de Ecuador y a 35 km, en moderna y segura autovía, de la ciudad de Manta, principal puerto de la provincia. El valle del Río Portoviejo en el que está ubicada la ciudad es rico en producción de hortalizas, legumbres y frutas tropicales para el consumo interno. Una de las principales actividades económicas en el cantón Portoviejo es la agricultura, pese al déficit existente de agua para riego. Esta situación deja ver claramente el potencial agrícola existente en el sector, el mismo que podría explotarse mejor si se satisficiera la demanda de agua de riego. [es.wikipedia.org/wiki2010/Cantón Portoviejo](http://es.wikipedia.org/wiki/2010/Cantón_Portoviejo).

El sector industrial es incipiente y la línea más desarrollada es la agroindustria con plantas procesadoras de aguardiente refinado, salsa de tomate y plátano en rodajas, popularmente conocido como chifles. Portoviejo es una ciudad muy comercial, habitantes de toda la provincia de Manabí han convertido a Portoviejo en su principal centro de compras. Gran parte de la población se dedica a la actividad comercial ya sea de manera formal o informal. [www.taringa.net 2010 ./Portoviejo-Capital-De-Los-Manabitas .html](http://www.taringa.net/2010/Portoviejo-Capital-De-Los-Manabitas.html).

En cuanto a la migración, está en constante apogeo, ya que las personas van en búsqueda de un mejor estilo de vida para ellos y para sus hijos. Más del 30% de las familias tienen sus familiares en el exterior. Sus destinos son España, Italia, Estados Unidos a los que van en busca de trabajo mejorar sus ingresos económicos, los cuales muchas veces regresan sin haber podido cumplir su sueño, y muchos de ellos no regresan.

En referencia a la mortalidad en el cantón Portoviejo, las cinco primeras causas, en orden descendente son: las enfermedades isquémicas del corazón,

Las agresiones, enfermedades del hígado, tumor maligno, accidentes de transporte.[www.taringa.net 2010 ./Portoviejo-Capital-De-Los-Manabitas.html](http://www.taringa.net/2010/Portoviejo-Capital-De-Los-Manabitas.html).

7.1.3. Misión de la institución

Según el plan estratégico del hospital IESS Portoviejo, 2010. la misión es:

“Brindar el mejoramiento de la salud de sus usuarios, mediante la aplicación de programas de calidad preventivo y curativo de segundo nivel. En forma oportuna eficaz y eficiente, con buen trato, con personal capacitado, motivado e integrado; con infraestructura y equipamiento adecuado, a fin de satisfacer las necesidades bio-psico-sociales de sus afiliados”.

7.1.4. Visión de la institución

De acuerdo al plan estratégico el hospital IESS. Portoviejo, tiene la visión:

“Que en el lapso de 5 años, se convierta en una verdadera unidad de atención de nivel tres apoyada con programas de educación continua,

para convertirse en líder provincial de salud en la atención al usuario. Que funcione con toda la capacidad planificada para 120 camas, equipado con tecnología de punta, con: personal profesional con un trato humano que funcione las 24 horas, con todas las especialidades de acuerdo a su grado de complejidad y perfil epidemiológico y dotado de recursos económicos suficientes”.

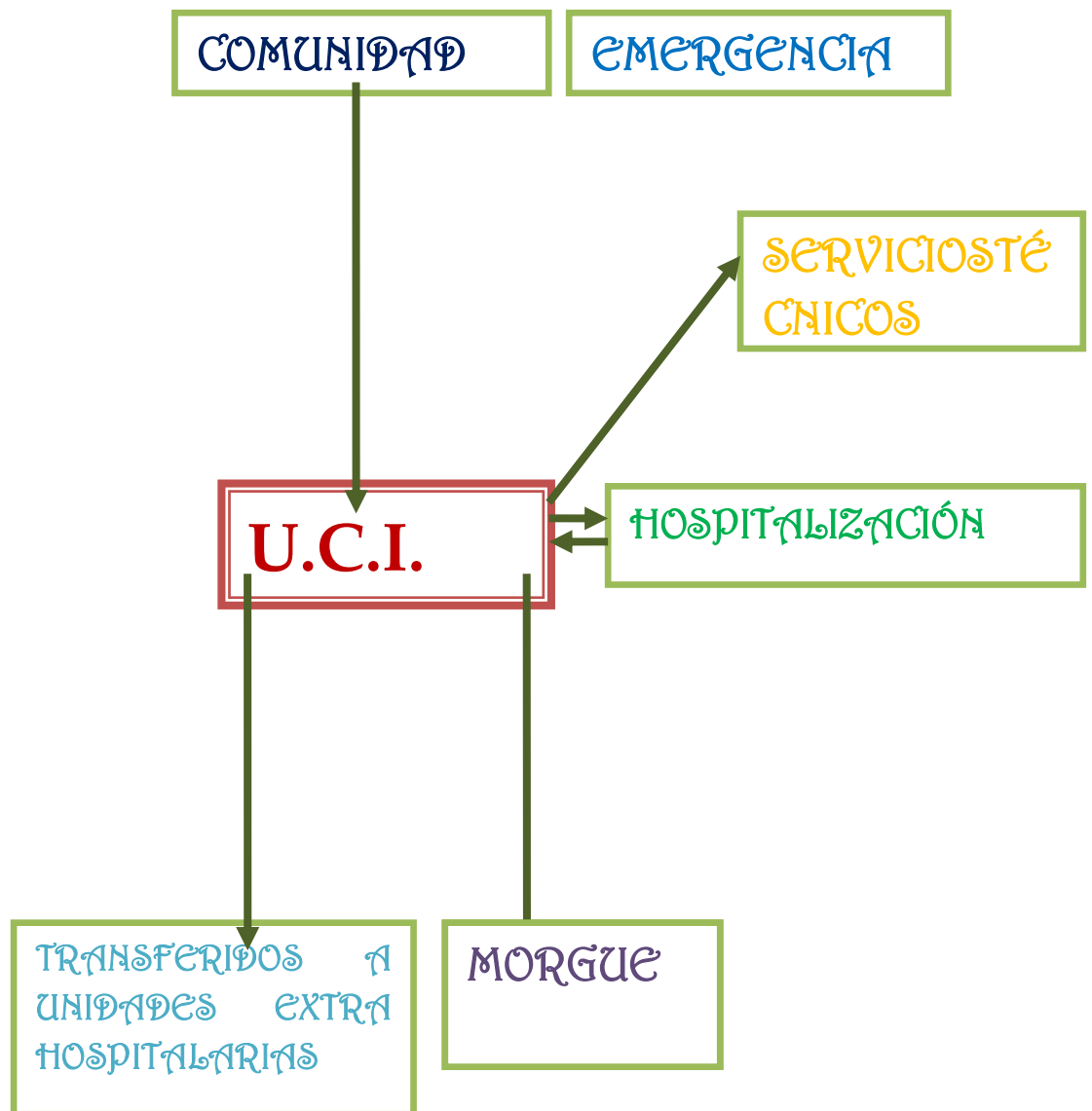
7.1.5. Organización administrativa.

De acuerdo a las disponibilidades del sub proceso de la unidad de cuidados intensivos cuenta con el elemento humano adecuado para cumplir sus propósitos.

- Medico Jefe De La Unidad
- Médicos Intensivistas
- Un Cuerpo De Médicos Consultores
- Médicos Residentes
- Profesionales De Enfermería
- Auxiliares De Enfermería Idóneas
- Personal Técnico
- Personal De Limpieza

Lamina 2

FLUJOGRAMA DEL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO



Fuente: Libro técnico administrativo del área de uci IESS Portoviejo.

Elaborado por: Lcda. Carla PARRALES.

7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

“El Hospital IEES-Portoviejo es una institución que brinda a la comunidad afiliada y no afiliada (SOAT-FONSAT) del Cantón Portoviejo y sus áreas de influencia actividades de fomento, prevención, curación y rehabilitación, con los siguientes servicios:” Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Sub-gerencias de atención al afiliado

- Cirugía General,
- Cirugía Vasculuar y Angiología,
- Dermatología,
- Estomatología, Gastroenterología,
- Ginecología y Obstetricia,
- Hematología,
- Medicina Física y Rehabilitación,
- Medicina Interna,
- Nefrología-Urología,
- Neumología,
- Neurología,
- Oftalmología,
- Ortopedia y Traumatología,
- Otorrinolaringología,
- Pediatría,
- Psiquiatría,
- Reumatología,
- Imagenología y Laboratorio Clínico”.

Libro de diagnóstico del área de uci hospital IEES (2011).

7.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

El principal asegurador en salud del país es el IESS que cubre a través del Seguro General al 9.9% de la población y con Seguro Campesino al 7.8% de la población. Según las estadísticas los afiliados al Seguro General son 30.705, al Seguro Campesino 38.867 familias (150.130 personas), los Jubilados 10.539. “Las cifras de atención diaria en consulta externa son 572 y 100 pacientes en el área de emergencia, con un promedio aproximado de 700 pacientes por día”.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Departamento de estadística-sistema informático AS 400. Ecuador.

CUADRO # 1

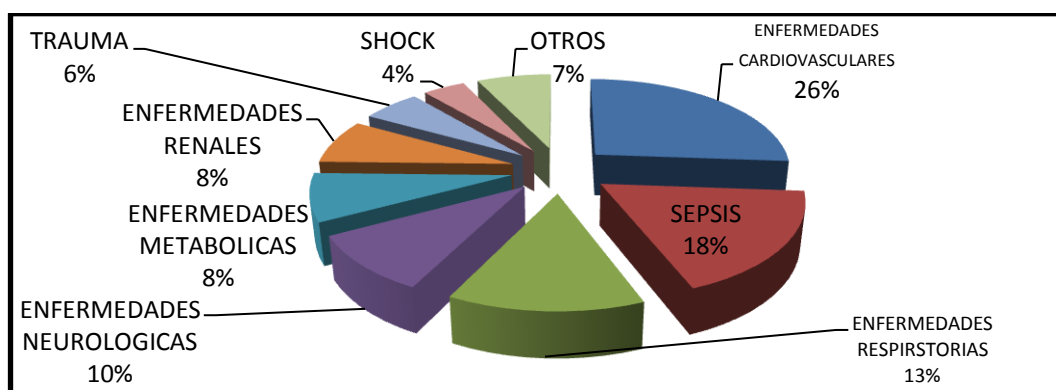
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES QUE SE PRESENTARON EN LA UCI DEL HOSPITAL DE IESS PORTOVIEJO EN EL PERIODO ENERO/DICIEMBRE 2011

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	51	26,15
SEPSIS	35	17,95
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	26	13,33
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	19	9,74
ENFERMEDADES METABÓLICAS	16	8,21
ENFERMEDADES RENALES	15	7,69
TRAUMA	11	5,64
SHOCK	8	4,10
OTROS	14	7,18
TOTAL	195	100

FUENTE: Registro de la UCI del Hospital IESS Portoviejo

ELABORADO POR: LCDA. Carla Parrales

GRAFICO # 1



Análisis e interpretación.

En el gráfico 1 se observa que el (25.50%) de las enfermedades que se presentaron durante en el año corresponden a las cardiovasculares, mientras que el (4.00%) corresponde a shock.

Quedando demostrado que las enfermedades que más se presentan en el área son las cardiovasculares, lo cual coincide con la teoría.

7.1.8. Características geo-físicas de la institución

“El Hospital del IESS está conformado de manera tripartita por un representante del Ejecutivo, quien lo preside, un representante de los empleadores y un representante de los trabajadores. Situado en el Cantón Portoviejo, ciudadela Los Mangos en la Av. Manabí y Manuel Palomeque, la estructura del edificio es de Hormigón armado.

En la planta baja funciona el área administrativa: Dirección, departamento de enfermería, recursos humanos, financiero, departamento de transferencias área de estadística, consulta externa, departamento de

curaciones, PAI. Laboratorio, departamento de rayos x, esterilización, quirófano, sala de parto y emergencia.

En el primer piso se encuentra el área de cirugía, oncología, neonatología, pediatría y cuidados intensivos.

El segundo piso está conformado por clínica de mujeres, departamento de EVAS. Y clínica de varones.

“Este Hospital en inicio funcionó con 24 camas en hospitalización y un quirófano en el que laboraba un cirujano general, un anestesiólogo, un traumatólogo y cuatro gineco-obstetras. Posteriormente, en el mes de noviembre del año 2007 ascendió a 76 camas y en la actualidad cuenta con 120 camas hospitalarias distribuidas en clínica de varones (37), clínica de mujeres (35), cirugía (28), pediatría (20)”. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Secretaría general).

7.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Como lo indica el diagnóstico situacional:

El Hospital IESS Portoviejo se proyecta en prevenir y fomentar a toda la población contra las diferentes enfermedades y problemas ambientales establecidos a nivel nacional y que tiene que ver con la modernización del estado como un racional y eficiente gasto público, descentralizado, fortalecimiento institucional, manejo adecuado de proyectos y programas.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

Enfermería debe propiciar el enriquecimiento y excelencia del cuidado, teniendo en cuenta esto y partiendo de la importancia que tiene el conocimiento, a continuación se presenta una revisión teórica sobre los principales conceptos y definiciones que existen alrededor de calidad, calidad en enfermería, evento adverso, iatrogenia y error. Dicha revisión centrada en el saber y discernimiento pretenden ser el sustento que fundamente y permita dar discusión alrededor de la incidencia de los eventos adversos durante el proceso de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. www.2012bioeticachile.cl/felaibe/documentos/./FELAIBE%20Comites.

Incidentes clínicos

“Es un hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de incidentes clínicos, pero daño y error no siempre van ligados.”

Revista CIR CIRUJ.2009 Volumen 74, No. 6, noviembre – diciembre de Los incidentes clínicos.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) define: “Evento Centinela como “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”.

GOMEZ, Isabel. ESPINOSA, Ángela dice:

“Existen múltiples formas de clasificar el incidentes clínicos, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en incidentes clínicos prevenible y no prevenible. El incidente clínico no prevenible es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento; el incidentes clínicos prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.”

“Cualquier incidente clínico previsible que puede causar o conducir el uso inadecuado de medicamento o riesgo al paciente, mientras el medicamento se encuentre bajo el control del profesional de la salud, paciente o consumidor. Tales incidentes puede estar relacionados a la práctica profesional, a los productos de salud, a los procedimientos y sistemas, incluyendo: prescripción; comunicación de la orden; rótulo, embalaje y nomenclatura de los productos; preparación; almacenamiento; distribución; educación; monitoreo y uso”.

COUISNS Calnan, (2002) Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación farmacéutica americana;P.18.1-20.

Tener un plan de contingencias estratégico que defina el camino, objetivos y plazos para superar perfectamente las potenciales crisis es crítico en los momentos complicados ya que, unido a la comunicación interna, es la única manera de conseguir mantener la calma y de preparar la organización para la próxima emergencia.” La crisis en la gestión de los incidentes clínicos. Una perspectiva psico-social. http://www.monografias.com/trabajos16/____manejo-psicosocial-crisis/manejo-psicosocial-crisis.sh.

Una **clasificación** es una organización de **conceptos** (portadores de significado) y **clases** (grupos o conjuntos de cosas similares, tales como «Factores contribuyentes», «Tipos de incidentes» o «Resultados para los pacientes»), y sus subdivisiones, vinculados para expresar las **relaciones Semánticas** entre ellos (cómo se asocian unos con otros en función de sus significados). Por ejemplo, los «factores contribuyentes» preceden a la generación de cualquier «tipo de incidente» y participan en ella. Del mismo modo, la «detección» precede a los «factores atenuantes» y va seguida de los «resultados»: no es posible atajar la progresión de un incidente antes de haber detectado y determinado su naturaleza, ni describir los resultados en tanto esos intentos de atajarla no hayan ejercido su influencia. www.cgc-cohan.coop/cgcppal/archivos_tecnovigilancia.pdf.

Se ha definido al **paciente** como la persona que recibe atención sanitaria, y a la **atención sanitaria** como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no se han considerado pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo. www.msc.es/organizacion/sns/docs/seguridad_en_mente.pdf.

La Organización Mundial de la Salud define la **salud** como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La **seguridad** es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. www.who.int/patientsafety/implementationicps_full_report_es.pdf.

Un **peligro** es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño. Una **circunstancia** es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas. Un **evento** es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un **agente** es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios. La **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.
www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/salud_laboral1.pdf

¿Por qué ocuparnos de LA Seguridad del Paciente?

La compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema de atención de la salud puede aportar beneficios importantes, pero también conlleva riesgos inevitables de que ocurran eventos adversos, y de hecho, éstos ocurren con demasiada frecuencia.

El objetivo de la práctica clínica es proveer servicios a los pacientes para que preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, para ello se lleva a cabo un proceso que requiere de información clínica, percepciones, razonamientos, juicios clínicos, procedimientos e intervenciones. Si bien no se sabe mucho cómo se lleva a cabo este proceso lo que sí se sabe es que existe una gran variabilidad de la práctica clínica, y que se producen errores.
www.adebra.org.ar/comercio64/html/458539cuadernillo_web.pdf

Calidad

Calidad es un concepto que tiene diferentes acepciones y percepciones dependiendo del contexto en el que se describa o de la persona a quien se le pregunte, dicha multiplicidad responde a la subjetividad y ambigüedad del término, de ahí que podamos hablar de calidad desde la perspectiva de

labor, usuario, producción, tecnología o estrategia teniendo en cuenta que para todas las anteriores, el punto en común es el que describe el término como la condición o indicador por el que un servicio o producto recibido/ofrecido con sus características, constitución y comportamiento cumple, complace y resuelve de manera oportuna, adecuada y excelente las expectativas, deseos, y exigencias explícitas o implícitas de una persona o grupo de personas.

[www.javeriana.2010edu.co/biblos/tesis enfermería tesis 44.pdf](http://www.javeriana.2010edu.co/biblos/tesis_enfermería_tesis_44.pdf).

El diccionario de la real academia de la lengua española:

“describe la calidad como aquella “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C):

Define el mismo término como: “el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. *La norma ISO 9000, concibe la calidad* como “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, necesidades o expectativas establecidas, que suelen ser implícitas u obligatorias”. [www.eumed.net/Observatorio de la Economía Latinoamericana](http://www.eumed.net/Observatorio_de_la_Economía_Latinoamericana).

Definir calidad en sí es entender los preceptos de algunas personas que han sido las principales exponentes del tema, que se han interesado por su significado, lo han estudiado, discutido, puesto en práctica y perfeccionado, es por esto que es importante citar la interpretaciones que sobre el tema tienen: Joseph Juran, quien considera calidad como “el conjunto de características de un producto que satisfacen las necesidades de los clientes y, en consecuencia, hacen satisfactorio un producto” • Edwards Deming para quien "la calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos

hacia una mejora continua. Es satisfacción del Cliente.<https://export.writer.zoho.com/public/wendolin/calidad>. Fullpage.

Ética en enfermería

La deontología o moral profesional para nuestro caso, estudia las relaciones profesionales entre las enfermeras y los pacientes/clientes. Los profesionales de enfermería trabajan en cooperación con el médico, no solo como alguien que realiza labores encomendadas, sino que tiene por supuesto sus propias competencias a las cuales debe responder.

www.monografias.com Salud.

En la actualidad no se pone en duda que la profesión de enfermería es una ciencia autónoma, con sus propios principios y sus competencias específicas, que afirman su independencia y le otorgan al profesional el fundamento ético para su quehacer en todos los ámbitos en los que se puede desenvolver.

