



**UAGro**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA NO.2/COORDINACIÓN DE POSGRADO**

---

---

**POSGRADO DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD MEDICO - QUIRURGICA  
GENERACIÓN 2016**

**TESINA:**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA  
MEDICO QUIRURGICA**

**CALIDAD DEL IMPACTO EDUCATIVO DEL SISTEMA VENCER II  
EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
REGIONAL VICENTE GUERRERO**

**PRESENTAN:**

L.E América Fernández Cipriano.  
L.E. Christian Gabriela García González.  
L.E. Humberto Colín García.

**ASESOR:**

M.C.E. Eva Barrera García.

DIRECTOR INTERNO: M.C.E. Eva Barrera García.

DIRECTOR EXTERNO: M.C. Elsa Álvarez Bolaños

C.A: 125: EDUCACION Y GESTION EN ENFERMERIA

L.G.A.C : CALIDAD DE LOS PROCESOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA MEDICO  
QUIRÚRGICA

Enero 2018

**LGAC:**  
**CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE**  
**MEDICO QUIRURGICO.**

Acapulco, Gro. 2017.

---

***ÍNDICE***

---

Contenido	Página
Resumen.	
<b>CAPITULO I</b>	
1. Introducción	
2. Antecedentes	
<b>CAPITULO II</b>	
3. Marco teórico.	
3.1 Calidad.	
3.2 Sistema VENCER II.	
3.3 Impacto educativo.	

<p style="text-align: center;"><b>CAPITULO III</b></p> <p>4. Justificación.</p>
<p>5. Planteamiento del problema.</p>
<p>6. Objetivos.</p> <p style="padding-left: 40px;">6.1 General.</p> <p style="padding-left: 40px;">6.2 Específicos.</p>
<p>7. Hipótesis.</p>
<p>8. Metodología.</p> <p style="padding-left: 40px;">8.1 Variables del estudio.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CAPITULO IV</b></p> <p>9. Resultados</p>
<p style="text-align: center;"><b>CAPITULO V</b></p> <p>10. Discusión</p>
<p style="text-align: center;"><b>CAPITULO VI</b></p> <p>11. Conclusiones</p>
<p style="text-align: center;"><b>CAPITULO VII</b></p> <p>12. Sugerencias</p>

## CAPITULO VIII

13. Referencias bibliográficas.

## CAPITULO IX

14. Anexos.

14.1 Cuestionario.

14.2 Consentimiento Informado

14.3 Formato sistema VENCER II

14.4 Eventos Adversos Relacionados

14.5 Cronograma

14.6 Programa de intervención.

## **RESUMEN**

### **TÍTULO**

Calidad del impacto educativo del sistema vencer II en personal de Enfermería del Hospital General Regional Vicente Guerrero.

### **INTRODUCCIÓN**

El Sistema a VENCER II en el Instituto Mexicano del Seguro Social en México, es un modelo para evaluar la calidad asistencial del cuidado al paciente, la monitorización del mismo, determina factores asociados, para que, a su vez, se implementen acciones dirigidas a su prevención mediante la promoción educativa, de esta manera, la seguridad constituye un principio fundamental en la atención médica y su dimensión es de gran magnitud en la calidad, incluso se puede considerar que *sin seguridad no puede existir la calidad*.

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer la Calidad del Impacto Educativo del Sistema Vencer II en personal de Enfermería del Hospital General Regional (H.G.R.) No. 1 Vicente Guerrero”.

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio cuasi experimental y transversal en dos momentos y comparativo en el Hospital General Regional No.1, en personal de Enfermería en el periodo del 1 al 31 de agosto de 2017, autorizado por el CLIEIS 1102 y bajo consentimiento informado, se aplicó un instrumento de recolección validado por especialistas, que consistió en una encuesta de 13 reactivos que evaluó el conocimiento sobre el Sistema VENCER II, los datos que se obtuvieron se concentraron y analizaron en una base de datos, se realizó un análisis descriptivo con cálculo de frecuencias simples y porcentajes con el programa SPSS versión 23, los resultados se presentan en gráficas y tablas.