La formación de la enfermera con fundamentos en principios éticos incitan al profesional a buscar su perfeccionamiento, que le permiten en la búsqueda de esta perfección la elaboración de códigos y categorizaciones para la unificación de criterios que influyen en los diferentes comportamientos y situaciones, en la toma de decisiones y en la participación desde su ámbito profesional con otras disciplinas. Esto conduce a pensar y aplicar la ética en todos los actos de enfermería y no solo en aquellos que se consideren excepcionales.www.obracultural.org aplicación reductiva de la ética.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL EVENTO ADVERSO

Iatrogenia

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según

El diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico". Siguiendo estos Preceptos al optar un tratamiento o intervención la primera consideración debiera ser el principio Hipocrático de evitar el daño.

www.encolombia.com/medicina/ortopedia_orto15201-editorial.htm.

Sin embargo la iatrogenia se encuentra latente en todos los actos médicos (Entiéndase estos como toda intervención por cada uno de los integrantes del equipo de salud). Son muchas las causas de iatrogenia, entre ellas se encuentran: error Médico, negligencia médica o procedimientos inadecuados (mala praxis), errores al escribir la formulación, interacción de los medicamentos recetados, tratamientos no seguros, diagnóstico erróneo, rechazo por parte del médico a tomar en consideración los efectos negativos que el paciente dice sufrir, infección nosocomial, experimentación médica no ética, entre otras.

www.encolombia.com/medicina/ortopedia_orto15201-editorial.htm.

Error medico

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos” *Max Thorek, cirujano, músico y fotógrafo 1880-1960* .El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto, o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

www.uazuay.edu.ec/estudios/medicina/etica%20siglo%20XXI.pdf

En nuestro medio las definiciones del error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir que está vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. Por ejemplo:

- Error médico es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.

www.uazuay.edu.ec/estudios/medicina/etica%20siglo%20XXI.pdf

“Error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica”.

El Dr. Lucían Leape, pediatra y profesor: quien inicia con la investigación y Estudio de la seguridad de los pacientes en 1993 junto con sus colaboradores idearon una categorización útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta y que los dividen en:

- Diagnósticos:

Error o retardo en el diagnóstico. Falla en el uso de las pruebas indicadas
Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas, falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria.

- Terapéuticos:

Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba

Error en la administración del tratamiento error en el método o la dosis de un medicamento, retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal.

Cuidado inapropiado o no indicado

- Preventivos:

Falla para proveer un tratamiento profiláctico

Seguimiento del tratamiento inadecuado

- De otro tipo:

Falla en la comunicación

Falla en el equipo

Falla de otros sistemas

Estos errores tiene la facultad de ser prevenibles, con presencia en su mayoría en áreas de mayor tecnología tal como la neurocirugía, cirugía cardiovascular, salas de cirugía, servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo.

La presencia e incidencia de los errores depende también en gran parte de la condición general de salud de los pacientes. Teniendo en cuenta esto los

Fallos más importantes se presentan en el manejo de infartos de miocardio, el diagnóstico de los accidentes cerebro vasculares y de medicación y respuesta sub óptima de los médicos a los signos y síntomas en los casos de paro cardiaco.

www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/.100517.pdf.

Negligencia de Enfermería

Si usted ha sido herido por las acciones negligentes de una enfermera, usted puede tener una reclamación de negligencia médica. La negligencia de enfermería ocurre cuando una enfermera deja de realizar sus deberes médicos y aquel fracaso causa herida al paciente. La negligencia de la enfermería puede ocurrir en una variedad de situaciones, sin embargo, abajo son las más comunes.

Errores de Medicación

La administración de la medicación a pacientes, según las órdenes de un doctor, es probablemente la tarea más común que una enfermera realizará. Si una enfermera deja de seguir órdenes, él o ella podrían ser responsables de la negligencia si el paciente es herido. Este incluye la administración incorrecta de medicación, dando al paciente la dosis incorrecta, o administrando la medicina incorrecta. Este también incluye un fracaso de examinar la posibilidad de efectos secundarios y toxicidad.

Fracaso de Supervisar y Examinar la Condición de un Paciente

Si un paciente experimenta una emergencia médica repentina, una enfermera puede ser sostenida responsable si él o ella fueron negligentes dejando de inmediatamente tomar las medidas apropiadas. Este podría incluir la notificación inmediata de un doctor o administración médica. Igualmente, una enfermera es responsable de supervisar la condición de un paciente. Si él o ella notan un cambio negativo de la condición médica del paciente, o debería haberlo notado, entonces la enfermera puede ser responsable de negligencia si él o ella no notificaran al doctor.

Perjuicio de un Paciente con Equipo Médico

Si una enfermera hiere a un paciente con un pedazo del equipo médico, él o ella pueden ser sostenidos responsables de la negligencia. Este incluye el uso impropio del equipo médico, golpeando el equipo en un paciente que causa una herida, quemando a un paciente, o dejando una esponja dentro del paciente después de la cirugía. [www.fagellaw.com/Negligencia de Enfermer a.aspx](http://www.fagellaw.com/Negligencia_de_Enfermer_a.aspx).

ENFERMERÍA

“La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las persona y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella”. (Nightingale, 1.859).

Baldera (1.998) define la enfermería como:

“El conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de Enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.” Federación de Colegios de Enfermeras (o) de Venezuela (1.999) Código Deontológico de Enfermería: Caracas, Venezuela.

Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

- Intelectual
- Práctica

- Académica
- Habilidad técnica
- Bases éticas
- Autonomía
- Social

INTELECTUAL

- Se basa en un conjunto de conocimientos
- Emplea el método científico en la práctica
- Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico
- Crítico y creativo

PRÁCTICA

- Debe poseer habilidades y destrezas

ACADÉMICA

- La práctica de la enfermería se caracteriza por la solidez de su formación teórica
- El personal de enfermería debe especializarse con el fin de mejorar la calidad de atención de los usuarios. Ledesma, M. (1.999). Fundamentos de Enfermería: México. Editorial Limusa.

HABILIDAD TÉCNICA

- La práctica de enfermería se apoya en principios o bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona la base para la legitimidad y autonomía de la profesión.

BASES TEÓRICAS

- La enfermería se ejerce dentro de un marco ético. Estos valores se señalan en el Código Deontológico de Enfermería.

AUTONOMÍA

- La enfermería como profesión controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos.

SOCIALES

- Su principio consiste en ayudar a que las personas conserven su salud
- Debe ser sensible a las necesidades humanas y tener consciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás
- Existe una fuerte motivación o vocación en la elección de la carrera que sugiere un compromiso de la profesión al servicio de la sociedad

El personal de enfermería durante el ejercicio de su profesión, es importante que posea o adquiera la capacidad de:

- Formar juicios sobre la realidad que la conduzca a actuar con pleno conocimiento
- Trabajar en equipo inter y multidisciplinario
- Servir y ayudar a quienes lo requieran
- Comunicarse cordial y efectivamente con el usuario, colegas y demás miembros del equipo de salud
- Mostrar seguridad y confianza en sí misma (o)
- Realizar investigaciones de proyección social.
- Aplicar el sentido y valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión.
- Participar con organismos de influencia en el desarrollo de la profesión. Lares, A. y Contreras, A. (1.999) Responsabilidad

Profesional y Legal de los Gerentes en la Prestación y Administración
de los Servicios de Enfermería: Caracas, Venezuela.

CAPITULO 2

8. DISEÑO METODOLÓGICO

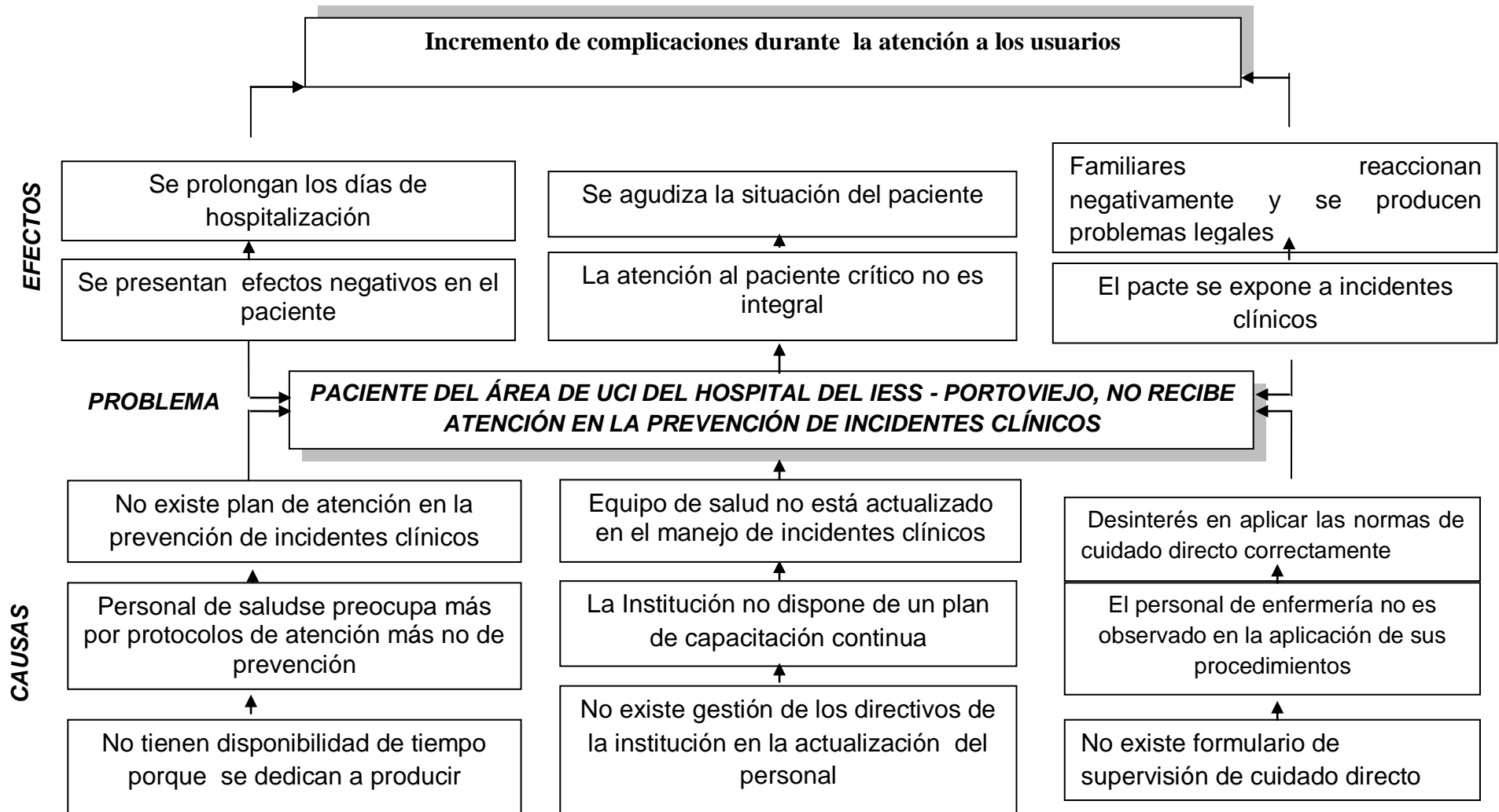
a. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Gerencia del Hospital del IESS – Portoviejo	Mejorar la calidad de vida de los pacientes que ingresan a UCI	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos.</p> <p>MANDATO:</p> <p>“El hospital IESS. Portoviejo brinda el mejoramiento de la salud de sus usuarios, mediante la aplicación de programas de calidad preventivo y curativo de segundo nivel. En forma oportuna eficaz y eficiente, con buen trato, con personal capacitado, motivado e integrado; con</p>	<p>La atención al paciente crítico no es integral</p> <p>Se agudiza la situación del paciente</p> <p>Se incrementa el riesgo de complicaciones.</p> <p>Se prolongan los días de hospitalización.</p>

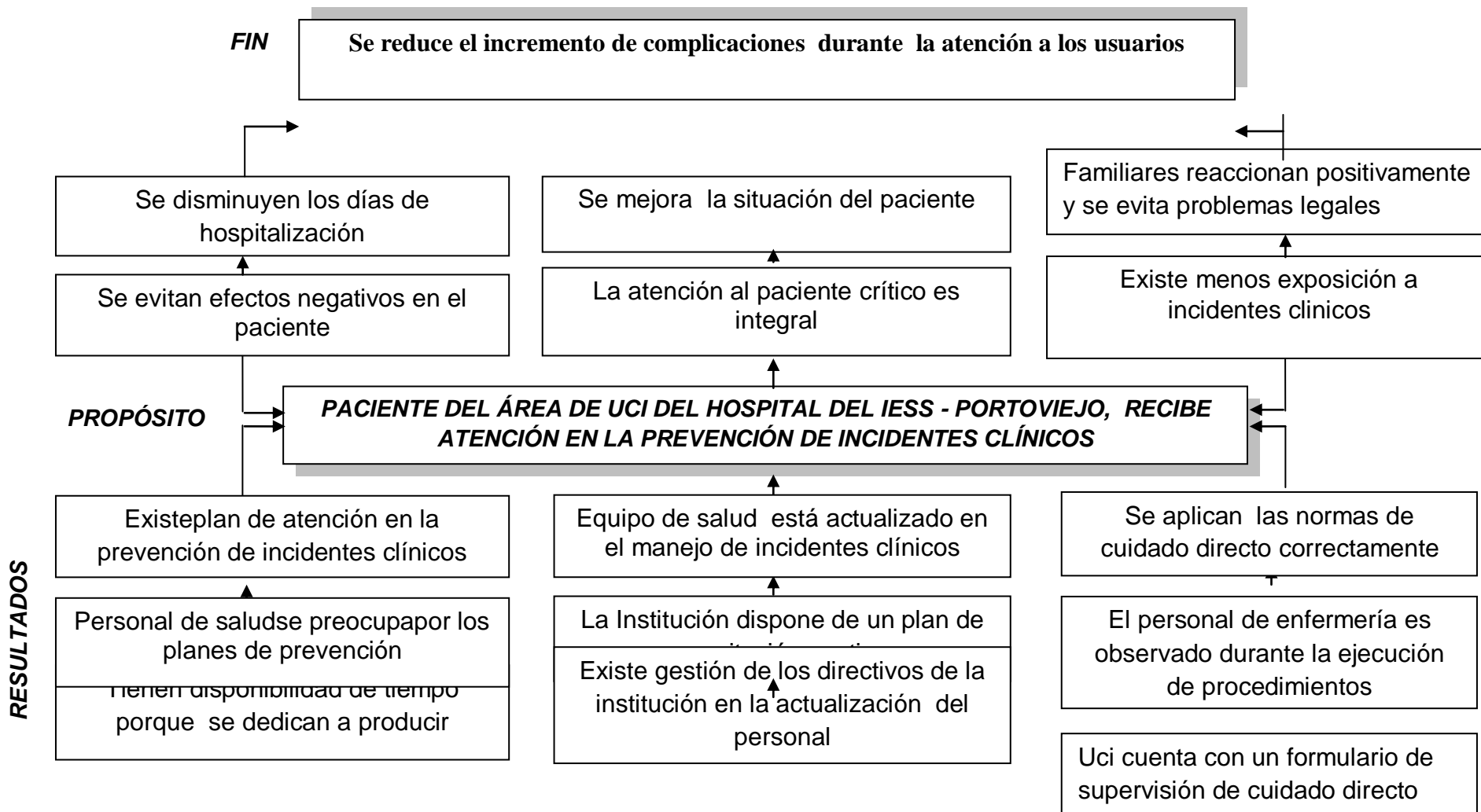
		infraestructura y equipamiento adecuado, a fin de satisfacer las necesidades bio-psico-sociales de sus afiliados". Hospital del IESS-Portoviejo (2011)	
Equipo de Salud de UCI	Mejorar la atención a los pacientes	<p>RECURSOS Humanos.</p> <p>MANDATOS Mejorar la calidad de atención en el paciente crítico fortaleciendo los procesos con capacidad, calidad y calidez, dirigida a todos los afiliados/as y mejorar las líneas de comunicación con la finalidad de tener una institución solida.</p>	<p>No existe gestión de los directivos de la institución en la actualización del personal</p> <p>La Institución no dispone de un plan de capacitación continua</p> <p>Sobrecarga laboral</p>

Familiars y Usuarios	Mejorar las condiciones de salud de sus miembros	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos.</p> <p>Materiales.</p> <p>MANDATOS</p> <p>Constitución del Ecuador 2008. Derechos del paciente. Sección tercera Seguridad social. Art. 373.</p>	<p>Restricciones para el familiar</p> <p>Coto tiempo de visita al usuario – familiar</p> <p>Corto diálogo con médico y Enfermeras</p> <p>Discriminación de la atención</p> <p>Poca información sobre tratamiento invasivo</p>
Maestrante	Implementar un Plan de Prevención en incidentes clínicos.	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos.</p> <p>Materiales.</p> <p>Económicos.</p> <p>MANDATO</p> <p>Cumplir con la misión de la UTPL que dice: Buscar La verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad. (Misión de la UTPL)</p>	<p>No existen planes de atención en la prevención de incidentes clínicos</p> <p>Equipo de salud le da poca importancia a la prevención de incidentes clínicos.</p> <p>Desconocimiento de los familiares sobre riesgos del paciente en UCI</p>

b. ÁRBOL DEL PROBLEMA



c. ÁRBOL DE OBJETIVOS



d. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN Reducir el incremento de complicaciones durante la atención de los usuarios del área de uci del hospital del IESS – Portoviejo.</p>			Mejora la calidad de atención de los usuarios en el Área de UCI.
<p>PROPÓSITO Pacientes del área de UCI del Hospital del IESS - Portoviejo, reciben atención en la prevención de incidentes clínicos.</p>	Hasta el 30 de noviembre del 2012, los pacientes del área de UCI reciben atención en la prevención de incidentes clínicos.	Planes de atención en prevención Registros Evidencias fotográficas	Personal de enfermería participando en el programa de prevención de incidentes clínicos
<p>RESULTADOS</p>			
<p>RESULTADO 1 Plan de atención en la prevención de incidentes clínicos del Hospital del IESS-Portoviejo, diseñado e implementado.</p>	Hasta 30 de octubre del 2012 el 100% del plan de prevención implementado.	Plan de atención en la prevención de incidentes clínicos Lista de pacientes participantes en el programa Cronograma de atención médica de seguimiento	Personal aplicando el plan de atención
<p>RESULTADO 2 Equipo de Salud del Área de UCI del hospital del IESS - Portoviejo capacitado en Plan de Atención en la prevención de incidentes clínicos.</p>	Hasta el 30 de octubre de 2012 100% del personal del Hospital capacitado	Plan de atención en la prevención de incidentes clínicos Plan de capacitación Evidencias fotográficas	Personal motivado en mejorar la calidad de vida del paciente

		Registros de asistencia Certificados Fotos Evaluación de la capacitación Encuesta de satisfacción	
RESULTADO 3 Equipo de salud supervisado durante la ejecución de procedimiento de cuidado directo	Hasta el 11/11/2012 el 90% del personal de enfermería ha sido supervisado en la ejecución de cuidado directo.	Formularios de supervisión de acuerdo a las normas de procedimientos de cuidado directo Fotos	Compromiso de la ejecución correcta de los procedimientos de cuidado directo, por parte del personal de enfermería.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1 Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos del Hospital del IESS-Portoviejo, diseñados e implementados.			
1. Socialización del Proyecto a las autoridades del Hospital IESS.	Autora del proyecto	15 de Mayo del 2012	Material de oficina Cámara de foto 30.00 USD
2. Diseño de Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos de acuerdo al diagnóstico del paciente.	Autora del proyecto	20-21 de junio del 2012	Materiales de oficina Coffe break 40.00 USD
3. Revisión y aprobación definitiva de los Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos con el personal de UCI.	Autora del proyecto	8-9 de agosto del 2012	Material de oficina, Coffebreak 40.00 USD
4. Entrega del manual que contiene el plan de prevención de incidentes clínico a las autoridades del área de uci.	Autora del proyecto	31 de agosto del 2012	Manual del plan Cámara de fotos 20,00 USD
RESULTADO 2 Equipo de Salud del Área de UCI del hospital del IESS - Portoviejo capacitado en Planes de Atención en la prevención de incidentes clínicos.			
1. Redacción, Programación, yElaboración de material didácticode la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos.	Autora del proyecto	10-12 de setiembre del 2012 8 de octubre del 2012	Materiales de oficina Coffebreak 40.00 USD.