**RESULTADOS:** Se observó que el mayor porcentaje de edad fue entre los 31 y 40 años, el sexo predominante del grupo en estudio correspondió al sexo femenino, los porcentajes fueron similares entre los turnos matutino, vespertino y nocturno, en el cual el mayor porcentaje en categoría del personal fue de Enfermera general y el servicio que obtuvo un mayor porcentaje fue el de Especialidades Quirúrgicas.

Con respecto a la evaluación del conocimiento del sistema VENCER II, se encontró una calificación de 6 antes de aplicar la intervención educativa, posterior a la intervención, la calificación incrementó a 8.

El resultado sobre los rangos de Wilcoxon. Se encontró un rango mayor positivamente, indicando que existió calificaciones más altas después de la intervención, que antes de ella.

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se pudo observar que la calidad del impacto educativo sobre el sistema VENCER II, aumento de la primera

encuesta en el cual se tenía un promedio de 6 y en la segunda encuesta se tuvo un promedio de 8 posterior a la intervención educativa, por lo tanto el nivel de conocimiento aumento de un conocimiento moderado a un conocimiento sustancial, lo cual indica que se acepta la hipótesis del nivel de conocimiento con un porcentaje del 80%.

La capacitación continua es fundamental para la identificación y la concientización sobre los reportes de eventos, así se podrán implementar las medidas pertinentes para la seguridad del paciente, prevenir eventos futuros y aumentar la calidad en la atención médica, ya que sin seguridad, no existe la calidad.

**Palabras claves:** Sistema VENCER II, impacto educativo y calidad.

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN.**

El ejercicio de la Enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, entendiendo este como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.<sup>1</sup>

Cuando se brinda cuidado, todos los actos que en él se incluyen deben estar enfocados a brindar calidad, sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que la calidad y por ende el cuidado se impactan de manera negativa debido a errores, incidentes, confusiones o eventos adversos como hoy se denomina a la lesión resultante de la intervención de los servicios de salud y que en el entramado proceso de atención son derivados del manejo y distribución de los recursos, los conocimientos, las preparación, las personas objeto de trabajo y las relaciones interpersonales, todo lo que propicia una atención irregular e inapropiada y lo que a su vez pone en peligro la seguridad y bienestar de las personas, conceptos clave dentro de la caracterización y puesta en marcha de servicios con calidad.<sup>1</sup>

Los eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad

subyacentes y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. De igual forma, se pueden presentar situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas.<sup>3</sup>

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.<sup>2</sup>

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad”, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar. En el sistema sanitario, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada, sin embargo, ha sido una prioridad en otras industrias donde el riesgo de accidentes y de eventos adversos es elevado.<sup>4</sup>

De lo anterior se desprende la inminente necesidad de generar políticas para que la atención médica sea segura y con calidad, en este sentido, todos los establecimientos deberán enfocar sus esfuerzos hacia este objetivo. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha adoptado como modelo de gestión de calidad y seguridad del paciente, los estándares homologados para Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.<sup>4</sup>

En el año 2009 los estándares para evaluación de hospitales se homologan con los definidos por Joint Commission International, modelo que se centra en la mejora de la calidad y seguridad del paciente. La seguridad constituye un principio fundamental en la atención médica y su dimensión es de gran magnitud en la calidad, incluso se puede considerar que *sin seguridad no puede existir la calidad*.

Es posible identificar además varios factores que están relacionados con la seguridad: comunicación, ergonomía, fatiga, inadecuada formación, dotación de personal y supervisión, entre otros. Cuando alguno de estos factores falla, están presentes o existen otros riesgos que producen como consecuencia un daño al paciente se identifican los *eventos adversos*.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, identificó una prevalencia de eventos adversos en diferentes países del 3,2 al 16,6%, llega en la actualidad a ser un problema de salud pública, produce más muertes que los accidentes de tráfico y cáncer de mama en algunos países, por lo que se han creado programas para el reporte y análisis de estos. El modelo de reportes de eventos adversos ha sido efectivo debido a que considera tres características específicas: confidencialidad, no punitivo y retroalimentación.<sup>5</sup>

Resulta de una gran importancia dotar de conocimiento e información sobre el tema a los profesionales sanitarios; solo una adecuada concienciación del problema puede favorecer la sensibilización del personal, y por consiguiente, la prevención de todos aquellos eventos no deseados y que son fácilmente evitables. Una práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible es una garantía de éxito de nuestras intervenciones, una evidencia que queda

recogida en las guías de práctica clínica, protocolos de actuación y en las recomendaciones basadas en la evidencia.<sup>6</sup>

Por lo anteriormente descrito y con la finalidad de fortalecer la mejora en la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en concordancia con la literatura internacional y en cumplimiento con los estándares de certificación, se ha desarrollado el sistema VENCER II, Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas, como parte importante del Programa Institucional de gestión de calidad y seguridad del paciente. Siendo uno de sus objetivos diseñar e implementar estrategias de mejora continua, identificando los riesgos y posterior al análisis de los errores, modificar conductas a fin de reducir el número de eventos adversos.<sup>4</sup>

Promoviendo la educación sobre el conocimiento del sistema VENCER II fortalece las medidas de prevención que llevan a los eventos no deseados, resultando una atención a los usuarios de calidad y por consiguiente una atención segura.

## **2. ANTECEDENTES.**

En el mundo antiguo se utilizó la frase “Primum Non Nocere” como una forma concreta de expresar el humanismo de la atención médica y señalaba la necesidad de evitar los malos procedimientos distinguiéndose vestigios de ello en, Egipto y la India existía personas exclusivas, que observaban el cumplimiento de las normas establecidas para no hacer daño, también, en Babilonia y Mesopotamia, 1 750 años antes del nacimiento de Jesucristo, regulaban, en el código de leyes el trabajo médico y se castigaba severamente los malos resultados de un tratamiento u operación, según el nivel social del enfermo. Después, el juramento Hipocrático, del siglo V; Antes del nacimiento de Jesucristo, se estableció las bases para la ética y conducta médica, cuyo fin era mejorar su práctica y sus resultados.<sup>4</sup>

Abraham Flexner, en 1910, en Estados Unidos de América (EUA) ante el Congreso emitió un informe sobre la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia, que obligaron a mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de la calidad moderna.<sup>9</sup>

La década de los noventas se señala de manera objetiva por parte de los hombres de ciencia, el error médico, publicándose resultados de que el 4 % de los pacientes que ingresaban a un hospital sufrían algún tipo de daño atribuible a la atención médica y de estos, el 14 % llegaban a ser mortales, dicho estudio estableció el estándar por el cual se miden los eventos adversos y sentó las bases para los debates sobre la seguridad del paciente en varios

países. 13

En el 2000 en EUA se publica por el Instituto de Medicina, los errores médicos, en los hospitales, en esta publicación se señala que en EUA ocurrieron entre 44,000 y 98,000 muertes anuales como resultado de errores médicos, ubicando a este problema en el octavo lugar en la lista de las causas de muerte, situándolo por arriba de los accidentes de motor, cáncer de mama y VIH/SIDA; a la vez reportaron que al año se gastaban de 17 a 29 billones de dólares por concepto de errores médicos, lo que representaba costos directos en la atención del paciente.<sup>11</sup>

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre eventos adversos mientras recibe cuidados de salud; ante esta situación, se plantea resolutive de invitar a los países miembros a tomar medidas encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes, así como a fortalecer los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos en las instituciones de salud, además de establecer una metodología de estudio para los errores de la atención médica.<sup>15</sup>

En el año 2004 se concreta la iniciativa de “la alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes”, se realiza un estudio sobre eventos adversos de 1984 hasta el 2001, de acuerdo con los resultados se encontró que la magnitud de los eventos adversos fue ligeramente menor a 4% en estudios realizados en Estados Unidos y de casi 17% en Australia.<sup>12</sup>

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha manifestado su posición en la seguridad de los pacientes; este organismo desde el año 2002, está promoviendo que el personal de enfermería y las asociaciones nacionales de sus países miembros, realicen acciones como parte fundamental del papel que desempeñan para garantizar cuidados seguros.<sup>17</sup>