2. Ejecución de la capacitación	Autora del proyecto	15-19-23 de octubre del 2012	Materiales de oficina
<p>TALLER 1</p> <p>Presentación Exploración de conocimientos Motivación ,Incidentes clínicos: Definición Clasificación, Objeto y campo de aplicación Factores de riesgo,Estrategias para la detección oportuna de un incidente clínicoMinimización de riesgos.</p>	Autora del proyecto	15de octubre de 2012	Materiales de oficina Material didáctico Infocus Refrigerio 30.00 USD
<p>TALLER 2</p> <p>Estrategias del personal de enfermería Estrategias de la institución, Estrategias del equipo de saludPolíticas de prácticas seguras Estandarización de procedimientos de enfermería , Mejorar prácticas en los profesionales</p>	Autora del proyecto	19 de octubre de 2012	Materiales de oficina Material didáctico Infocus Refrigerio 25.00 USD
<p>TALLER 3</p> <p>Estrategias para evitar incidentes clínicos Prevenir el cansancio del personal de salud Balance de líquidos ,Hipoglicemias Monitoreo de paciente, Maniobra de reanimaciones Prevención de escaras por decúbito</p>	Autora del proyecto	23 de octubre	Materiales de oficina Material didáctico Infocus Refrigerio 35.00 USD

<p>Medicamento seguro, Prevención de caída Medicamento seguro, Prevención de caída Prevención de Infección nosocomial</p> <p>Cómo evitar: La neumonía Reinserción de sondas Lesiones cutáneas por sondas Bronco aspiración Salida no planificada de dispositivos como drenes tuvo endotraqueal etc. Conclusiones, clausura.</p>			
6. Evaluación de la capacitación	Autora del proyecto	23 de octubre del 2012	Materiales de oficina 20.00 USD.
<u>RESULTADO 3</u>			
Equipo de salud supervisado durante la ejecución de procedimiento de cuidado directo			
1. formar el rincón educativo	Autora del proyecto	25 de octubre del 2012	Franelografo, material educativo esferográficos, tachuelas. 20.00USD.
2 crear un comité de supervisión	Autora del proyecto	25 de octubre del 2012	Materiales de oficina. 10.00 USD.
3. Diseñar un formulario de supervisión de procedimiento.	Autora del proyecto	29-30 de octubre del 2012	Materiales de oficina 10.00 USD.

4.evaluar resultados	Autora del proyecto	Del 31 de octubre al 12 de noviembre	Materiales de oficina Computadora Infocus 40.00 USD.
----------------------	---------------------	--------------------------------------	---

9. RESULTADOS

Resultado 1

Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos del hospital iess-Portoviejo, diseñados e implementados.

Actividad 1

Socialización del Proyecto a las autoridades del Hospital IESS.

Descripción

Para el cumplimiento de esta actividad el martes 15 de Mayo del 2012 se realizó una reunión con el Dr. Félix Zambrano, Director Médico; Lcda. Aracely Romero, Jefa de Enfermeras del Hospital para exponer los beneficios de este Proyecto, el mismo que tuvo buena acogida, el Dr. Y la Lcda. Procedieron a leer el proyecto y opinaron que les parecía muy bueno no solamente para el área de uci sino que también para aplicarse a nivel de todo el hospital.

A la vez que se firmó un Acta de Compromiso en el que se acordó el apoyo y colaboración de las partes para el cumplimiento de todas las actividades del mismo, la primera actividad del resultado 1 de gran importancia para dar inicio a planificar y a desarrollar la ejecución del proyecto.

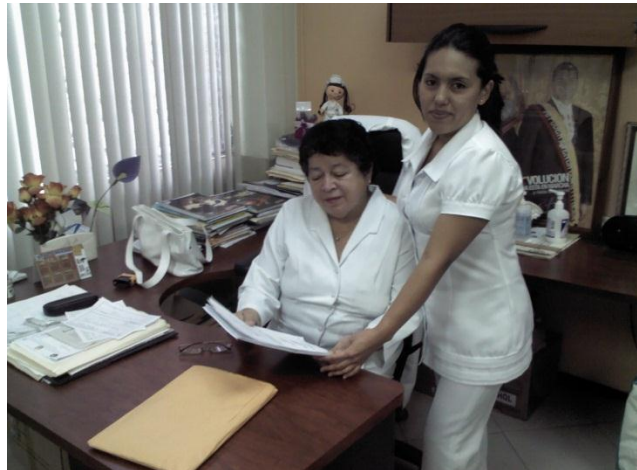
Metodología

Se utilizó la técnica de diálogo con las autoridades del hospital.

Medios de verificación

Fotos- y oficio de autorización

Se muestra al Director Félix Zambrano y a la Lcda. Aracely Romero el proyecto a ejecutarse y se obtiene la firma de compromiso de apoyo al proyecto de la implementación del plan de prevención de incidentes clínicos.



*Oficio de autorización en el **apéndice N.1***

Actividad 2

Diseñar Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos de acuerdo al diagnóstico del paciente.

Descripción

Para el cumplimiento de esta actividad el día veinte y veintiuno de junio del 2012 siendo las nueve de la mañana se realizó una reunión con el personal de

médico y de enfermería en la que se llevó a cabo el diseño del Plan de atención en la prevención de incidentes clínicos. Primeramente se eligieron la mayoría de temas a tratar y previo a esto se pidió que cada persona llevara bibliografías sobre la temática. Luego se procedió a revisar y unificar contenidos de bibliografía en internet, se revisó documentos de libros y normas, de luego a la discusión y finalmente se eligieron la mayoría de temas del contenido del plan de prevención de incidentes clínicos.

Para el cumplimiento de esta actividad únicamente nos reunimos un grupo y posterior a esto se programó la fecha de la próxima reunión y culminar con la actividad. En la segunda reunión se dio a conocer los temas escogidos para el plan de prevención de incidentes clínicos, se adoptaron sugerencias y quedo por terminada la elección de los temas a abordar en dicha capacitación.

Metodología

Se usó la técnica de lluvia de ideas con el fin de escoger los temas del plan, y se llegó a un consenso de ideas mediante la formación de una mesa redonda.

Medios de verificación

Fotos-

El Dr. Andrés Intriago los licenciados de enfermería Ricardo Mantuano, Sonia García, Dalita Loor y la autora del proyecto Carla Parrales Nos reunimos para determinar la temática a seguir el 20/06/12



El veintiuno de octubre del 2012 nos reunimos nuevamente para realizar la técnica de lluvia de ideas a fin de escoger los temas del plan.



Actividad 3

Revisión y aprobación definitiva de los Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos con el personal de UCI.

Descripción

Una vez escogido ya los temas a tratar se procedieron a realizar el plan de prevención de incidentes clínicos. El 8 y 9 de agosto del 2012 contando con la presencia del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, se revisó los Planes de Atención diseñados con el objetivo de hacer un análisis y obtener sugerencias en cuanto a cuidados de enfermería.

Dicho plan sería aquel a ejecutarse con el fin de reducir la ocurrencia de incidentes clínicos en el área de uci.

El plan contaría con estrategias para reducir la existencia de errores clínico, a nivel de enfermería, equipo de salud y de entidad u hospital, actividades que nos dirijan a cómo actuar frente a un incidente clínico y qué medidas tomar ante el profesional involucrado.

El personal que participó en esta actividad:

1. Lcda. Magaly Scott, Jefa de Enfermeras UCI
2. Lcda. Geoconda Yépez
3. Lcda. Derlin Delgado
4. Lcda. Paola Santos
5. Lcda. Gina Calderón
6. Lcda. Dalita Loor
7. Lcda. Miriam Loor
8. Lcda. Carmen Monserrate
9. Lcda. Sonia García

10. Lcda. María Lobatón
11. Lcda. Marjorie Veliz
12. Lcda. Evelin Zambrano
13. Lcda. Tatiana Moreira
14. Lcda. Andrea Mendoza
15. Lcdo. Héctor Mendoza
16. Lcdo. Danny Bravo
17. Lcda. Alexandra Salvador
18. Lcda. Jessenia Cedeño

Metodología

Se procedió a revisar el material con el equipo de enfermería.

Medios de verificación

Fotos

Se formó un grupo que colaboro en la revisión del plan de prevención, el cual fue del agrado de todos, pero aun así se sugirió abordar ciertos temas como la correcta utilización de medidas de confort, cuidados en un paciente en ventilación mecánica.





Actividad 4

Entrega del manual de prevención de incidentes clínicos a las autoridades del área de uci.

Descripción

Ya realizado el plan de prevención de incidentes clínicos El 31 de agosto se realiza la entrega oficial de dicho manual que contiene el plan de incidentes clínicos a las autoridades del área de UCI, el Dr. Moisés Loo y la Lcda. Magaly Scott, a quienes se les otorgo una copia del mismo para que lo revisen más minuciosamente.

Dicho plan de prevención descansa ya en el área de uci para que el personal conozca sobre el mismo y desde ya se valla aplicando las sugerencias de seguridad al paciente crítico, para obtener grandes resultados, y brindar la verdadera atención de calidad.

Resultados que se verificaran de acuerdo al número de incidentes clínicos presentados desde el mes de septiembre en adelante.

Metodología

Dialogo

Medios de verificación

Fotos –Plan de prevención de incidentes clínicos **Apéndice 3**

Lcda. Carla Parrales muestra el plan de prevención de incidentes clínicos a las autoridades del área de UCI. Dr. Moisés Loor y Dra. Magaly Scott, quienes dan la aprobación definitiva.



EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 1

Resultado 1

Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos del hospital iess-Portoviejo, diseñados e implementados.

Indicador

Hasta 30 de octubre del 2012 el 100% del plan de prevención implementado.

Nivel de cumplimiento: 100%

RESULTADO 2

Equipo de Salud del Área de UCI del hospital del IESS - Portoviejo capacitado en Planes de Atención en la prevención de incidentes clínicos.

Actividad 1

Redacción, programación y elaboración de material didáctico del plan de capacitación o plan de clases.

Descripción

El personal de uci ya tiene conocimiento del plan de prevención de incidentes clínicos, pero para reforzar la comprensión del mismo Del 10 -12 de septiembre, con la colaboración del personal de enfermería se procedió a redactar el plan de capacitación de prevención de incidentes clínicos.

Del 8 al 10 de octubre se procedió realizar las diapositivas a utilizarse y a invitar al personal de uci a acudir a los talleres de capacitación y a realizar el respectivo material didáctico. Para el cumplimiento de esta actividad nos reunimos en el área de uci y preparamos la programación de la capacitación.

Para esto hubo intercambio de ideas entre las personas reunidas, y así se llevó a cabo esta actividad sin ningún tipo de anomalías.

Medios de Verificación

Fotos-redacción del plan de capacitación o planes de clases- invitación a la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos, **en Apéndice 4**

Con la ayuda de las enfermeras: licenciadas en enfermería. Magaly Pinargote, Alexandra Salvador, Dunny Mendoza, Gloria Ponce, Carmen Monserrate, Yessenia Cedeño, y Carla Parrales se procede a redactar los planes de clases



Plan de capacitación en el apéndice n.4

Se procedió a invitar a la capacitación al personal médico y de enfermería la cual se la realizo en tres talleres.



Invitación en el **apéndice N 5**

Diapositivas elaboradas en el apéndice N.9

Actividad 4

Ejecución de la capacitación

TALLER 1

Descripción

El 15 de octubre siendo las 10:00 de la mañana se llevó a cabo el primer taller de capacitación del plan de prevención de eventos clínicos en el área de uci. Se contó con la participación tanto del personal de licenciadas como médicos y auxiliares de enfermería Los temas fueron:

- Presentación
- Exploración de conocimientos
- Motivación
- Incidentes clínicos:
 - -Definición
 - -clasificación
- Objeto y campo de aplicación
- -factores de riesgo
- Estrategias para la detección oportuna de un incidente clínico
- Minimización de riesgos

La temática se desarrolló como estaba planificada, los temas que se abordaron fueron de gran interés por todos, quienes acotaron ideas y sugerencias y dieron el apoyo al plan de prevención de incidentes clínicos.

Medios de verificación

Fotos –lista de asistencia en el apéndice N.

Grupo de compañeros sirviéndose un refrigerio después de la primera parte del taller de implementación del plan de prevención de incidentes clínicos.



TALLER 2

Descripción

Continuando con la capacitación el 19 de octubre siendo las diez de la mañana se realizó la segunda parte del taller del plan de prevención de incidentes clínicos, luego de exponer parte del plan se analizaron algunos puntos como: que hacer frente a un incidentes clínico, qué medidas tomar para evitar su ocurrencia y como reportar lo sucedido.

Además nos comprometimos en manejar la situación con extrema responsabilidad y a no mirar al causante como una persona culpable sino más bien a adoptar estrategias para evitar que se repita el incidente, por esta razón al ocurrir un

incidente clínico se reunirá el comité seguridad a la salud del paciente y será quien tomara las medidas necesarias de acuerdo a normas de la institución.

Con todos estos compromisos culmina la segunda parte del taller de capacitación de plan de prevención de incidentes clínicos.

Los temas a desarrollarse fueron:

- ✓ Estrategias del personal de enfermería
- ✓ Estrategias de la institución
- ✓ Estrategias del equipo de salud
- ✓ Políticas de prácticas seguras
- ✓ Estandarización de procedimientos de enfermería
- ✓ Mejorar prácticas en los profesionales.

Lcda. Carla Parrales dirigiéndose hacia sus compañeros durante la exposición de varios de los temas del taller.



Medios de verificación

Fotos y lista de asistencias

Lista de asistencia en apéndice N.6

TALLER 3

Descripción

El 23 de octubre se realizó la última parte de capacitación sobre prevención de incidentes clínicos, en la que se acordó y nos comprometimos a cumplir con lo establecido en el plan de prevención y además a realizar capacitación continua al menos una por mes, estudiar el caso del paciente más crítico, también se acordó realizar pequeñas reuniones de integración del personal donde se discutan los planes de atención del manual de normas y procedimientos.

Se llegó a un consenso de realizar un simulacro de reanimación cardiorrespiratoria al menos una vez cada 2 meses, para así mejorar la práctica y prevenir errores en la atención al paciente.

La temática a desarrollarse fue la siguiente:

- ❖ Estrategias para evitar incidentes clínicos
- ❖ Prevenir el cansancio del personal de salud
- ❖ Balance de líquidos
- ❖ Hipoglicemias
- ❖ Monitoreo de paciente
- ❖ Maniobra de reanimaciones
- ❖ Prevención de escaras por decúbito

- ❖ Medicamento seguro
- ❖ Prevención de caída
- ❖ Medicamento seguro
- ❖ Prevención de caída
- ❖ Prevención de
- ❖ Infección nosocomial
- ❖ Cómo evitar:
- ❖ La neumonía
- ❖ Reinserción de sondas
- ❖ Lesiones cutáneas por sondas
- ❖ Bronco aspiración
- ❖ Salida no planificada de dispositivos como drenes tubo endotraqueal etc.
- ❖ Conclusiones– clausura.

Personal de la unidad de cuidados intensivos comprometiéndose a poner en práctica las medidas establecidas y a dar todo de si por mejorar aplicando siempre la ética profesional.





Lista de asistencia en el **apéndice N.6**

CONCLUSIONES DE LA CAPACITACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLÍNICOS

- Divulgar, caracterizar y analizar los eventos adversos que ocurren alrededor del proceso de atención de enfermería al paciente en cuidado crítico dentro de una cultura de no culpabilidad como primer paso para mejorar procesos y hacer sistemas más seguros y de mayor calidad.
- Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso es una meta de trabajo conjunto y requiere compromiso de tres actores: los profesionales de la salud con la cultura de desarrollar buenas prácticas, las instituciones de salud como centros seguros y finalmente la implementación de la política de seguridad que genere cambios en el Sistema Nacional de Salud y en la sociedad.
- Se requiere unificar conceptos relacionados con la seguridad clínica de manera que todos los involucrados en la prestación de servicios de salud

Hablen un mismo lenguaje y posean claridad para su divulgación, identificación y prevención de los eventos adversos.

- Las unidades de cuidado intensivo, caracterizadas por tener equipamientos y tecnologías avanzadas son un reto para el profesional de enfermería en la oferta del cuidado, siendo importante el reconocimiento de factores de riesgo como la falta de formación académica, sobrecarga laboral, déficit en la implementación de políticas, ausencia de estandarización de procesos, protocolos, elaboración de guías, complejidad de los pacientes y las barreras de comunicación para prevenir y minimizar la ocurrencia de errores y eventos adversos.
- Para la minimización de los eventos adversos se debe conocer la magnitud y gravedad del problema a prevenir, la importancia de la evidencia que soporte la necesidad de modificar el problema de seguridad mediante intervenciones efectivas y viables en relación con la complejidad y los costos implementando estrategias dirigidas a los factores de riesgo y a los eventos adversos más frecuentes en las unidades de cuidado intensivo.

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 2

Resultado 2

Equipo de Salud del Área de UCI del hospital del IESS - Portoviejo capacitado en Plan de Atención en la prevención de incidentes clínicos.

Indicador

Hasta el 30 de octubre de 2012 100% del personal del Hospital capacitado

Nivel de cumplimiento: 100%

RESULTADO 3

Equipo de salud supervisado durante la ejecución de procedimiento de cuidado directo.

Actividad 1

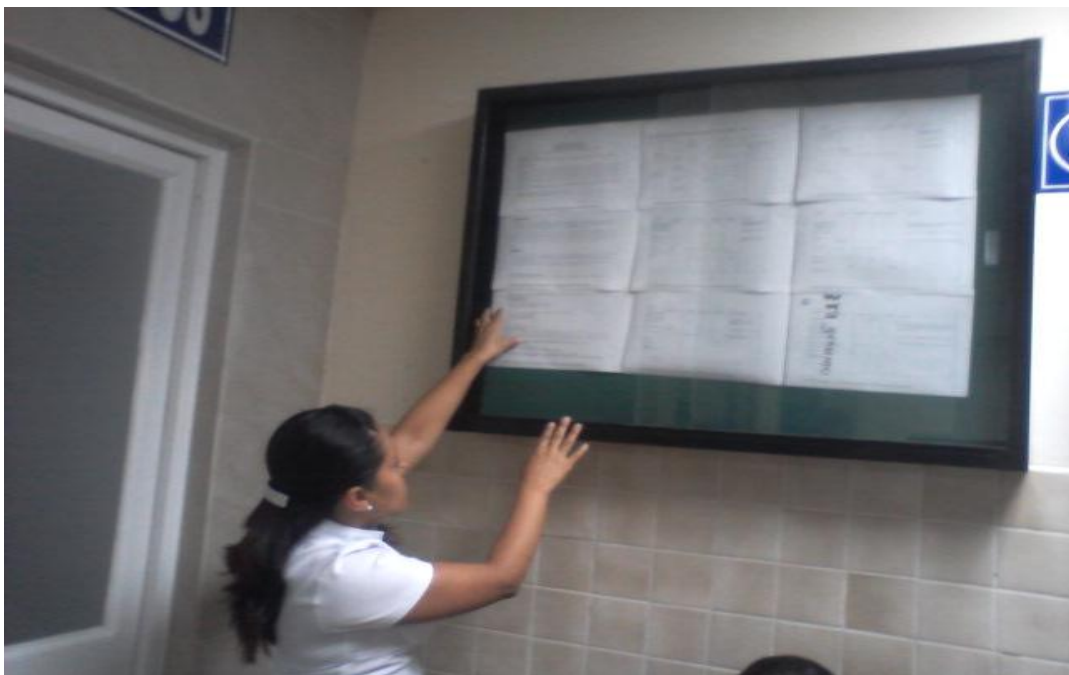
. Formar el rincón educativo

Descripción

A primera instancia se colocó información sobre el plan de prevención de incidentes clínicos, y se compromete el personal de enfermería a cambiar la información mensualmente a fin de mantener el rincón educativo actualizado con temas de interés, para que este sea leído por el equipo de salud del área de UCI.