A partir del 2007, la Organización Panamericana de la Salud llevó a cabo reuniones con la participación de representantes de países de América, tales como EUA, Argentina, Chile, Brasil, entre otros, con el objetivo de consolidar un grupo de especialistas en el área de información y educación básica de manera continua y permanente en enfermería, para promover la seguridad de los pacientes y proyectar un plan de trabajo en conjunto.<sup>18</sup>

En Inglaterra se ha establecido el National Reporting and Learning System, que recoge de manera anónima las incidencias que son del conocimiento de los prestadores y de los usuarios de los servicios de salud.<sup>19</sup>

El conocer y reportar los eventos adversos es clave para su corrección y para la seguridad en la atención del paciente lo que permite hablar en términos reales de garantía de calidad en el cuidado de enfermería. Establecer un sistema donde el personal de enfermería pueda reportar y medir el impacto del EA en el usuario sin buscar culpables, establece un buen inicio en el desarrollo de una cultura de calidad, tan necesaria para los profesionales de enfermería.<sup>20</sup>

Derivado de lo anterior, la Secretaría de Salud en México ha promovido una serie de recomendaciones relacionadas con la seguridad del paciente para conocer la magnitud de los eventos adversos, de esta manera se está transitando hacia sistemas de registro voluntarios y anónimos. Durante el sexenio 2000-2006 a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), diseñó una página web para el registro de los errores en la atención médica. Como parte de las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad, en el 2004 la Secretaría de Salud de México inició el sistema de notificación voluntario, anónimo y por internet, cuyo desarrollo fue impulsado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad.<sup>15</sup>

A finales de 2006 se habían reportado sólo 332 eventos centinela y el reporte provenía, en orden decreciente, de los siguientes siete estados: Tabasco 185, Sinaloa 129, Zacatecas 7, Aguascalientes 5, Veracruz 4, Chihuahua 1 y Jalisco.<sup>16, 22</sup>

En el año 2009 se recaban datos importantes sobre eventos adversos por dicha organización donde se menciona que los eventos adversos se presentan, principalmente en el turno matutino, en una proporción que varía de 58 % a 75 % en relación a otros turnos, dependiendo del hospital, y que los servicios que más presentaron entre un 66 % y 90 % fueron urgencias, cuidados intensivos, cirugía y medicina interna, en un 28 % al 64 % de los eventos, se prolongó la estancia hospitalaria entre 4 y 9 días, además que 64 % al 74% de los eventos, ocurre en personas en edad productiva de 18 a 65 años, existiendo datos importantes que señalan que el 72 % al 88 % de los eventos adversos, no fueron comunicados a la familia; de este resultado los Hospitales del Estado Mexicano del 49 % al 97 % tomó medidas para que no se repitieran.<sup>16, 23</sup>

En cuanto a estudios de investigación realizados se plantean los siguientes por su importancia que tienen:

#### A) Nivel Internacional

- Estudio realizado en 2012 en Bogotá Colombia, se construyó un marco conceptual basado en las publicaciones relativas a los Eventos Adversos en las instituciones de salud. Y su resultado es que existe la creencia de que la vigilancia de Eventos adversos consiste en una auditoria con consecuencias laborales negativas. Esta opinión está determinada por la cultura organizacional previa. Las estrategias para incrementar el reporte fueron: el trabajo persona a persona, hacer conciencia de que nadie está exento de un evento adverso y, el apoyo administrativo para solucionar las deficiencias.<sup>17</sup>
- Otro estudio realizado en Brasil 2013, para Identificar la producción del conocimiento sobre el tema de seguridad y protección del niño hospitalizado.se analizaron 15 artículos nacionales e internacionales, durante el periodo 1997-2007; en abordaje cualitativo, en cuatro categorías 1) Ocurrencias adversas;2) Errores de medicación; 3) Notificación de eventos adversos; 4) Seguridad del paciente pediátrico. Los resultados apuntan la necesidad de desarrollar estrategias que reduzcan la probabilidad de la ocurrencia de

estos eventos, durante la hospitalización del niño, para que él no sufra cualquier daño ni violación de sus derechos fundamentales.<sup>18</sup>

- Estudio realizado en abril /mayo 2011 en España, para identificar el grado de conocimiento sobre eventos adversos como proceso del mejoramiento de la calidad en la E.S.E. Hospital del Tambo Cauca. **Método:** Estudio descriptivo cuantitativo, de corte transversal, y conglomerados por edad, incluye a todo el personal asistencial. **Resultados:** La población por genero para medir el grado de conocimiento del EA es de 44 % femenino y 56 % masculino, respecto a la edad el mayor porcentaje fue en los rangos de 27 a 32 años con un 39.58 %, le continua de 21 a 26 años el 29.16 %, posterior la edad de 45 a 53 años con un 18.75 %, y solo el 8 y 4 % en los rangos de edad de 33 a 38 años y de 39 a 44 años respectivamente. En relación a la disciplina desempeñada en lo asistencial el mayor es de auxiliares de enfermería en un 47.91 %, Médicos en un 22.91 %, Enfermeros, Higienistas orales, bacteriólogos, Psicólogos en un 4.16 %, y en un 2 % en fisioterapeutas, auxiliar de odontología, fonoaudiólogo. El conocimiento en cuanto a EA del personal de salud que labora fue regular por la falta de capacitaciones y socialización sobre el tema de los EA.<sup>19</sup>

- En noviembre 2013 en Nariño Colombia. Objetivo: Describir las causas de no reportes de eventos adversos. **Resultados:** 80 % tienen conocimiento del reporte del evento adverso, el 13 % del personal encuestado refiere que ha reportado el evento adverso, el 75 % refiere que en el servicio se utiliza el reporte como plan de mejora, el 72 % no

reporta por temor a las consecuencias después del reporte, el 34 % refiere que es “engorroso la tramitología”.<sup>20</sup>

B) Nivel Nacional:

- 2012 en Tlaxcala-México. **Objetivo:** Identificar en el personal de enfermería el conocimiento que tienen del programa VENCER "Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos" y determinar los factores relacionados en la notificación de los eventos. **Método:** estudio transversal, con 226 enfermeras seleccionadas con muestreo probabilístico, por conglomerado. Instrumento con 62 reactivos, validado mediante Alpha de Cronbach, obteniéndose una confiabilidad de 0.73, para el análisis se utilizó el programa SPSS V 14, se aplicó estadística descriptiva. **Resultados:** edad promedio del personal de enfermería 38 años, con predominio del sexo femenino 96 %, enfermeras generales 51 %, enfermeras especialistas 21 %, y 22 % enfermeras con estudios de licenciatura. El factor que limitó el registro de eventos fue el desconocimiento del programa de notificación 92 % y falta de Re información 84 %. La categoría institucional  $p = 0.02$ , es factor asociado significativamente al conocimiento del evento centinela, no se encontraron diferencias en relación al conocimiento del personal del evento centinela  $p = 0.03$  y el conocimiento del Programa VENCER  $p = 0.04$ , respecto a cada unidad de adscripción. La falta de re información por el personal directivo posterior a la notificación del evento es uno de los factores asociados a la notificación.<sup>42</sup>

- Un estudio realizado en el Estado de México en 2013. **Objetivo:** Determinar si el personal de enfermería, identifica y aplica las medidas de seguridad al brindar atención a los pacientes de un hospital de segundo nivel en el Estado de México. **Método:** Descriptivo, observacional y trasversal; periodo octubre/diciembre 2012, instrumento en dos secciones 1) Las 6 metas internacionales para la seguridad del paciente; 2) Observación del personal de enfermería en la aplicación de las metas. Muestra de 56 enfermeras de las cuales el 39.3 % con nivel licenciatura y el 44.6 % con nivel técnico; 8.9 % con estudios posttécnicos y el 4.7 % con especialidad; el intervalo de edad fue de 30 a 40 años, con una antigüedad laboral menor de 4 años.