Pues todos sabemos que la educación y la actualización continua hacen mejor al profesional y más aún si de salud se trata.

Actualizando el rincón educativo con el plan de prevención de incidentes clínicos



Actividad 2

Crear un comité de supervisión

Descripción

Después de haber escuchado la temática del taller de incidentes clínicos, el cual tuvo éxito; ya que el personal de enfermería se interesó y se compromete a aplicar el plan. En base a esto se acordó, formar un grupo general de supervisión, y estos a su vez formaran subgrupos de supervisión de acuerdo con el horario rotativo.

Dichos grupos aplicaran el formulario de supervisión para tener un mejor seguimiento del plan de prevención y de que se cumplan con los protocolos de atención, así ayudar a la pronta mejoría del estado de salud del paciente crítico, acortar sus días de hospitalización y evitar complicaciones ajenas a su enfermedad por la que ingreso.

GRUPO DE SUPERVISION CONFORMADO POR:

Lcda., Alexandra Salvado

Lcda. Dunny Mendoza

Lcda. Yessenia Cedeño

Lcda. Carmen Monserrate

Lcda. Magaly Pinargote

Lcda., Guadalupe Aragundi.

Grupo de supervisión familiarizándose con el plan de prevención de incidentes clínicos.



Actividad 3

Diseñar un formulario de supervisión de procedimiento.

Descripción

Con el fin de asegurarse que se aplique el plan de prevención de incidentes clínicos se procede a diseñar un formulario de supervisión, contando siempre con la participación del personal de uci con el jefe Dr. Moisés Loor quien acoto muchas ideas. Dicho documento será aplicado a cada enfermera/o pro turno y se dará en forma de observación directa por parte de grupo o subgrupos de supervisión, esta técnica la realizara continuamente y sin aviso, recordemos que todos tenemos que actuar como si nos estuvieran filmando, tomando precauciones para cometer los mínimos errores posibles.



Medios de verificación

Foto-formulario de supervisión, cuadros y gráficos de los resultados de la supervisión al personal de enfermería en la aplicación del respectivo formulario.

*Formulario de supervisión en **apéndice N.7***

Actividad 4

Evaluar resultados de la aplicación del formulario de supervisión.

Descripción

Desde el 31 de Octubre al 12 de Noviembre, con la ayuda del comité de supervisión, en el área de uci se aplica el formulario de supervisión de control y prevención de incidentes clínicos, la misma que se realizó por observación directa a 20 enfermeras del área de uci mediante la ejecución de procedimiento de cuidado directo. En donde se pudo obtener los siguientes resultados:

CUADRO N 2

REPORTA DE LA EXISTENCIA DE UN INCIDENTE CLINICO

UCI NOVIEMBRE 2012

N. de veces del reporte	Frecuencia	%
Siempre	16	80
Rara vez	4	20
Nunca	0	0
Total	20	100

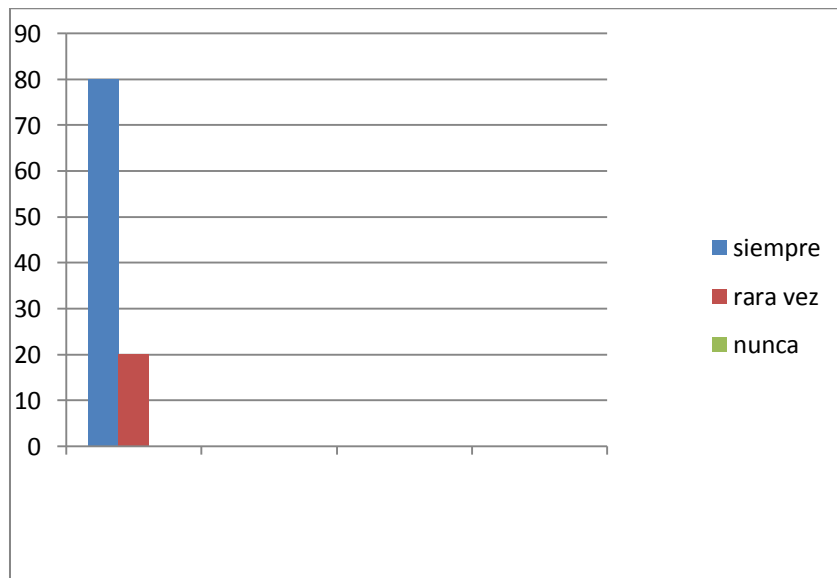
Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda.Carla Parrales

GRAFICO 2

REPORTA DE LA EXISTENCIA DE UN INCIDENTE CLINICO

UCI NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

El grafico nos demuestra que un 80 % de las enfermeras observadas siempre reporta los incidentes clínicos, pero un 20 % aun teme realizar el reporte por posibles represalias y lo realiza rara vez.

CUADRO N.3

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE ASEPSIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE UCI NOVIEMBRE 2012

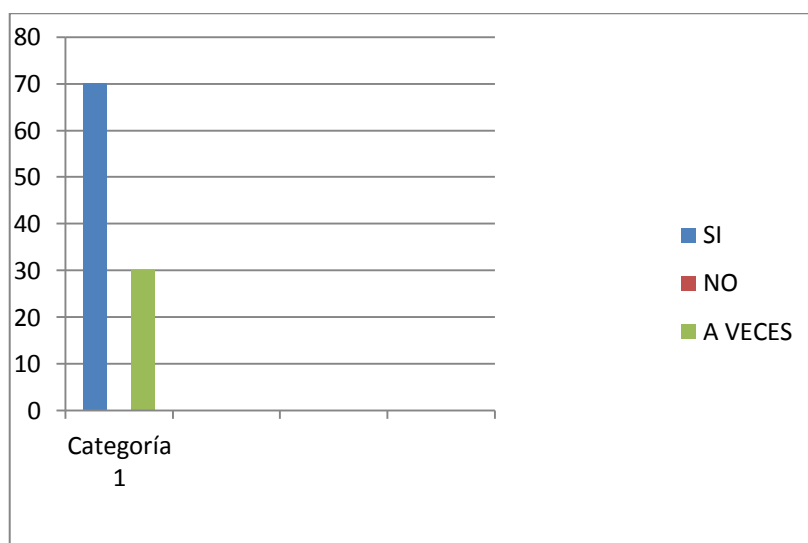
Aplica medidas de asepsia	frecuencia	%
Si	14	70
No	0	0
A veces	6	30
total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda.Carla Parrales

GRAFICO 3

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE ASEPSIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE UCI NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

De 20 enfermeras observadas el 70 % si aplica las medidas de asepsia al realizar procedimientos en el paciente mientras que un 30 % aplica la asepsia a veces , al parecer nos falta aún concientizarnos ,pero con las capacitaciones continuas este dato mejorara.

CUADRO N.4

ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL DE PROCEDIMIENTO AL PACIENTE UCI HOSPITAL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2012

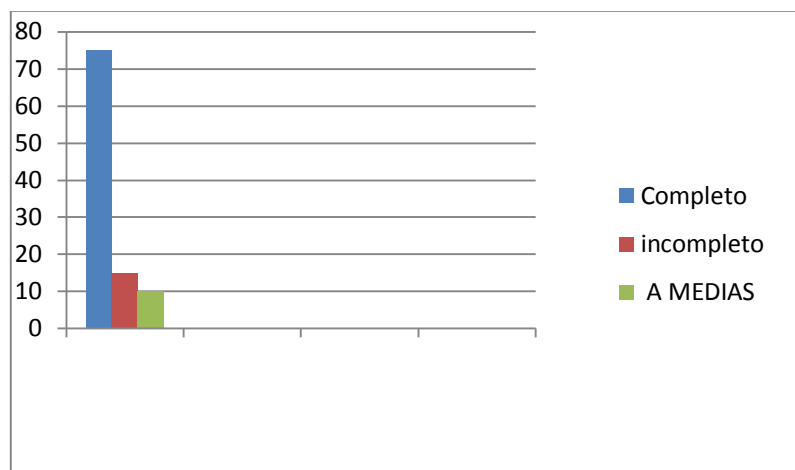
Organización del material	frecuencia	%
Completa	15	75
Incompleto	3	15
A medias	2	10
total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 4

**ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL DE PROCEDIMIENTO AL PACIENTE UCI
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2012**



Analisis e interpretacion

En el área de uci del iess Portoviejo de 20 enfermeras supervisadas el 75 % organiza el material completo antes de la ejecución de un procedimiento, el 15 % lo organiza de manera incompleta mientras que un 10 % lo organiza a medias.

CUADRO N.5

TIPO DE FIJACION DE DISPOSITIVOS AL PACIENTE

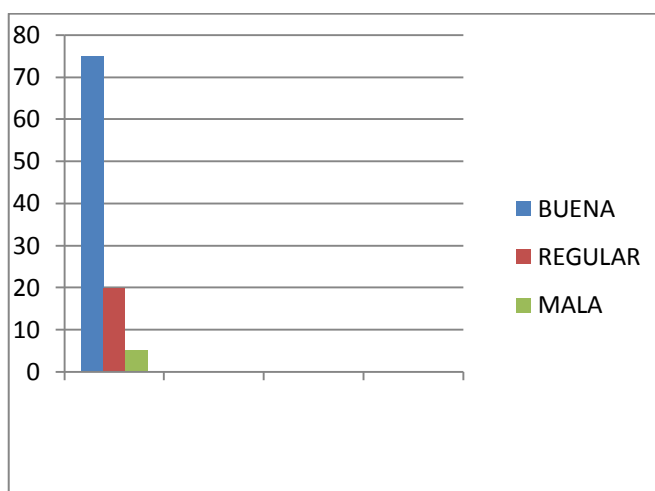
UCI IESS POTOVIEJO NOVIEMBRE 2012

Tipo de fijación	Frecuencia	%
Buena	15	75
Regular	4	20
Mala	1	5
total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 5
TIPO DE FIJACION DE DISPOSITIVOS AL PACIENTE
UCI IESS POTOVIEJO NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

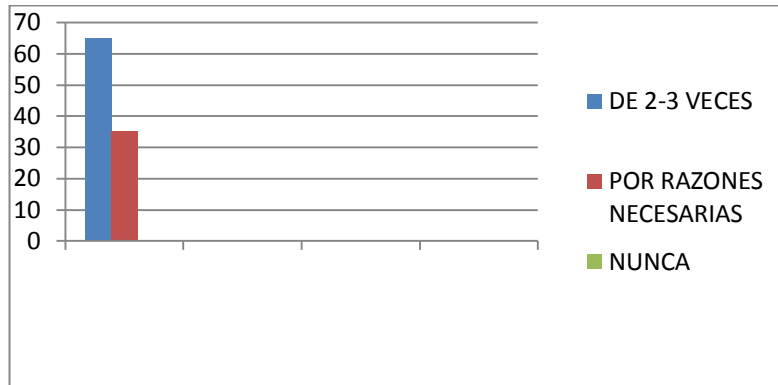
De las 20 enfermeras supervisadas en el área de uci el 75 % realiza una buena fijación de dispositivos del paciente, y solo un 5% los fija de mala forma, quizás por desconocimiento o por falta de interés.

CUADRO N.6
NUMERO DE CAMBIOS CAMBIO DE POSICION AL PACIENTE POR TURNO UCI
IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012

Numero de cambios de posición	Frecuencia	%
2-3 veces	13	65
Por razones necesarias	7	35
Nunca	0	0
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión **Elaborado por:** Lcda. Carla Parrales

GRAFICO N 6
NUMERO DE CAMBIOS CAMBIO DE POSICION AL PACIENTE POR TURNO UCI
IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

De 20 enfermeras observada en el área de uci hospital iess Portoviejo el 65% realiza cambios de posición al paciente y el 35 % lo realiza solo por razones necesarias esto nos indica que se está mejorando en las medidas para evitar las escaras por decúbito, hay que continuar trabajando en la concientización del personal.

CUADRO N.7
TIPO DE CUIDADO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL DEL PACIENTE UCI IESS
PORTOVIEJO
2012

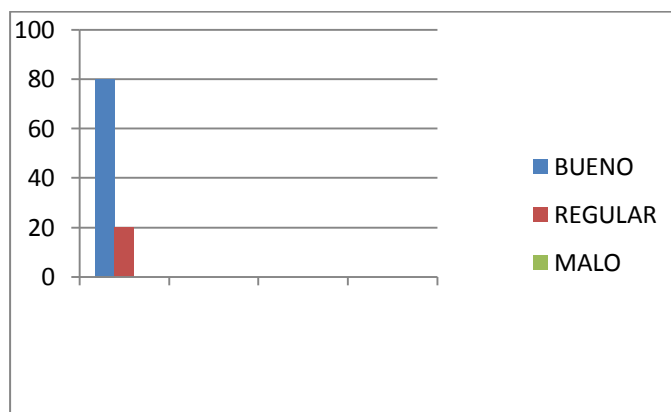
Tipo de cuidado	Frecuencia	%
Bueno	16	80
Regular	4	20
Malo	0	0
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 7
TIPO DE CUIDADO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL DEL PACIENTE UCI IESS
PORTOVIEJO

2012



Analisis e interpretacion

En el hospital del IESS Portoviejo área de uci el 80% de las enfermeras realiza un buen tipo de cuidado para mantener la integridad de la piel, un 20 % realiza cuidados de tipo regular, lo que nos indica que hay que continuar reforzando el plan de prevención de eventos adversos aunque los resultados hasta ahora son positivos.

CUADRO N.8

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS BAJO LAS NORMAS ESTABLECIDAS

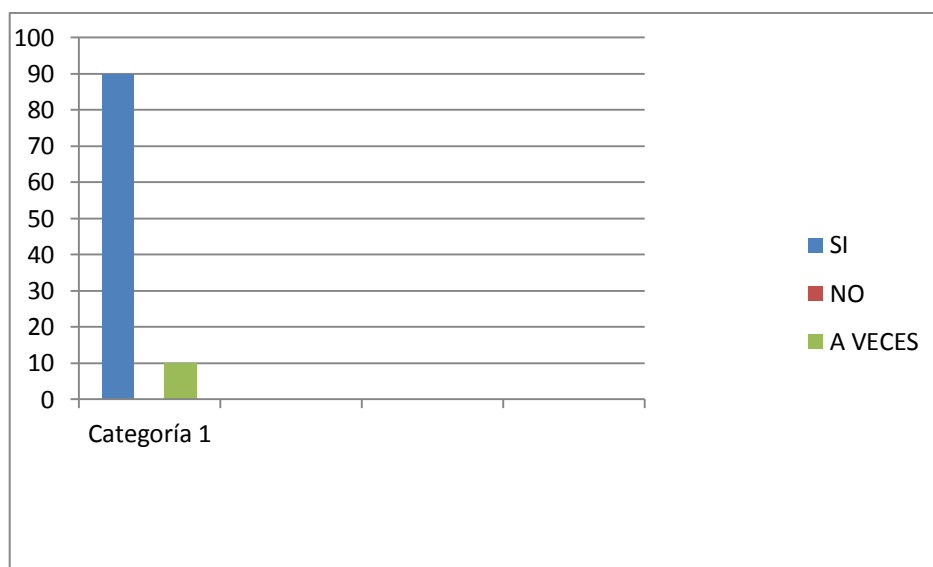
UCI IESS PORTOVIEJO 2012

¿Administra medicamento bajo normas?	Frecuencia	%
SI	18	90
No	0	0
A veces	2	10
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 8
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS BAJO LAS NORMAS ESTABLECIDAS?
UCI IESS PORTOVIEJO 2012



Analisis e interpretacion

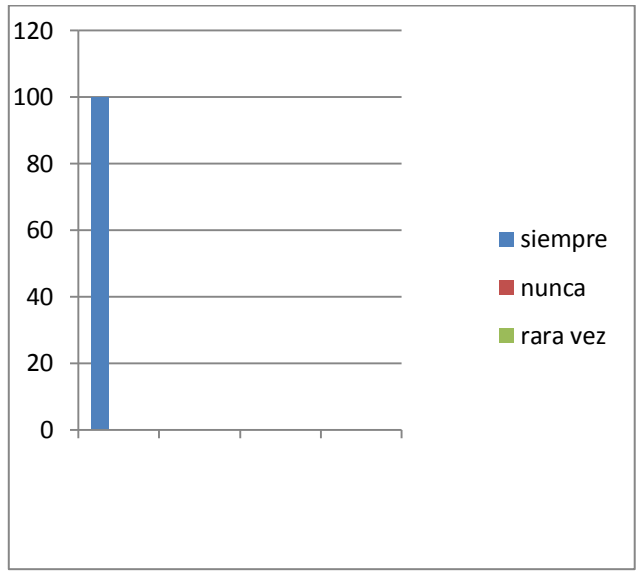
Los resultados nos indican que el 90 % de las enfermeras del área de uci del hospital del iess Portoviejo si administra medicamentos bajo norma de seguridad y solo un 10 % lo realiza a veces, el resultado es muy bueno ya que de esto depende mejoría del estado de salud del paciente.

CUADRO N.9
PERSONAL DE ENFERMERIA TOMA MEDIDAS PREVENTIVAS DE
BRONCOASPIRACION
UCI IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012

Utiliza medidas para evitar bronco aspiración	Frecuencia	%
Siempre	20	100
Nunca	0	0
Rara vez	0	0
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión
Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 9
EL PERSONAL DE ENFERMERIA TOMA MEDIDAS PREVENTIVAS DE
BRONCOASPIRACION
UCI IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012



Análisis e interpretación

Los resultados son excelentes ya que de las 20 enfermeras supervisadas el 100% toma medidas preventivas para evitar a bronco aspiración, esto nos indica que el personal si está aplicando el plan de prevención de incidentes clínicos.

CUADRO N.10

PERSONAL DE ENFERMERIA REvisa CONSTANTEMENTE SITIOS DE INSERCIÓN DE VIAS VENOSAS Y ARTERIALES

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012

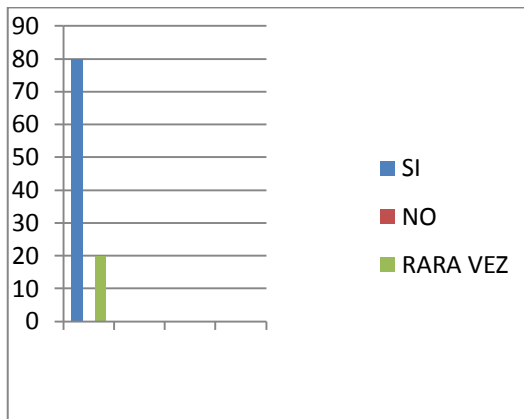
Revisión de vías venosa y arteriales	Frecuencia	%
Si	16	80
No	0	0
Rara vez	4	20
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 10
PERSONAL DE ENFERMERIA REvisa CONSTANTEMENTE SITIOS DE INSERCION
DE VIAS VENOSAS Y ARTERIALES

UCI IESS PORTOVIEJO



Analisis e interpretacion

De las 20 enfermeras supervisadas en el área de uci del IESS Portoviejo el 80% revisa Los sitios de inserción de las vías venosas y arteriales de los pacientes y un 20 % las revisa rara vez, a este grupo aún le falta más constancia en la aplicación de medidas para prevenir salida de vías arteriales o venosas, propiciando un incidente clínico.

CUADRO N.11

ENFERMERA APLICA MEDIDAS DE CONFORT EN EL PACIENTE

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012

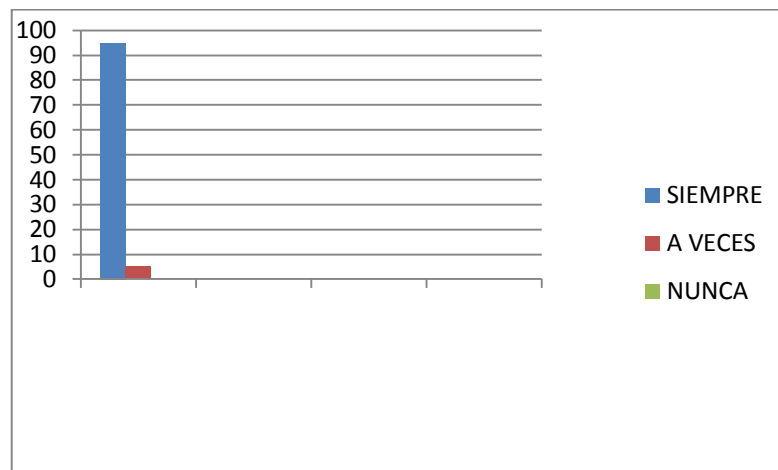
Aplica medidas de confort	Frecuencia	%
Siempre	19	95
A veces	1	5
Nunca	0	0
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales.

GRAFICO 11
ENFERMERA APLICA MEDIDAS DE CONFORT
EN EL PACIENTE
UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

En el hospital del IESS Portoviejo el 95 % de las enfermeras siempre aplica las medidas de confort al paciente crítico ,mientras que solo un 5% lo aplica a veces, los datos nos indica que si se está poniendo en práctica las medidas preventivas de incidente clínico y que se puede mejorar hasta alcanzar el 100%.

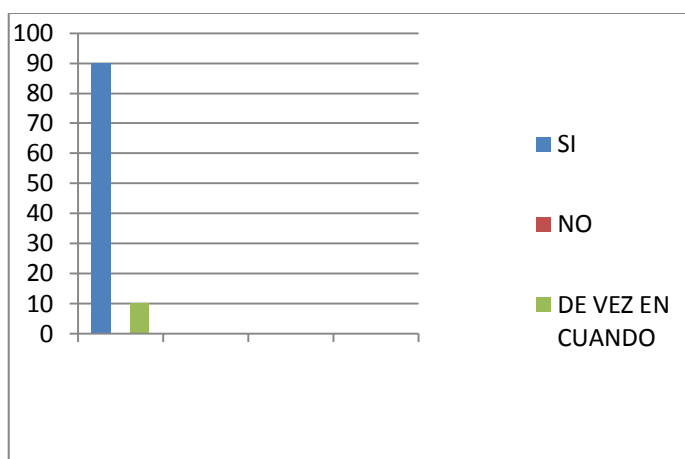
CUADRO N.12
SE APLICAN ESTRATEGIAS PARA PREVENIR CAIDAS DEL PACIENTE
UCI IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012

Previene caídas	Frecuencia	%
Si	18	90
No	0	0
De vez en cuando	2	10
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 12
SE APLICAN ESTRATEGIAS PARA PREVENIR CAIDAS DEL PACIENTE
UCI IESS PORTOVIEJO
NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

De las 20 enfermeras supervisadas el 90 % si aplica medidas para evitar caídas de los pacientes, solo el 10% lo hace de vez en cuando.

CUADRO N.13

EL ASPIRADO DE SECRECIONES LO APLICA BAJO ESTRICHTAS NORMAS DE SEGURIDAD

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012

Aplica medidas de confort	Frecuencia	%
Si	18	90
NO	2	10
Total	20	100

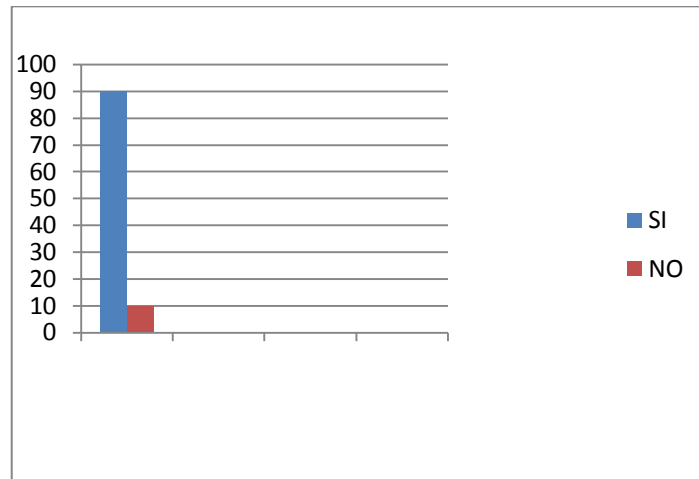
Fuente: formularios de supervisión

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 13
EL ASPIRADO DE SECRECIONES LO APLICA BAJO ESTRICHTAS NORMAS DE
SEGURIDAD

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

En el hospital iess Portoviejo área de uci de las 20 enfermeras supervisadas el 90% realiza un aspirado orotarqueal con estricta normas de bioseguridad y un 10 % no aplica las medidas de bioseguridad, aún nos falta un poco de concientización sobre este tema, se espera que se siga mejorando.

CUADRO N.14

SE APLICAN MEDIDAS DE PREVENCON DE QUEMADURAS POR COLOCACION DE MEDIOS FISICOS

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012

Previene quemaduras	Frecuencia	%
Siempre	20	100
A veces	0	0
Nunca	0	0
Total	20	100

Fuente: formularios de supervisión

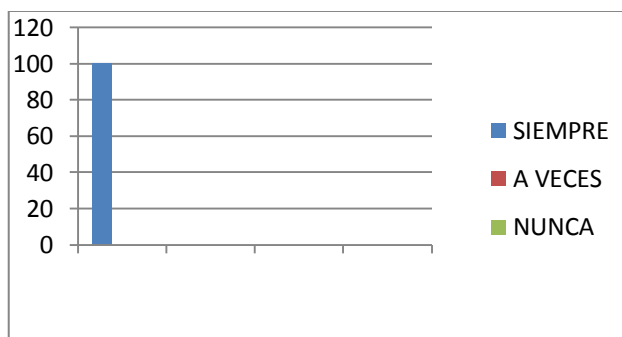
Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 14

SE APLICAN MEDIDAS DE PREVENCON DE QUEMADURAS POR COLOCACION DE MEDIOS FISICOS

UCI IESS PORTOVIEJO

NOVIEMBRE 2012



Analisis e interpretacion

En el hospital IESS Portoviejo en el área de uci el 100% de las enfermeras aplica medidas de prevención de quemaduras mediante la colocación de medios físicos, pues esto nos indica que se está mejorando y se espera que no desmaye el entusiasmo por mejorar.

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DEL RESULTADO 3

Resultado 3.

Equipo de salud supervisado durante la ejecución de procedimiento de cuidado directo.

Indicador

Hasta el 11/11/2012 el 90% del personal de enfermería ha sido supervisado en la ejecución de cuidado directo.

Nivel de cumplimiento: 90 %

EVALUACION DEL INDICADOR DEL PROPOSITO

Propósito

Pacientes del área de UCI del Hospital del IESS - Portoviejo, reciben atención en la prevención de incidentes clínicos.

Indicador

Hasta el 30 de noviembre del 2012, los pacientes del área de UCI reciben atención en la prevención de incidentes clínicos, ya que cuentan con la atención de un personal capacitado.

Nivel de cumplimiento

100 %

Se logró reunir al personal de uci y a participar activamente en el diseño del plan de prevención de incidentes clínicos, así también acudieron a la capacitación de dicho plan.

Acotaron con ideas y sugerencias para dar más realce a la capacitación y se tomaron medidas estratégicas generales para prevenir errores o incidentes clínicos, hubo el compromiso de todos trabajar en equipo, se llegó a un consenso de fomentar la educación o capacitación continua de acuerdo a estudio de casos del paciente más crítico, a realizar simulacros por lo menos una vez cada dos meses. Se creó el comité de supervisión quien aplicara un formulario para tener mejor seguimiento de la aplicación del plan, además será el comité quien se reúna ante la presencia algún incidente clínico y tomara las medidas necesarias de acuerdo a normas de la institución.

EVALUACION DEL FIN

FIN

Reducir el incremento de complicaciones durante la atención de los usuarios del área de uci del hospital del IESS – Portoviejo

Nivel de cumplimiento

Para comprobar el cumplimiento del fin se presenta a continuación un análisis por medio de cuadro y gráfico con el número de incidentes clínicos de agosto a noviembre.

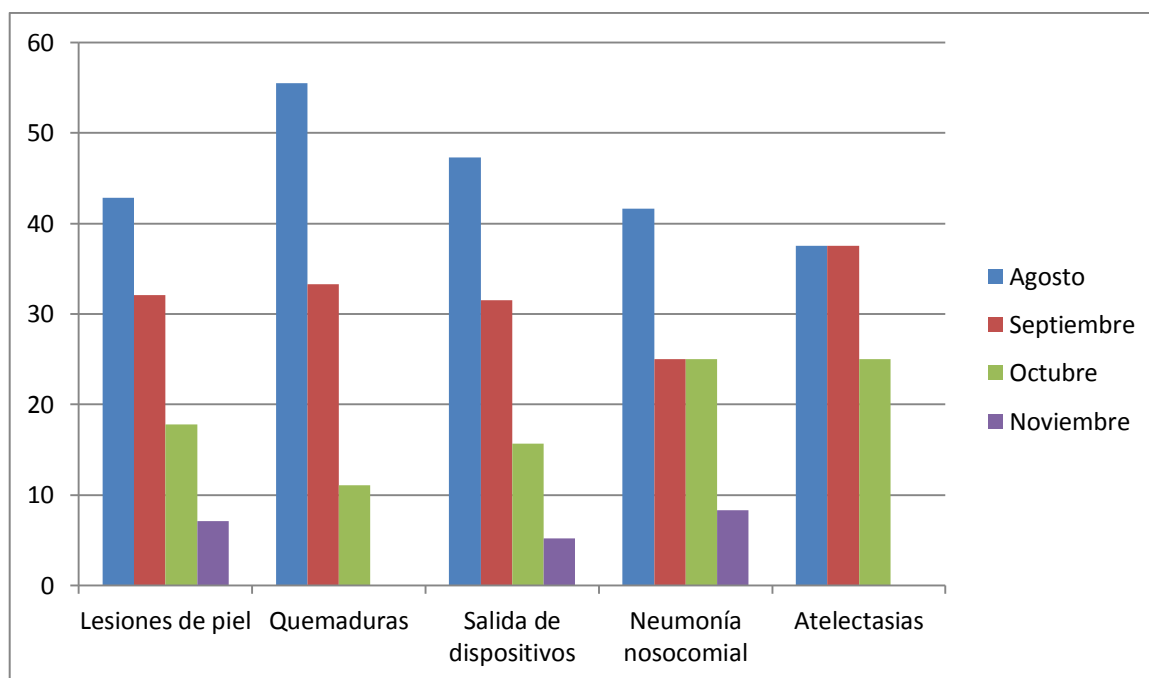
CUADRO N.15
N. DE CASOS DE INCIDENTES CLÍNICOS, ÁREA DE UCI HOSPITAL IESS
PORTOVIEJO AGOSTO-SEPTIEMBRE
2012

Incidente clínico	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Lesiones de piel	12	42,8	9	32,1	5	17,8	2	7,1	28	99,8
Quemaduras	5	55,5	3	33,3	1	11,1	-	-	9	99,9
Salida de dispositivos	9	47,3	6	31,5	3	15,7	1	5,2	19	99,7
Neumonía nosocomial	5	41,6	3	25	3	25	1	8,3	12	99,9
Atelectasias	3	37,5	3	37,5	2	25	-	-	8	100
Total	34	44,7	24	31,5	14	18,4	4	5,2	76	99,8

Fuente: Datos estadísticos del área de uci hospital iess Portoviejo

Elaborado por: Lcda. Carla Parrales

GRAFICO 15
N. DE CASOS DE INCIDENTES CLÍNICOS, ÁREA DE UCI HOSPITAL IESS
PORTOVIEJO AGOSTO-SEPTIEMBRE
2012



Analisis e interpretacion.

Entre los meses de Agosto-Septiembre del 2012 el incidente clínico que se presentó con mayor porcentaje fueron las quemaduras por colocación de medios físicos con un 55,5 % en el mes de Agosto.

Además el porcentaje de la mayoría de incidentes clínicos que se presentaron el mes de Agosto fue disminuyendo en septiembre, octubre, noviembre, el grafico nos muestra que en octubre y noviembre no hubieron quemaduras ni atelectasia, y la salida de dispositivos, lesiones en la piel y neumonía nosocomial se mantiene pero en menor proporción.

Lo que nos demuestra que el personal de uci ha creado conciencia en la prevención de incidentes clínicos y toman las medidas necesarias para evitar dicha ocurrencia.

10. CONCLUSIONES

- Según datos del diagnóstico del área de uci del hospital IESS Portoviejo en el 2011 se presentaron se presentaron 48 pacientes con problemas de escaras por decúbito, 10 casos de neumotórax por vía central, 12 quemaduras por medios físicos, De 195 pacientes que ingresaron en el 2011, 66 presentaron neumonías nosocomiales.
- Se tuvo una buena acogida por parte de las autoridades del hospital para la ejecución del proyecto, ya que este es de vital importancia para asegurar la pronta rehabilitación de la salud del afiliado.
- El personal de uci del IESS Portoviejo colaboro activamente en las actividades del proyecto: implementación del manual de prevención de incidentes clínicos, revisión y aprobación definitiva del mismo, así como también participaron en el taller de capacitación del manual de prevención.
- Se logró cumplir con el propósito que fue: Pacientes del área de UCI del Hospital del IESS - Portoviejo, reciben atención en la prevención de incidentes clínicos. Gracias a la capacitación del manual de prevención de incidentes clínicos el personal tomo conciencia y se comprometió a la aplicación del plan.
- Se cumplió el fin que era el de Reducir el incremento de complicaciones durante la atención de los usuarios del área de uci del hospital del IESS – Portoviejo. Puesto que según datos estadísticos de Agosto-Noviembre del 2012.

Las lesiones de piel descendieron de 42,8% a 7,1%

Las quemaduras por colocación de medios físicos de 55,5% en Agosto, en Noviembre 0.

Las neumonías nosocomiales de un 41,6 - 8,3%.

La salida de dispositivos del paciente en agosto se dio en un 47,3% en noviembre en un 5,2.

Las atelectasia disminuyeron de 37,5 a 0 %.

- En el área de UCI se formó un grupo de supervisión de aplicación del plan de prevención de incidentes clínicos, logrando tener un monitoreo de las actividades cumplidas.
- De acuerdo a la supervisión que se realizó al personal de enfermería durante el cuidado directo a las pacientes se pudo comprobar que el mayor porcentaje de estas si cumplen con las medidas del plan de prevención.

11. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda al equipo de salud del área de uci a continuar con la aplicación del manual de prevención de incidentes clínicos.
- ❖ Que se mantenga la capacitación continua sobre procedimientos del paciente o estudios de casos clínicos.
- ❖ Que se siga actualizando el rincón educativo con información de interés para el desarrollo profesional.
- ❖ Que se dé una capacitación previa al ingreso de nuevo personal a fin de evitar errores que le pueden costar la vida del usuario.

- ❖ Que se continúe aplicando el formulario de supervisión para en base a este elegir la enfermera del mes.
- ❖ Que se motive al personal de enfermería felicitándole por su buen accionar.
- ❖ No olvidar realizar el reporte adecuado de la ocurrencia de un incidente clínico, para así analizar la situación y tomar las medidas para evitar la recurrencia del mismo.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Brennam TA, Leape NM, et al. 1991 Incident of adverse events and negligent care in hospitalized patients. Results of Harvard Medical Practice Study. I. N Engl J Med; 324:370-6.
2. Wilson RMcL, Runciman WB, Gibberd RW, et al. 1995; The Quality in Australian Health Care Study Med J Austr 163:458-71.
3. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson 1999. MS (Eds.). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press.
4. Organización Mundial de la Salud., 2002 Resolución WHA55.18. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
5. World Health Organization.. Marzo 2009 World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
6. Restrepo F. 2008. Experiencia de la implementación del estudio IBEAS en Colombia. Ministerio de la Protección Social. IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente. Madrid.
7. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, 11 de junio de 2008. Bogotá.
8. Franco A. 2005 La seguridad clínica de los pacientes. RevistacolombianaMédica; 36(2):130-3.
9. World Health Organization. : WHO, 2002. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneve

10. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MHCrit Care Med 2004; Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. 32:727-33.
11. Donchin Y, Seagull FJ2002;the hostile environment of the intensive care unit. Curr Opin Crit Care 8:316-20.
12. Winters B, Dorman T.Curr Opin Anesthesiol 2006 Patient-safety and quality initiatives in the intensive care Unit.; 19:140-5.
13. Hayward R, Hofer TP.2004; Estimating hospital deaths due to medical errors; preventability is in the eye of the reviewer. JAMA 286:415-20.
14. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomsky LH, Morlock LL. Crit Care Clin 2005Defining and measuring patient safety.; 21:1-19.
15. Burke JP.Med. 2003; Infection control –A problem for patient safety. N Engl J 348:651-6.
16. Hwang W, et al. Efecto de las horas trabajadas sobre el cuidado y la seguridad de los pacientes críticos. American Journal of Critical Care 2006; 15:30-7.
17. Ching-Huey Chen, Fu-In Tang len-Lan, Shuh-Jen Sheu Shu Yu. .2007 Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. Journal of Clinical Nursing; 15(3):447-57.
18. Bauer M, et al.Medical 2006 La seguridad de los pacientes en cuidados intensivos: resultados de un estudio multinacional sobre evaluación de eventos centinela (SEE). Intensive Care; 32:1591-8.
19. Donchin Y, et al.1995; Una mirada a la naturaleza y causa de los errores en la Unidad de Cuidado Intensivo. Critical Care Medicine 23:294 – 300.

20. Cassiani de B, et al 2001. Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia; 19(2):26- 35.
21. Barach P, Small SD. 2000 Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. Br Med J; 320:759-63.
22. Graf J. 2003; Do you know the frequency of errors in your intensive care unit? Critical Care Medicine 31:1277- 8.
23. Hart GK, Baldwin I, Gutteridge G. 2000 Adverse incident reporting in intensive care. Anaesth Intensive Care; 22:556 - 61.
24. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Dolanski I, Bauer P, Metnitz P; 2006 Research group on quality improvement of European Society of Intensive Care Medicine; Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. Intensive Care Med; 32:1591-8.
25. Cousins C. 1999 Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación Farmacéutica Americana.
26. Grillo Padilla K, Toffoletto MC. 2006; Conseqüências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Revista Escola Enfermagem USP.
27. MITCHEL, JEFFREY. (2005) Efectos psicológicos posteriores al desastre en víctimas y en el personal de socorro. Centro Documentario de San José de Costa Rica. OPS/OMS.

28. DISASTER WORK AND MENTAL HEALTH (1995) Prevention and Control of Stress among workers. National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies, USA.