**Resultados:** Cumplimiento de metas oscilo entre el conocimiento de las mismas del 40 % al 50 %, existiendo un riesgo del 50 % de eventos adversos.<sup>43</sup>

- Otro estudio realizado en Julio 2015 en México. **Objetivo:** Determinar la ocurrencia de los EA en las áreas de cuidados intensivos y conocer los factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema que están presentes en la aparición de un EA, así como su evitabilidad y gravedad. La muestra estuvo compuesta por 137 personas durante el periodo comprendido del 1-04-2012 al 31-01-2013. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman y phi, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Chi cuadrada. **Resultados:** El 58 % de los eventos adversos, se presentaron en pacientes masculinos, el 60 % en edad pediátrica; los eventos adversos relacionados con el cuidado fueron los más frecuentes con un 29.9 %. En el 51 % estuvieron relacionados con invalidez temporal. En un 75 % de los casos se pudieron evitar. Sobresalen los factores del sistema con un 98 %.<sup>44</sup>

## CAPITULO II

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. CALIDAD

La calidad es una característica de las cosas que indica perfeccionamiento, mejora, logro de metas. Calidad no es igual a perfección. Ninguna acción humana puede ser perfecta, pero sí puede -y debe- aspirar a mejorar.<sup>39</sup>

La preocupación por la calidad en la asistencia médica como el propio ejercicio médico. Su origen se remonta a la época faraónica en los papiros egipcios, en el Código Hammurabi o en el tratado de Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad.<sup>4</sup>

#### 3.2. SISTEMA VENCER II

Uno de los retos que enfrentan los sistemas de salud en el rubro de seguridad del paciente, es el establecimiento un sistema de registro oportuno y lo más completo posible acerca de los eventos adversos, que permita el análisis y la toma de decisiones para prevenir la ocurrencia de los mismos.<sup>4, 32</sup>

Si tenemos en cuenta que lo importante en el proceso de atención es satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del paciente en un marco de seguridad, el evento adverso, que compromete negativamente estos preceptos, adquiere una relevancia fundamental. Se propone la siguiente definición para el concepto de: **Evento adverso:** “hecho inesperado no

relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica”.<sup>33</sup>

Los 7 Principales eventos adversos más comunes son: efectos secundarios e intolerancia a medicamentos, reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, escaras por presión y dehiscencia de heridas quirúrgicas. Dentro de los eventos adversos existe un grupo de ellos particularmente graves, por su magnitud, por su trascendencia y por las consecuencias que pueden tener para la salud o la vida del paciente.<sup>34</sup> Entre la evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud, destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves, al causar invalidez permanente o aun la muerte.<sup>29, 35</sup>

Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de:

- Errores en la atención
- Incidentes que casi causan daño
- Eventos adversos leves
- Eventos adversos graves.

Para ello se establece la siguiente categoría en el Manual del Sistema a VENCER II.<sup>4, 36</sup>

Categoría	Definición
Evento Adverso A Cuasifalla	Circunstancia o situaciones con capacidad de producir un incidente, pero que no llegan a producirlo por descubrirse y solucionarse, antes de llegar al paciente

Evento Adverso B Incidente sin daño	El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, no requirió monitorización ni intervención.
Evento Adverso C Incidente sin daño	El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero requirió monitorización e intervención
Evento Adverso D Reacción adversa	El incidente causó daño imposible de determinar
Evento Adverso E Con factor atenuante	El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
Evento Adverso F Grave con daño	El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó hospitalización.
Evento Adverso G Grave-Centinel	El incidente contribuyó y causó daño permanente al paciente.
Evento Adverso H Grave-Centinel	El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida.
Evento Adverso I	El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente.

Para comprender mejor el significado y enfoque de cada expresión, se definen los siguientes conceptos.

**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.

**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.

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

**Cuasi incidente o cuasi falla:** es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).

**Evento centinela:** un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas (OMS, 2009)

Para reducir estos eventos que exponen la vida del paciente es necesaria una intervención educativa de calidad sobre el sistema vencer II en el personal de salud, lo que permitirá que el personal adquiera los conocimientos necesarios y a sí brindar una atención de calidad en el paciente reduciendo los riesgos y aumentando la seguridad.