29. Aguirre-Gas, Héctor; Vázquez, Felipe. (2006) Revista CIR CIRUJ. Volumen 74, No. 6, noviembre – diciembre de Los incidentes clínicos (EA).

30. COUISNS, Calnan. Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación farmacéutica americana; 2002. P.18.1-20.

31. Una perspectiva psico-social. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/manejo-psicosocial-crisis/manejo-psicosocial-crisis.shtml>

32. seguridaduci@laestancia.com.co dianamildd@yahoo.es.

33. dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3989420.pdf

34 www.unav.es/icf/main/Planfamilia/espana/Espana_Libroblanco.PDF

35 scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695...

36 es.wikipedia.org/wiki/latrogenic

37 [Diagnóstico del área de uci, 2011.](#)

38 www.ciudadaniainformada.com/.../la-prevencion-y-formacion-seria-

39 [es.wikipedia.org/wiki/Cant3nPortoviejo](https://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_Portoviejo)

40 www.eldiario.com.ec/.../222144-en-portoviejo-predomina-el-sexo-fe.

41 Plan estrat3gico hospital IESS Portoviejo, 2010.

42 www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf

43. www.monografias.com › Salud

44 www.uazuay.edu.ec/estudios/medicina/etica%20siglo%20XXI.pdf



CERTIFICACION

Yo Dr. Moisés Loor jefe del área de cuidados intensivos del hospital IESS Portoviejo, certifico que la licenciada Carla PARRALES Carrera ejecuto en esta unidad el proyecto de tesis "Plan de prevención de incidentes clínicos en el área de uci IESS Portoviejo 2012".

Se cumplieron con las actividades de acuerdo al cronograma establecido.

Y a la vez agradeciendo a la Universidad Técnica Particular de Loja por permitir la realización de dicha tesis que sirvió de gran ayuda para concientizarnos en la prevención de incidentes clínicos en el paciente crítico.

La Lcda. Carla PARRALES puede hacer uso de este documento como desee.


HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
IESS Dr. Moisés Loor Intriago
COORDINADOR DE UCI

.....
Dr. Moisés Loor

Jefe de UCI

APENDICE 2 REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

Titulo del proyecto: “Plan de prevención de incidentes clínicos en pacientes hospitalizados en el área de uci del hospital del iess-Portoviejo2012”.

R.1-PLAN DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLÍNICOS DEL HOSPITAL DEL IESS-PORTOVIEJO, DISEÑADO E IMPLEMENTADO.		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA LA EJECUCION	OBSERVACIONES
A1. Socialización del Proyecto a las autoridades del Hospital IESS	15 de Mayo del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
A2. Diseño de Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos de acuerdo al diagnóstico del paciente.	20-21 de junio del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
A3 Revisióny aprobación definitiva de los Planes de atención en la prevención de incidentes clínicos con el personal de UCI.	8-9 de agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
. Entrega del manual que contiene el plan de prevención de incidentes clínico a las autoridades del área de uci.	31 de agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista

R2.EQUIPO DE SALUD DEL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL DEL IESS - PORTOVIEJO CAPACITADO EN PLANES DE ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLÍNICOS.

ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA LA EJECUCION	OBSERVACIONES
<p>A1. Redacción, Programación, y elaboración de material didáctico de la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos.</p>	<p>8 de octubre del 2012</p>	<p>Actividad cumplida en la fecha prevista</p>
<p>A2. Ejecución de la capacitación sobre el plan de prevención de incidentes clínicos en el área de uci realizada en tres talleres</p>	<p>15-19-23 de octubre del 2012</p>	<p>Actividad cumplida en la fecha prevista</p>
<p>A3. Evaluación de la capacitación</p>	<p>23 de octubre</p>	<p>Actividad cumplida en la fecha prevista</p>

R 3 EQUIPO DE SALUD SUPERVISADO DURANTE LA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTO DE CUIDADO DIRECTO.

ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA LA EJECUCION	OBSERVACIONES
A1. formar el rincón educativo	25 de octubre	Actividad cumplida en la fecha prevista
A2. crear un comité de supervisión	25 de octubre	Actividad cumplida en la fecha prevista
A3. Diseñar un formulario de supervisión de procedimiento.	29-30 de octubre	Actividad cumplida en la fecha prevista
A4. Evaluar resultados	Del 31 de octubre al 12 de noviembre.	Actividad cumplida en la fecha prevista

Apéndice 3

Manual del plan de prevención de incidentes clínicos

Universidad Técnica Particular de Loja

Centro Universitario Portoviejo

**“PLAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES
CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL ÁREA DE UCI”**

**AUTORA:
LCDA. CARLA PARRALES**

**PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR
Septiembre del 2012**

PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA UCI

INTRODUCCIÓN:

La Reforma de la Salud contenida en el cuerpo legal que la sustenta es una reforma a la Calidad en Salud, y apunta a las dimensiones de equidad, oportunidad y acceso, seguridad, continuidad de la atención, calidad técnica, derechos de los usuarios y satisfacción, eficacia y eficiencia. La seguridad se ha descrito como el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la consecución de este fin.

Existe la creencia generalizada de que las iniciativas de seguridad del paciente tienen un costo prohibitivo. En realidad, el costo de los errores sanitarios supera el de la prevención de los mismos. De hecho, las iniciativas de seguridad del paciente representan una de las mejores oportunidades para obtener un retorno de la inversión positivo para los hospitales.

Este programa de vigilancia se crea con el objeto de apoyar y promover la misión, visión y valores de una organización, con el interés puesto en la mejora continua de la seguridad de todos los usuarios. Dicho plan define las prioridades de seguridad institucional y establece los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes y reducir los riesgos, errores y otros acontecimientos adversos.

- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.

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

- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio en el área de UCI IESS Portoviejo a través del Programa de prevención de incidentes clínicos

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover una cultura de seguridad en todos los trabajadores y ambiente físico
- Implementar un sistema de reportes de eventos adversos, que permita el Análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.
- Garantizar y promover la seguridad en los procesos asistenciales.
- Implementar prácticas que mejoren el desempeño de los trabajadores y La comunicación interpersonal.
- Disminuir la morbilidad de los pacientes por un evento adverso

INCIDENTES CLINICOS

Definiciones

Daño causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante esta o en el momento de la salida o en ambos”. Posteriormente se han añadido otros conceptos a la definición tales como que el daño no sea intencional y que el mismo pueda estar asociado a pérdidas económicas.

En la actualidad algunos autores han preferido llamarlos “eventos reportables” los cuales incluyen aquellos que ocurren después del ingreso a la institución y que deben cubrir no solo a los pacientes, sino también a los empleados y a los visitantes.

Otros autores prefieren llamarlos “incidentes clínicos”. Ambas denominaciones incluyen situaciones que no produjeron daño al paciente, pero habrían tenido la posibilidad de causar detrimento en su salud y buscan disminuir el aspecto negativo de la palabra adverso

CLASIFICACION

Evento adverso prevenible

Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema . Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, acusado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento centinela: evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.

Objeto y campo de aplicación

El presente plan establece las recomendaciones que pueden tener el área de cuidados intensivos para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

La aparición de eventos adversos durante la atención de enfermería es responsabilidad de todos los actores susceptibles de modificación (del profesional, instituciones, políticas y academia). Por esto se presentan estrategias de detección oportuna y minimización de los eventos adversos con el fin de obtener mejores resultados en el marco de la calidad alcanzando estándares que ofrezcan seguridad.

Estrategia para la detección oportuna de los incidentes clínicos

Es necesario implementar en los servicios de atención asistencial una matriz de priorización de los problemas hallados en la cual se analiza la frecuencia de los eventos adversos notificados, y su impacto en términos de recuperación del paciente, repercusiones para el profesional de la salud, costos de atención, secuelas y finalmente la “prevenibilidad”, es decir el análisis de los eventos adversos reportados que se consideren prevenibles y sus correspondientes acciones de mejora.

Una de las principales acciones para la detección de los eventos adversos es la notificación, estrategia clave para aprender del error y evitar su recurrencia. Los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: garantizar la responsabilidad social y que los profesionales proporcionen información útil sobre el perfeccionamiento de la seguridad.

Los sistemas de registro y notificación no intentan ser una valoración de la frecuencia de los EA y de los incidentes, sino una forma de obtener información valiosa sobre la cascada de acontecimientos.

Por otro lado, es necesario conocer que existen barreras que generan ausencias, infra o sobre notificación tales como: percepción del beneficio al notificar, aumento en la carga de trabajo, el trabajador se siente culpable, la cultura, falta de apoyo y divulgación acerca del fundamento teórico de la seguridad clínica de los pacientes.

ESTRATEGIAS DE MINIMIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Para la minimización de los incidentes clínicos se deben conocer los criterios que permitan implementar prácticas seguras, estos son: la magnitud y gravedad del problema a prevenir, la importancia de la evidencia que soporte la necesidad de modificar el problema de seguridad mediante intervenciones efectivas y viables en relación con la complejidad y los costos. Algunos estudios han demostrado que el conocimiento de estos criterios así como la implementación de estrategias dirigidas a los factores de riesgo y a los eventos adversos más frecuentes se asocian con reducción de costos y morbilidad y mortalidad.

A continuación se plantean algunas estrategias que de forma general pueden servir como insumo en la minimización de factores de riesgo y prevención de los EA en las unidades de cuidado intensivo, teniendo en cuenta que cada unidad debe generar sus propios métodos de acuerdo con su dinámica y comportamiento:

El profesional de enfermería

En lo que respecta al profesional de enfermería la literatura coincide en la necesidad de:

- Brindar educación de acuerdo a procedimientos que se lleven a cabo y al diagnóstico de cada paciente que proporcionen suficientes bases, criterios y racionalidad al actuar con veracidad y eficiencia. Instruir es tal vez una

de las principales estrategias pues no siempre se posee suficiente información, no todo se sabe y adicionalmente en el campo de la salud, y lo que a éste compete, la información está en constante evolución, lo que justifica la necesidad de aprender y de actualizar periódicamente lo que se sabe.

- No basta con realizar protocolos, estandarizar los procedimientos sino que también desarrollar procesos de evaluación, elaborando listas de chequeo como indicadores de seguimiento.
- Desarrollar capacitaciones en el manejo de nuevos equipos, medicamentos, procedimientos novedosos y su correspondiente evaluación y seguimiento de aprendizaje.
- Promover que los profesionales (enfermero, médico, fisioterapeuta) y auxiliares de enfermería que lleven poco tiempo en las UCI expresen cualquier duda por insignificante que sea a los colegas más expertos antes de realizar cualquier intervención de cuidado, para lograrlo es necesario que exista canales de comunicación adecuados, apoyo continuo, colaboración y procesos permanentes de retroalimentación.
- Implementar procesos de retroalimentación, autoevaluación y fortalecimiento en el reconocimiento de los errores, incidentes o eventos adversos con el fin de aprender y compartir lecciones de seguridad.
- Establecer programas de entrenamiento y reentrenamiento a los profesionales de enfermería- auxiliares de enfermería que ingresen o se encuentran laborando en la unidad, estos programas deben estar consignados en estándares operacionales y fundamentarse no sólo en las funciones asistenciales, administrativas, educativas que debe desarrollar el personal sino en la información obtenida sobre los incidentes o eventos adversos más frecuentes y en el conocimiento de la política de seguridad.

- Elaborar indicadores de cuidado nuevos a partir de los eventos o errores más frecuentes, además de la aplicación de los indicadores básicos establecidos en la unidad de cuidado intensivo.
- Que no solamente se reconozcan los errores sino que también se felicite por el buen actuar, se motive al personal por ejemplo eligiendo la enfermera o enfermero del mes de acuerdo a indicadores establecidos

Las instituciones

- Las instituciones deben acompañar la educación de cada profesional con la creación y seguimiento de políticas, estándares operacionales, protocolos y guías de manejo de manera tal que mediante la descripción detallada de actividades que deben cumplirse a cabalidad y que previamente se encuentran fundamentadas, analizadas y validadas en función de resultados, orienten el cuidado, asegurando una mejor atención, unificando lenguaje, criterios y procesos.
- Establecer políticas de contratación del recurso humano idóneo para los servicios especializados, orientadas a la adquisición de personal con características, un mínimo de experiencia clínica en cualquier área, competencias comunicativas, liderazgo, pro actividad, motivación y deseo de crecimiento profesional y personal.
- Garantizar adecuada remuneración y acciones de reconocimiento que evite que los profesionales especialistas tengan doble jornada laboral, pues está demostrado que trabajar 12, o más horas consecutivas incrementa el riesgo de aparición de eventos adversos.

El equipo de salud

- Optimizar las relaciones interpersonales y propiciar mejor comunicación entre los diferentes actores relacionados con la atención en salud a través

de reuniones inter-disciplinarias, revisión en conjunto de los pacientes en cada turno, seguimiento común de datos, resultados y procedimientos realizados que se constituyen en un punto primordial para la disminución y prevención de los EA, Sin embargo, poco sirven las medidas antes descritas si no se reconoce, divulga y analiza el problema de la ocurrencia del evento adverso.

- Desarrollar espacios para la divulgación, discutir y analizar los EA, sin conductas punitivas, lo que permite reconocerlos, tipificarlos y caracterizar las condiciones de ocurrencia.
- Implementar en la unidad de cuidado intensivo comités de “calidad en el cuidado”, donde se realizan reuniones interdisciplinarias que evalúen los procesos en la unidad a partir del análisis de los indicadores, adherencia a los estándares, reporte de los incidentes y eventos adversos.

POLITICAS DE PRÁCTICAS SEGURAS

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionirlas para obtener procesos de atención seguros.

Política de Seguridad del Paciente.

Debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el Direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.

- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución;

Una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de clima de seguridad”

Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

Reporte:

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de qué medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó

- Cómo se estimula el reporte en la institución

Análisis y gestión

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA),

Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo

- Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de Atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución.
- La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser Sencilla y concreta.

Estandarización de procedimientos de atención

Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la Seguridad del paciente:

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud.

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la Prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los Pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.

- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición Clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar

Insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones

Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los Profesionales

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación

Cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la Responsabilidad de alguien.

- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.

- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.

- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.

- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de Pacientes intra e interinstitucionalmente.

Prevenir el cansancio del personal de salud

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes.

Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta

Servicios

- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los Límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento

Informado

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

Finalmente a partir de los eventos ad-versos más frecuentes reportados en la literatura por enfermería y en nuestra propia experiencia en la práctica, se recomienda:

Balance de líquidos

- Evaluar en cada turno que el aporte de líquidos endovenosos sea adecuado según la condición clínica del paciente: edad, pruebas de función renal, requerimientos, pérdidas sensibles e insensibles y factores de comorbilidad.
- Incorporar las pérdidas insensibles en el balance de líquidos de 24 horas.
- Estandarizar criterios específicos que justifiquen la colocación de dispositivos invasivos (catéter central de inserción periférica o catéter central).

- Incluir en el control horario de constantes vitales el gasto urinario como una variable determinante del seguimiento hemodinámico.
- Determinar los líquidos que no se contabilicen en el balance de líquidos (irrigaciones, lavados, Dianeal, etc.)
- Incluir el balance acumulado y diario en los registros de enfermería haciendo el respectivo análisis de los mismos con el fin de determinar, el requerimiento, aporte y restricción de líquidos.

Hipoglicemia

Diseñar, implementar y evaluar protocolos soportados con evidencia científica en el que se incluyan los siguientes elementos:

- Establecer las indicaciones de cuando iniciar infusión de insulina teniendo en cuenta las cifras de glucometría y glicemia (mayor de 180 mg/dl) documentadas en estudios actuales.
- Construir una escala que permita determinar la cantidad de insulina requerida según las cifras de la glucometría, de acuerdo con las condiciones clínicas particulares de los pacientes.
- Seguimiento de las cifras de glucometría y glicemia determinando un intervalo de tiempo según los requerimientos de insulina.
- Valoración estricta de signos de hipoglicemia según intervalo de tiempo establecido ante los requerimientos de insulina con mayor seguimiento en los turnos de la noche.
- Realizar controles periódicos de los dispositivos utilizados para el control con el fin de minimizar el margen de error producido por el equipo.

- Validar las cifras obtenidas en los controles con los signos del paciente.

La monitorización del paciente o los cuidados que necesita

- Utilizar en la valoración de ingreso y estancia del paciente en estado crítico escalas validadas que permitan identificar oportunamente los factores de riesgo y prevención de las úlceras por presión.
- Establecer lineamientos que orienten el uso correcto de la sujeción donde se establezca que el objetivo principal de la inmovilización es evitar el retiro voluntario o accidental de dispositivos (tubos, sondas, drenajes, catéteres) así como impedir la lesión involuntaria al personal de salud, y sólo debe ser usada en situaciones apropiadas y no como un procedimiento de rutina, comodidad y tranquilidad para los profesionales de enfermería, debe ser lo menos invasiva, capaz de optimizar la comodidad, seguridad del paciente y dignidad, utilizada el menor tiempo posible y su indicación debe quedar escrita en la historia clínica.
- Incluir en la ronda de seguridad la verificación de la programación las alarmas con los valores mínimos y máximos de acuerdo con los valores de las variables hemodinámicas y de la condición clínica del paciente, esta actividad debe hacerse al recibo y entrega de turno.

Maniobras de reanimación

- El aprendizaje de reanimación no está dado solamente por un componente teórico sino que es necesario un aprendizaje práctico, siendo imprescindible la práctica secuencial repetida a través de simulacros de las diversas maniobras de reanimación hasta su realización casi automática. La periodicidad de estos simulacros idealmente debe ser mensual, no obstante también se hace necesario la programación de cursos de reentrenamiento como mínimo cada seis meses que permita desarrollar y mantener destreza y habilidades adquiridas.

- Realización de registros que permitan llevar una información ordenada respecto al número de paros cardiorrespiratorios intrahospitalarios, causas, duración del paro, tiempo de reanimación, sobrevida de las reanimaciones, secuelas de las reanimaciones, errores durante la reanimación, todos estos datos se transformarán en indicadores de calidad que permitan medir el éxito o fracaso de las reanimaciones; a la vez que se convierten en insumo para iniciar trabajos de investigación que permitan evaluar el éxito de las reanimaciones, el impacto de la educación continua y los cursos de reentrenamiento en los profesionales.

Medidas de prevención de escaras por decúbito

Según las Directrices Generales sobre Prevención de las úlceras por presión se aplicarán determinadas medidas preventivas de acuerdo con la valoración de riesgo.

RIESGO BAJO

Para un RIESGO BAJO incluiremos las siguientes medidas preventivas:

- ✓ Aporte nutricional Controlar y registrar la ingesta de alimentos. Identificar y corregir carencias nutricionales.
- ✓ Estimular la ingesta de líquidos
- ✓ Cuidados de la piel

Higiene diaria con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos.

Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura...

- ✓ Aplicar cremas hidratantes o aceite de almendras procurando su completa absorción.
- ✓ No utilizar ningún tipo de alcoholes.

- ✓ No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- ✓ Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- ✓ Control del exceso de humedad

Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas...

- ✓ Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.
- ✓ Cambios posturales
- ✓ Si el estado del paciente lo permite se realizarán cambios posturales:
 - Cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
 - En periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto) cada quince minutos.
- ✓ Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- ✓ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- ✓ Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo.
- ✓ Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.

RIESGO MODERADO

Para un RIESGO MODERADO se aplicarán las mismas medidas preventivas descritas para un riesgo bajo, a las que se añadirán las siguientes:

- ✓ Protección local

En zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro,... se recomienda utilizar apósitos hidrocelulares no adhesivos, en combinación con

ácidos grasos hiperoxigenados y sistemas tipo bota-botín que permitan su fácil retirada, para inspeccionar la zona al menos una vez al día.

Estos sistemas de protección ante la presión son compatibles con otras medidas de cuidado local y no deben lesionar la piel de la zona en el momento de su retirada.

Extremaremos las precauciones ante cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y/o rozamiento: sondas, mascarillas, tubos oros traqueales, máscaras de presión positiva, catéteres, férulas, yesos, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización...

RIESGO ALTO

Para un RIESGO ALTO se aplicarán todas las medidas preventivas descritas anteriormente, además de:

Superficies especiales para el manejo de la presión dinámicas

Tipos de superficies dinámicas:

- Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire.
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire.
- Camas y colchones de posicionamiento lateral.
- Camas fluidificadas.
- Camas bariátricas.
- Camas que permiten el decúbito y la sedestación.

La utilización de superficies especiales de apoyo no sustituye al resto de cuidados (movilización, cambios posturales...)

MEDICAMENTOS SEGUROS:

Acciones:

- Mejorar la seguridad en la utilización y administración de medicamentos.
- Selección adecuada y monitoreo de respuesta.
- Conciliación medicamentosa.

- Aplicar los ocho correctos: paciente, dosis, vía, hora, medicamento, registro correctos, explicar al paciente sobre el medicamento y verificar presencia de alergias.
- Identificación extra de medicamentos de alto riesgo y de presentación similar (marcaje, semaforización)
- Utilización de Unidosis y pre mezclas.
- Actualizar, socializar y evaluar protocolo de administración de medicamentos, donde se incluya el análisis causa-efecto de acciones inseguras y las barreras y mecanismos de defensa con estrategias para garantizar seguridad al paciente.
 - Reportar al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia todos los riesgos y errores relacionados con el proceso de administración de medicamentos, reacciones adversas medicamentosas (flebitis, interacciones, alergias, etc) y problemas relacionados con dispositivos y equipos médicos, para el respectivo análisis y plan de acción.
 - Realizar rondas de seguridad utilizando listas de chequeo en las que se verifique la forma de preparación de mezclas, su tiempo de duración, concentración, compatibilidades, programación de bombas o perfusores, identificación de medicamentos y soluciones (rotulación de bombas, de medicamentos, Equipos y vías, de forma habitual mínimo dos veces por turno, al momento de recibir el turno y en el transcurso del mismo.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Acciones:

- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir las caídas en los pacientes, con el fin de detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen las caídas en los paciente, identificar los factores contributivos que favorecen las caidas, las barreras y defensas de seguridad para prevenir las caídas de pacientes e implementar buenas prácticas (políticas,

administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de las caídas en los pacientes

Medidas generales de prevención de infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos

1. Estrategias para evitar la transmisión horizontal

Higiene de manos

Higiene ambiental

Detección de portadores de bacterias resistentes

Aislamiento

2. Estrategias funcionales

Vigilancia de la infección nosocomial

Programas educativos

Reducción de la exposición a dispositivos invasivos

Reducción de la estancia en UCI

Programas de seguridad

¿Cuáles son algunas de las medidas que los hospitales están tomando para prevenir la neumonía asociada al ventilador?

Para prevenir la neumonía asociada al ventilador, los doctores, enfermeras y otros proveedores de atención médica:

- ✚ Mantienen elevada la cabecera de la cama del paciente entre 30 y 45 grados, a menos que existan otras condiciones médicas que lo prohíban.
- ✚ Todos los días evalúan la habilidad del paciente para respirar por sí mismo, por si pueden quitarle el ventilador lo más pronto posible.
- ✚ Frecuentemente le limpian la boca al paciente.
- ✚ Limpian o reemplazan el equipo entre cada uso con diferentes pacientes.
Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- ✚ Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los
- ✚ Procedimientos.
- ✚ Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.

- ✚ Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
- ✚ Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- ✚ Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, c
- ✚ formación y entrenamiento apropiado la educación o información continuada del personal sanitario sobre las mejores prácticas basadas en la evidencia científica disponibles sobre las medidas dirigidas a la prevención de la NAVM para que así todo el equipo trabaje bajo las mismas pautas
- ✚ aspiración de secreciones bronquiales La aspiración de secreciones es necesaria en pacientes con intubación endotraqueales para mantener permeables las vías respiratorias.

Se recomienda

- Utilización de medidas de barrera para evitar las infecciones cruzadas
- Utilización de sondas desechables
- Manipulación aséptica de sondas de aspiración
- Hiperoxigenación en pacientes hipoxémicos antes de aspiraciones y al finalizar la aspiración
- Evitar instilación rutinaria de suero fisiológico a través del tubo endotraqueales antes de la aspiración con secreciones bronquiales
- La sonda de aspiración debe tener la mitad de la luz interna del tubo endotraqueales, consiguiendo de esta manera que la técnica sea lo menos traumática posible
- La aspiración se debe realizar al retirar la sonda del tubo durante un tiempo máximo de 15 segundos y el número de aspiraciones no sea mayor de tres
- Aspiración oro faríngea al terminar el procedimiento

Hay dos tipos de sistemas de aspiración de secreciones el abierto en el que es necesario desconectar al paciente del respirador, utilizan sonda de aspiración de un solo uso.

Y sistema de aspiración cerrada, tiene la ventaja que disminuye la inestabilidad cardiorrespiratorio, sin embargo no se ha demostrado que este tenga mayor protección ante la infección además de ser un sistema de mayor costo económico

- ✚ Evitar siempre que sea posible la posición supina

Fisiológicamente la posición semiincorporada favorece la ventilación espontánea y disminuye la posibilidad de aspiración de secreciones esta posición reduce por tres la incidencia de neumonía sobre todo en pacientes que reciben alimentación enteral

- ✚ favorecer todos los procedimientos que permita disminuir de forma segura la intubación
- ✚ evitar los cambios programados de tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales
- ✚ utilización de antibióticos

Como evitar reinserción repetida de la sonda

- Valorar si es necesario insertar la sonda a través de una gastrostomía.
- Inmovilizar al paciente solo si es por un periodo corto.
- No fijar la sonda a la ropa de cama.
- Mejorar la a vigilancia del paciente.
- Seguir las normas para infundir medicación correctamente.
- Evitar que nutrición o fármacos se sequen en el interior de la sonda
- Utilizar sondas de mayor calibre.
- Lavar la sonda después de cada toma y siempre que no se esté infundiendo la alimentación.
- No mezclar los alimentos y la medicación.
- Adiestramiento de pacientes y familiares.

Evitar lesiones cutáneas por sondas

- ❖ Movilización diaria de la sonda.
- ❖ Cambio diario de esparadrapos.
- ❖ Utilización de sondas de pequeño calibre, flexible y material poco irritable
- ❖ Adiestramiento de pacientes y familiares.
- ❖ Limpiar y secar la nariz del paciente.

Fijar la sonda con una tira de esparadrapo o apósito apropiado dependiendo de la edad del niño y de la zona de introducción de la misma.

Si el pcte presenta lesiones en la piel o quemaduras, sujeta a la sonda utilizar una cinta o venda. Si el paciente está agitado, fijar también la sonda detrás de la oreja. La sonda también se puede fijar al tubo endotraqueal.

Fundamento: No debe fijarse en la frente, pues puede producir úlcera por presión sobre la nariz.

- ❖ Mantener el tórax elevado de 30 a 45° mientras se alimenta para Prevenir la neumonía por aspiración.
- ❖ Conectar el extremo de la sonda a drenaje, aspiración, nutrición o pinzarla.
- ❖ Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Como evitar bronco aspiración

- ✓ Identificar pacientes con mayor riesgo
- ✓ Detención precoz de la disfagia si es por V.O.
- ✓ Comprobar la situación de la sonda mediante prueba radiológica.
- ✓ Colocar al paciente incorporado 30° durante el tiempo que dure la alimentación y una hora después de terminar la misma.
- ✓ Procurar la infusión continua en pacientes de riesgo para disminuir la distensión gástrica.
- ✓ Aspirar el contenido gástrico antes de cada toma si se administra de forma intermitente y cada cuatro o seis horas si se administra de forma continua.
- ✓ Si el aspirado gástrico es \geq a 100 ml, la infusión se retrasara al menos 1 hora, se volverá a aspirar y se reiniciara la infusión si el aspirado es $<$ 100 ml.
- ✓ Si el aspirado gástrico es reiteradamente \geq a 100 ml, se desechara lo Aspirado.
- ✓ Si la toma se retrasa no aumentar la velocidad de infusión sino el tiempo de duración.
- ✓ Considerar la utilización de pro- cinéticos.

- ✓ Si es frecuente que el resultado de la aspiración gástrica sea \geq a 100 ml infundir en yeyuno.
- ✓ Utilizar sondas flexibles y de calibre pequeño.
- ✓ Colocación de transpilórica de la sonda, sobre todo en pacientes con trastornos de conciencia.

COMO EVITAR LA SALIDA NO PLANIFICADA DE DISPOSITIVOS (tubos y mangueras) DEL PACIENTE:

En el área de cuidados intensivos entre más crítico sea el estado del paciente más cantidad de dispositivos tiene acoplado a su cuerpo entre estos.

Tubo oro traqueal –sondas naso u oro traqueal –traqueostomo -catéter de vía central -catéter venoso -catéter arterial- gastrostomía -tubo de toracotomía drenes -sondaje vesical o rectal etc.

- ❖ Revisar constantemente el sitio de fijación de los dispositivos.
- ❖ Si se observa la cinta de fijación deteriorada cambiarla por una nueva
- ❖ En pacientes diaforéticos secar la piel y cambiar las cintas de fijación.
- ❖ En el momento del baño de pacientes evitar mojar las zonas de fijación.
- ❖ Usar fijadores de buena calidad.
- ❖ Nunca fijar los tubos o mangueras a las sabanas o ropa del paciente.
- ❖ En pacientes no colaboradores realizar sujeciones de las partes más móviles de su cuerpo.

Apéndice 4

PLAN DE CAPACITACION

TEMA: Plan de prevención de incidentes clínicos

MÉTODO: Participación.

FECHA: 15 de octubre 2012

OBJETIVO DE LA UNIDAD: Que al terminar la capacitación el personal de enfermería del área de uci del hospital IESS Portoviejo adopte verdaderas estrategias para prevenir la ocurrencia de incidentes clínicos en los pacientes atendidos

DIRECTORA DE TESIS: Lcda. Susana Donoso

CAPACITADORA: Carla Parrales

TIEMPO: 60 minutos

Contenido	Tiempo	Técnica de enseñanza	actividades de los asistentes	Recursos auxiliares
Presentación				
Exploración de conocimientos	10 min.	Exposición	Escuchar	Flash memory pizarra
Motivación	5 min.	Motivación	Observar	Marcador y líquido.
Incidentes clínicos: -Definición -clasificación	10 min.	Trabajo grupal Demostración	Poner atención Participar mediante el análisis y discusión del contenido de la unidad.	computadora Proyector
Objeto y campo de aplicación -factores de riesgo	15 min.			
-Estrategias para la detección oportuna de un incidente clínico	10 min.			
- minimización de riesgos	10 min.			

PLAN DE CAPACITACION

TEMA: Actividades para evitar incidentes clínicos
 MÉTODO: Participación.
 FECHA: 19 De octubre del 2.012

DIRECTORA DE TESIS: Lcda. Susana Donoso.
 CAPACITADORES: Carla Parrales
 TIEMPO: 60 minutos.

OBJETIVO DE LA UNIDAD: Que al terminar la capacitación el personal de enfermería de uci conozcan las políticas de atención segura al paciente.

Contenido	Tiempo	Técnica de enseñanza	actividades del estudiante	Recursos auxiliares
Estrategias del personal de enfermería	10 min.	Exposición Motivación Trabajo grupal Demostración	Escuchar	Flash memory
Estrategias de la institución	10 min.		Observar	pizarra
Estrategias del equipo de salud	10 min.		Poner atención	Marcador líquido.
Políticas de prácticas segura	10 min.		Participar mediante el análisis y discusión del contenido de la unidad.	CD. Computadora
Estandarización de procedimientos de enfermería	10 min.			Proyector
Mejorar prácticas en los profesionales	10 min.			

PLAN DE CAPACITACION

TEMA: Estrategias durante los procedimientos más realizados en uci DIRECTORA DE TESIS: Lcda. .Susana Donoso
 MÉTODO: Participación. CAPACITADORES: Carla Parrales
 FECHA: 23 de octubre del 2012 TIEMPO: 120 minutos.

OBJETIVO DE LA UNIDAD: Que al terminar la capacitación el personal de enfermería del área de uci logre evitar un incidente clínico de acuerdo a procedimientos realizados a pacientes.

Contenido	Tiempo	Técnica de enseñanza	actividades del estudiante	Recursos auxiliares
-Estrategias para evitar incidentes clínicos	15min.	Exposición	Escuchar	Flash memory
-Prevenir el cansancio del personal de salud	15 min.	Motivación	Observar	pizarra
-Balance de líquidos	15 min.	Trabajo grupal	Poner atención	Marcador líquido.
-Hipoglicemias	10 min.	Demostración	Participar mediante el análisis y discusión del contenido de la unidad.	CD.
-Monitoreo de paciente	15 min.			computador
-Maniobra de reanimaciones	15 min.			Proyector
-Prevención de escaras por decúbito	15 min.			
-Medicamento seguro	15 min.			
-Prevención de caída	15 min.			
-Medicamento seguro	15 min.			
-Prevención de caída	15 min.			
-Prevención de infección nosocomial	15 min.			
-Cómo evitar :	15 min.			
-La neumonía	15 min.	Exposición	Escuchar	Flash memory
-Reinserción de sondas	15 min.			

<ul style="list-style-type: none"> -Lesiones cutáneas por sondas -Broncoaspiracion -Salida no planificada de dispositivos como drenes tuvo endotraqueal etc. -Conclusiones -clausura. 	<p>20 min.</p>	<p>Motivación</p> <p>Trabajo grupal</p> <p>Demostración</p>	<p>Observar</p> <p>Poner atención</p> <p>Participar mediante el análisis y discusión del contenido de la unidad.</p>	<p>pizarra</p> <p>Marcador líquido.</p> <p>CD.</p> <p>computador</p> <p>Proyector</p>
--	----------------	---	---	---

Apéndice 5 Al participar de la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos

INVITACION

**SE INVITA AL PERSONAL DE UCI
A SER PARTICIPE DE LA
CAPACITACION DEL
PROGRAMA DE INCIDENTES
CLINICOS A EFECTUARSE EN
TRES TALLERES**

**LUGAR: SALA DE COFERENCIA
DE UCI**

FECHAS:

TALLER 1: 15/10/12

TALLER2:19/10/12

TALLER 3:23/10/12

Apéndice 6

Listas de asistencias a los tres talleres de capacitación del manual de prevención de incidentes clínicos.



LISTA DE ASISTENCIA

Motivo: Diseño de planes de atención

Fecha: 15 / Octubre 2012.

Prof. Héctor García Astegó	
Sonia García	
Vargas Bedeño Alexi	
Mayra Sarmora Risco	
Laura Monserrate	
Susvaton Bení María	
Uchig Delgado Alejandra	
Maria Boque Gh	
Aragundi Conteno Guadalupe	
Martínez Chuy José Ricardo	

Lista de asistencia al taller de incidentes clínicos

Lugar: Unidad de Cuidos Intensivos

Fecha: 19 de Octubre 2012.

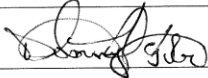

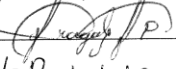
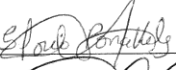
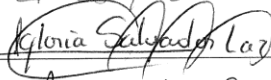

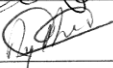
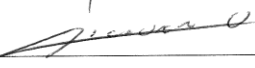
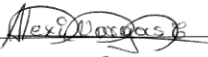

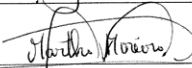
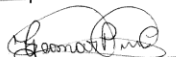
Hora: 10:00 AM.

Gina Calderin Santiago	Jucenia
Paola Jureta Valencia	Paola Jureta
Danny Galen Gebre	Danny Galen
Tatiana Lucette Maria Payer	Tatiana Maria Payer
Isabel Delgado	Isabel Delgado
Geovani Paere Solano	Geovani Paere
YIRINY WOL FUNNEN	Yiriny Wol
Cam Eschola M.	Cam Eschola
Geconcha Yepez Villaman	Geconcha Yepez
Sorin Garcia	Sorin Garcia
Ricardo Mauluca O.	Ricardo Mauluca
Victor Alcega	Victor Alcega
DALITA LOOR ZAMBRANO	Dalita Loor
Maoply Scott	Maoply Scott
Alex Alexi Vargas	Alex Alexi Vargas
Evelyn Loor	Evelyn Loor
Jesenia Guadalupe Huelto C.	Jesenia Guadalupe
Guadalupe fragundi Centeno	Guadalupe fragundi
MARIA SOLARIS	Maria Solaris
LI. DONNY BRUNO UZZI	Li. Donny Bruno
ANEXA ZAMBRANO	Anexa Zambrano
Mario Lopez	Mario Lopez

LISTA DE ASISTENCIA

MOTIVO TERCER TALLER

FECHA: 23 de Octubre 2012

Danny Giler Cedeño	
Leda Garmen Honserrate	
Leda Magaly Poncegale MEX: GEMP Resolón M.	 Punto Resolón M.
Picardo Mantuero Ch	PI L
Gloria Ponce Velez	
Alexandra Salvador Laz	
Lorenna Hedeño Quijipe	Lorenna Hedeño Quijipe.
Yaneth del Rosario Mendoza Bermeo	
Lic. Danny Bravo Men	
Victoria Victoria Alvarez	
Alexi Vargas Cedeño	
Andreu Zambrow	
Azcena Choz	Azcena C.
Martha Moreiro	
Geomero Ponce	

Apéndice 7

Formulario de supervisión de la aplicación del manual de capacitación de incidentes clínicos.

Formulario de chequeo y supervisión de prevención de incidentes clínicos

¿REPORTA A TIEMPO LA EXISTENCIA DE UN INCIDENTE CLINICO?

Siempre.....

Rara vez.....

Nunca.....

¿LA ENFERMERA/O APLICA MEDIDAS DE ASEPSIA DURANTE EL CUIDADO AL PACIENTE?

Si.....

No.....

Avecés.....

¿EL MATERIAL A UTILIZAR EN UN DETERMINADO PROCEDIMIENTO, LO ORGANIZA?

Completamente.....

Incompleto.....

A medias.....

¿LA FIJACION DE DISPOSITIVOS DEL PACIENTE ES?

Buena.....

Regular.....

Mala.....

¿CUANTAS VECES SE REALIZO CAMBIO DE POSICION AL PACIENTE por turno?

De 2-3 veces.....

Por razones necesarias.....

Nunca.....

¿EL CUIDADO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL DEL PACIENTE ES?

Bueno.....

Regular.....

Malo.....

¿LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS LA REALIZA BAJO LAS NORMAS ESTABLECIDAS?

Si.....

No.....

A veces.....

¿TOMA MEDIDAS PREVENTIVAS DE BRONCOASPIRACION?

Siempre.....

Nunca.....

Rara vez.....

¿EL PERSONAL DE ENFERMERIA REvisa
CONSTANTEMENTE SITIOS DE INDERCION DE VIAS
VENOSAS Y ARTERIALES?

Si.....

No.....

Rara vez.....

¿ENFERMERA APLICA MEDIDAS DE CONFORT EN EL
PACIENTE?

Siempre.....

A veces.....

Nunca.....

¿SE APLICAN ESTRATEGIAS PARA PREVENIR CAIDAS DEL
PACIENTE?

Si.....

No.....

De vez en cuando.....

¿EL ASPIRADO DE SECRECIONES LO APLICA BAJO
ESTRICTAS NORMAS DE SEGURIDAD?

SI.....