El sistema VENCER II es un sistema de vigilancia de eventos centinelas eventos adversos y cuasifallas. Que tiene como objetivo implementar un sistema de notificación, vigilancia y prevención de eventos adversos para garantizar con ello la seguridad del paciente en las unidades médicas hospitalarias del instituto mexicano del seguro social.<sup>4</sup>

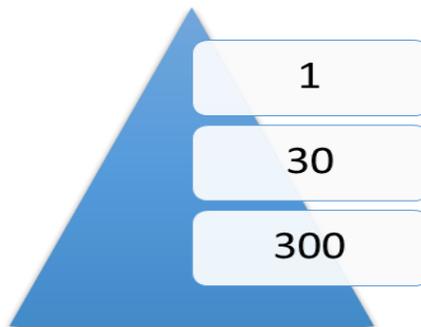
Una *mejora del sistema* es el resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. Un proceso para contrarrestar el fallo latente que se acaba de mencionar sería la modificación del equipo para que dé la alarma cuando haya un problema de suministro de corriente, o la utilización de un dispositivo adicional, como un capnógrafo, que dé la alarma cuando no se detecte dióxido de carbono en el aire espirado.<sup>28,38</sup>

Para lograr la científicidad del proceso de investigación se consultan varios modelos explicativos en la aparición de problemas de seguridad, y que pueden servir también de base para su análisis y el diseño en las intervenciones de mejora correspondientes. Un modelo explicativo que el IMSS adopta es el de Donald Berwick, nos ha enseñado que los errores vienen de los sistemas, no de las personas, y las estadísticas de análisis de eventos adversos comprueban una y otra vez este planteamiento. Cuando un EA tiene lugar, lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y porqué las barreras fallaron, en la práctica, cada una de estas barreras son como rebanadas de *queso suizo* con varios orificios y en continuo movimiento las cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores. Cuando en un momento dado estos orificios se alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean las posibilidades para que un EA sobrevenga.<sup>41</sup>



Fuente: tomado de Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320-769.

Otro modelo explicativo es el de la pirámide de Heinrich, quien es considerado pionero de la salud ocupacional y la seguridad, sugería una razón aproximada, de un evento adverso grave por cada 30 eventos adversos leves y por cada 300 incidentes sin daño, a éstos los llamó “near misses”, es decir que la relación es de 1 – 30 – 300



Fuente: Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London: McGrawHill;

1941

Derivado de lo anterior, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 plantea la estrategia: “Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. En ésta se inscribe el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), como el instrumento del Gobierno Federal para elevar la calidad de los servicios de salud, con enfoque en la mejora de la calidad técnica, la calidad percibida y calidad en la gestión de los servicios de salud. Por otra parte, el Consejo de Salubridad General 2011, estableció en su última versión los estándares para la certificación alineados a las estrategias de la OMS, también se plantea el propósito de las Metas Internacionales en Seguridad del Paciente para promover acciones específicas que contribuyan a mejorarlas.<sup>40</sup>

Como parte de la prevención de los Eventos Adversos, en el 2005 el Instituto Mexicano del Seguro Social, desarrolla un Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (VENCER). Este sistema de notificación propone un enfoque proactivo y preventivo basado en el análisis de los eventos centinela y en el establecimiento de planes de acción para evitar su recurrencia. Los elementos de este sistema son los siguientes:

- Reporte de eventos centinela por hospital y tipo de evento.
- Realizar análisis causal en la unidad.
- Implementar un plan de acción para evitar recurrencia. Supervisar a nivel subnacional para realizar análisis causal e implementar planes de mejora.
- Conformar una base de datos para favorecer el aprendizaje institucional.

Este sistema continúa vigente y si bien tiene cobertura nacional, es exclusivo para los establecimientos que pertenecen al IMSS, por lo que no incluye la notificación para otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.<sup>16</sup>

### **3.3. IMPACTO EDUCATIVO**

En el sector salud la educación continua se entiende “como una forma de educación para graduados o trabajadores en servicio, de cualquier nivel (profesional, técnico, auxiliar) que busca perfeccionar su labor y al mismo tiempo solucionar problemas concretos de salud, mediante procesos educativos que cubren a todos los implicados, con técnicas que en lo posible, evitan el abandono o interrupción de su trabajo. Se ubica en el campo de la capacitación independientemente de la ubicación o categoría académica de sus ejecutores”.