NO.....

¿SE APLICAN MEDIDAS DE PREVENCON DE QUEMADURAS
POR COLOCACION DE MEDIOS FISICOS?

Siempre.....

Abecés.....

Nunca.....

Apéndice 8 Autorización para la realización del proyecto



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

Portoviejo, 2 de Marzo del 2012

DR.
MARCELO DAZA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL-PORTOVIEJO
Presente

De mis consideraciones:

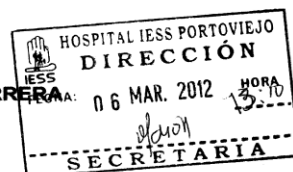
Como Maestrante de la Carrera de Gerencia en Salud, de la Universidad Técnica Particular de Loja, por medio del presente solicito a usted se me permita realizar mi Tesis titulada: **"PLAN DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL DEL IESS-PORTOVIEJO"** en la institución que usted dirige.

De antemano solicito y agradezco el apoyo que se me brinde para la realización del mismo, ya que son múltiples las actividades que emprenderé dentro de esta entidad para su beneficio y de la comunidad.

Por la atención que se preste a mi pedido, le reitero mis sentimientos de consideración y estima.

De usted muy atentamente,


LCDA. CARLA PARRALES CARRERA
MAESTRANTE



Apéndice 9

Evidencias fotográficas

Aprobación para la ejecución del proyecto



REVISION DEL PLAN DE PREVENCION DE INCIDENTES CLINICOS



APROBACIÓN DEFINITIVA DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLINICOS





PRIMER TALLER DE CAPACITACION DEL PAN DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES CLINICOS



SEGUNDO TALLER DE CAPACITACION DEL PLAN DE PREVENCION DE INCIDENTES CLINICOS



Tercer TALLER DE CAPACITACION DEL PLAN DE PREVENCION DE INCIDENTES CLINICOS

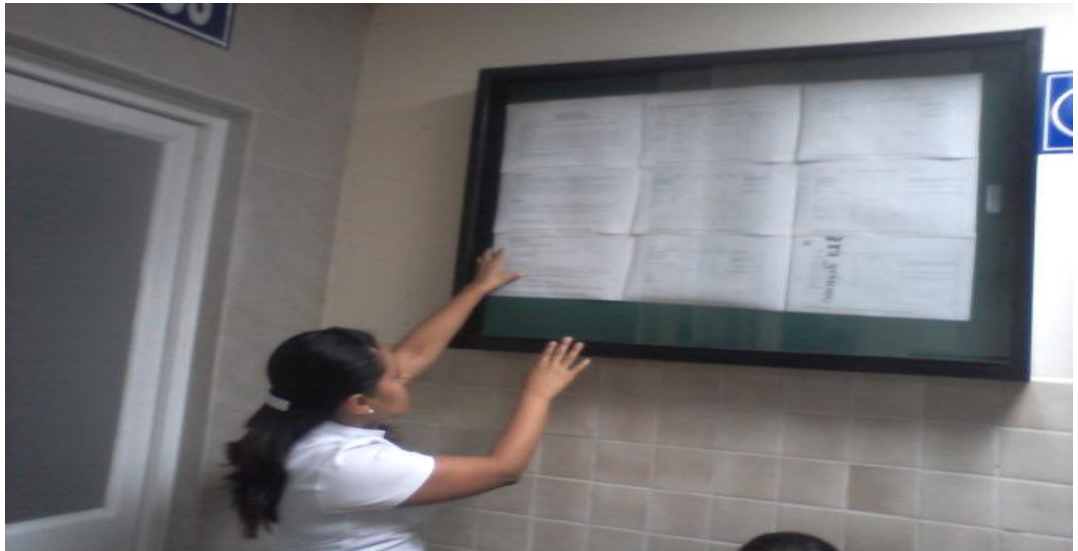




GRUPO DE SUPERVISION DE LA APLICACIÓN DE INCIDENTES CLINICOS



CREANDO EL RINCON EDUCATIVO



Capacitando a estudiantes de enfermería familiarizándose con procedimientos que se realizan en el área de uci a fin de evitar errores clínicos.





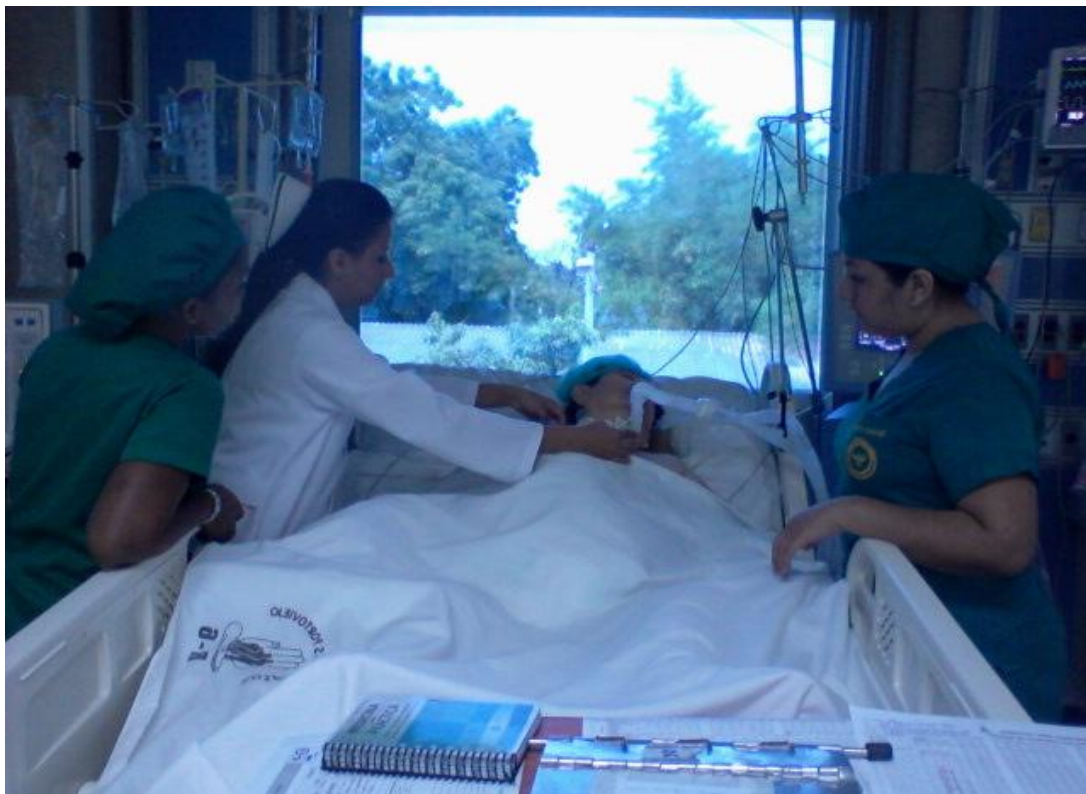
Paciente colaborando con procedimientos para evitar atelectasia



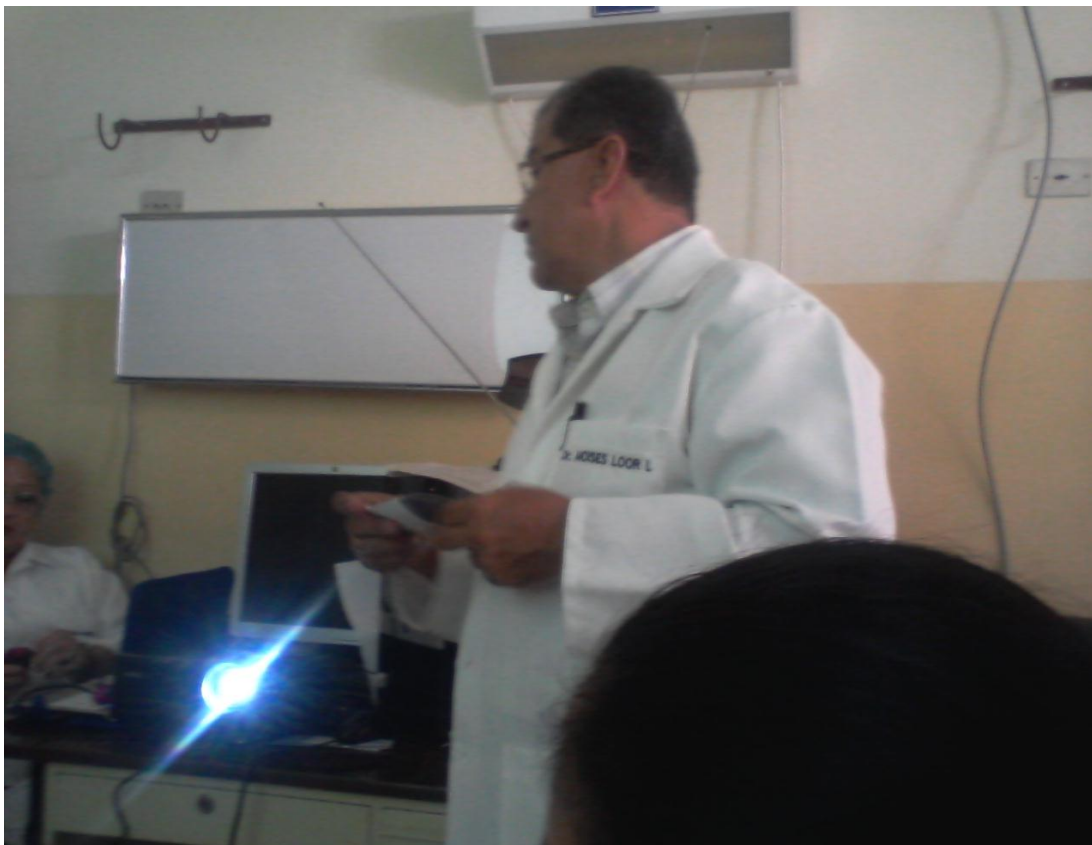
Ayudando en los cambios de posición del paciente para prevenir
escaras



Constatando de fijación de dispositivos en el paciente



Evaluando conclusiones de la capacitación de prevención de incidentes clínicos con el jefe del área de uci Dr. Moisés Loor.



Apéndice 10

Diapositivas utilizadas en la capacitación del plan de prevención de incidentes clínicos.

Incidentes clínicos en el área de cuidados intensivos

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**
- incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio
- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
- Promover una cultura de seguridad en todos los trabajadores y ambiente físico
- Implementar un sistema de reportes de eventos adversos, que permita el Análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.
- Garantizar y promover la seguridad en los procesos asistenciales.
- Implementar prácticas que mejoren el desempeño de los trabajadores y La comunicación interpersonal.
- Disminuir la morbimortalidad de los pacientes por un evento adverso

* **Definiciones**

- * Daño causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base
- * En la actualidad algunos autores han preferido llamarlos “eventos reportables” |
- *
- * Otros autores prefieren llamarlos “incidentes clínicos

CLASIFICACION

- * **Evento adverso prevenible**
- * Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema
- *
- * **Evento adverso no prevenible**
- * Resultado no deseado, acusado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización del cuidado asistencial
- *
- * **Evento centinela:** evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.

Objeto y campo de aplicación

Incluye grupos que buscan:

- * - Obtener procesos institucionales seguros
- * - Obtener procesos asistenciales seguros
- * - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Estrategia para la detección oportuna de los incidentes clínicos

- * Matriz de priorización de los problemas hallados
- * Se analiza la frecuencia de los eventos adversos notificados
- * Impacto recuperación del paciente, repercusiones para el profesional de la salud, costos de atención, secuelas y finalmente la "prevenibilidad"
- * **Notificación** pueden cumplir dos funciones: garantizar la responsabilidad social y que los profesionales proporcionen información útil sobre el perfeccionamiento de la seguridad.
- * No es valoración
- * Sino información

Las instituciones

- * Las instituciones deben acompañar la educación de cada profesional creación y seguimiento de políticas, estándares operacionales, protocolos y guías de manejo
- * Establecer políticas de contratación del recurso humano idóneo
- * Garantizar adecuada remuneración y acciones de reconocimiento que evite que los profesionales especialistas tengan doble jornada laboral para los servicios especializados

ESTRATEGIAS DE MINIMIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

- * **El profesional de enfermería**
- * Brindar educación y proporcionen suficientes bases, criterios y racionalidad
- * No basta con realizar protocolos, procedimientos sino la evaluación.
- * Desarrollar capacitaciones y su correspondiente evaluación y seguimiento de aprendizaje.
- * Promover que los profesionales (enfermero, médico, fisioterapeuta) y auxiliares de enfermería que lleven poco tiempo en las UCI expresen cualquier duda
- * Implementar procesos de retroalimentación, autoevaluación y fortalecimiento en el reconocimiento de los errores
- * Establecer programas de entrenamiento y reentrenamiento a los profesionales de enfermería- auxiliares de enfermería
- * Que no solamente se reconozcan los errores sino que también se felicite por el buen actuar,

El equipo de salud

- * Optimizar las relaciones interpersonales y propiciar mejor comunicación entre los diferentes actores relacionados con la atención en salud.
- * Desarrollar espacios para la divulgación, discutir y analizar los EA, sin conductas punitivas.
- * Implementar en la unidad de cuidado intensivo comités de “calidad en el cuidado”, que evalúen los procesos en la unidad.

POLITICAS DE PRÁCTICAS SEGURAS

- * **Prevenir el cansancio del personal de salud**
- * Debe incluir:
 - * Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta
 - * Servicios
 - * Asignación de horas de jornada laboral.
 - * Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los
 - * Límites máximos recomendados.
 - * Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

Medidas de prevención de escaras por decúbito

RIESGO BAJO

- * Aporte nutricional
- * Estimular la ingesta de líquidos
- * Cuidados de la piel
- * Higiene diaria con agua y jabón
- * secado minucioso
- * teniendo en cuenta los pliegues cutáneos.
- * Observar sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura...
- * Aplicar cremas hidratantes o aceite de almendras procurando su completa absorción.
- * No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- * No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.

Maniobras de reanimación

- * El aprendizaje de reanimación no está dado solamente por un componente teórico también la practica.
- * programación de cursos de reentrenamiento como mínimo cada seis meses
- * Realización de registros que permitan llevar una información ordenada número de paros cardiorrespiratorios intrahospita-larios, causas, duración del paro, tiempo de reanimación, sobrevivencia de las reanimaciones, secuelas de las reanimaciones, errores durante la reanimación

- * atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- * Valorar y tratar: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas...
- * Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- * Cambios posturales
- * Cada 2-3 horas el día y cada 4 horas la noche siguiendo una rotación programada e individualizada.
- * Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Evitar el arrastre.
- * Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- * Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.

RIESGO MODERADO y alto

Se añadirán las siguientes:

- * En zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro,... se recomienda utilizar apósitos hidrocelulares no adhesivos, en combinación con ácidos grasos hiperoxigenados y sistemas tipo bota-botín que permitan su fácil retirada, para inspeccionar la zona .
- * Extremaremos las precauciones ante cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y/o rozamiento: sondas, mascarillas, tubos
- * Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire.
- * - Camas y colchones de posicionamiento lateral.
- * - Camas fluidificadas

MEDICAMENTOS SEGUROS

- * Mejorar la seguridad en la utilización y administración de medicamentos.
- * Selección adecuada y monitoreo de respuesta.
- * Aplicar los ocho correctos: paciente, dosis, vía, hora, medicamento, registro correctos, explicar al paciente sobre el medicamento y verificar presencia de alergias.
- * Identificación extra de medicamentos de alto riesgo y de presentación similar (marcaje, semaforización)
- * Actualizar, socializar y evaluar protocolo de administración de medicamentos,
- * Reportar al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia reacciones adversas medicamentosas (flebitis, interacciones, alergias, etc) y problemas para el respectivo análisis y plan de acción.
- * Realizar rondas de seguridad utilizando listas de chequeo en las que se verifique la forma de preparación de mezclas, su tiempo de duración, concentración, compatibilidades.

Medidas generales de prevención de infección nosocomial en unidad de cuidados intensivos

1. Estrategias para evitar la transmisión horizontal

- * Higiene de manos
- * Higiene ambiental
- * Detección de portadores de bacterias resistentes
- * Aislamiento
- * 2. Estrategias Vigilancia de la infección nosocomial
- * Programas educacionales
- * Reducción de la exposición a dispositivos invasivos
- * Reducción de la estancia en UCI

prevenir la neumonía asociada al ventilador

- Mantén elevada la cabecera de la cama del paciente entre 30 y 45 grados.
- Todos los días evaluar la habilidad del paciente para respirar por sí mismo.
- Frecuentemente se limpian la boca al paciente.
- Limpiar o reemplazar el equipo entre cada uso con diferentes pacientes.
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
- Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
- Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea,
- formación y entrenamiento la educación o información continuada del personal para que así todo el equipo trabaje bajo las mismas pautas
- aspiración de secreciones bronquiales

Se recomienda en cada aspiración

- Utilización de medidas de barrera
- Utilización de sondas desechables
- Manipulación aséptica de sondas de aspiración
- Hiperoxigenación en pactes hipoxémicos antes entre aspiraciones y al finalizar la aspiración
- La sonda de aspiración debe tener la mitad de la luz interna del tubo endotraqueales,
- La aspiración se debe realizar al retirar la sonda del tubo durante un tiempo máximo de 15 segundos y el número de aspiraciones no sea mayor de tres
- Aspiración oro faríngea al terminar el procedimiento
- evitar los cambios programados de tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales

Evitar lesiones cutáneas por sondas

- Movilización diaria de la sonda.
- Cambio diario de esparadrapos.
- Utilización de sondas de pequeño calibre, flexible y material poco irritable
- Limpiar y secar la nariz del paciente.
- Fijar la sonda con una tira de esparadrapo o apósito apropiado
- Si el pcte presenta lesiones en la piel o quemaduras, sujeta a la sonda utilizar una cinta o venda.
- Si el paciente está agitado, fijar también la sonda detrás de la oreja también se puede fijar al tubo endotraqueal.
- Fundamento: No debe fijarse en la frente, pues puede producir úlcera por presión sobre la nariz.
- Mantener el tórax elevado de 30 a 45° mientras se alimenta para Prevenir la neumonía por aspiración.
- Conectar el extremo de la sonda a drenaje, aspiración, nutrición o pinzarla.

Como evitar bronco aspiración

- Detención precoz de la disfgaia si es por V.O.
- Comprobar la situación de la sonda mediante prueba radiológica.
- Colocar al paciente incorporado 30° durante el tiempo que dure la alimentación y una hora después de terminar la misma.
- Aspirar el contenido gástrico antes de cada toma si se administra de forma intermitente y cada cuatro o seis horas si se administra de forma continua.
- Si el aspirado gástrico es \geq a 100 ml, la infusión se retrasara al menos 1 hora, se volverá a aspirar y se reiniciara la infusión si el aspirado es $<$ 100 ml.
- Si el aspirado gástrico es reiteradamente \geq a 100 ml, se desechara lo Aspirado.
- Si la toma se retrasa no aumentar la velocidad de infusión sino el tiempo de duración.
- Utilizar sondas flexibles y de calibre pequeño.

COMO EVITAR LA SALIDA NO PLANIFICADA DE DISPOSITIVOS (tubos y sondas) DEL PACIENTE:

- Revisar constantemente el sitio de fijación de los dispositivos.
- Si se observa la cinta de fijación deteriorada cambiarla por una nueva
- En pacientes diaforéticos secar la piel y cambiar las cintas de fijación.
- En el momento del baño de pacientes evitar mojar las zonas de fijación.
- Usar fijadores de buena calidad.
- Nunca fijar los tubos o mangueras a las sábanas o ropa del paciente.
- En pacientes no colaboradores realizar sujeciones de las partes más móviles de su cuerpo.