La educación y la promoción son elementos que favorecen a un crecimiento, fortalecimiento y elevación en cuestiones sociales como los sistemas de salud, para lograrlo, es necesario la educación constante, la actualización y disposición de los diferentes recursos.

Fomentar, orientar y facilitar la participación, originara un impacto de las intervenciones educativas, reflejado en las mejoras de resultados, mayor participación social y por consiguiente un nivel de bienestar óptimo de la población.

La constante capacitación, es de suma importancia, ya que permite satisfacer las necesidades y demandas de los servicios de salud, mejorando la calidad que nos lleva a acciones para otorgar una mejor prestación de servicio. La educación continua aumenta la competencia, conocimiento, habilidades, actitudes, destrezas y juicios necesarios que nos permitirá un mejor desempeño, trascendiendo en el cuidado de la salud.<sup>44</sup>

## **CAPITULO III**

## 4. JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes, es un tema complejo y de gran importancia, y que requiere de un enfoque integrado para mejorarla, ya que sin seguridad no puede existir calidad, el Sistema de Salud en México, plantea la seguridad en el cuidado del paciente, para ello es necesario la búsqueda de conocimientos, con fines de asegurar el cuidado de las personas, en este estudio se plantea estimar el conocimiento sobre el sistema VENCER II por personal de Enfermería, ya que los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas, constituyen un problema de salud pública por la mortalidad que causan, el incremento de discapacidades y de los altos costos que representa para los usuarios del actual sistema de salud.<sup>33</sup>

Por lo que el personal de Enfermería del IMSS, en el otorgamiento del cuidado tiene un compromiso con el paciente y la sociedad, que requiere y demanda competencias específicas en los diversos servicios hospitalarios, para prevenir el error, identificarlo oportunamente un EA, cuando se trata principalmente *“primero no hacer daño”*.

Ante esta problemática, el Instituto Mexicano del Seguro Social inició en el año 2005 el “Programa de Mejora de la Calidad de la Atención en Enfermería”, con el “Fortalecimiento de Seguridad”, del que se derivó el “Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos” (*VENCER*)<sup>4</sup>

El sistema VENCER está orientado a ofrecer calidad en la atención de salud, para lograrlo es necesario y fundamental la educación sobre el conocimiento, desarrollando y

fortaleciendo una cultura en la implementación de acciones, consolidando actitudes y cualidades enfocados a una mejora en la calidad de los servicios de atención sanitaria.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En la actualidad, la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en la atención de enfermería, para que la seguridad pueda establecerse como un valor necesario en el cuidado de enfermería, es necesario conocer cuáles son las situaciones adversas que puedan presentarse cuando se realiza algún procedimiento de cuidado enfermero, con el fin de evitar o controlar los factores que predisponen a los errores y que atentan contra la seguridad de los pacientes.<sup>14</sup>

De esta manera la **trascendencia** se estima en que, “los errores médicos causan entre 44 000 y 98 000 defunciones por año en los hospitales de los Estados Unidos de América, comparado con México, se registraron por el Sistema de registro automatizado de incidentes de salud, (SIRAIS) en el año 2010 al 2011 fue de 558,700 en el año, de estos fueron muy graves 10,050. Se destacan los 3 más frecuentes: neumonías nosocomiales, infecciones de heridas quirúrgicas y en tercer lugar las úlceras por presión.<sup>16</sup>

**Magnitud** del problema sobre el desarrollo del Sistema VENCER II en el IMSS desde el año 2005 a nivel nacional fue, sistematizar el manejo de los eventos centinela a través del mecanismo de identificación, notificación, análisis de causa-raíz, estableciendo los lineamientos para la implementación de planes de mejora con el objetivo de evitar su recurrencia para beneficio de los derechohabientes, familiares y prestadores de servicio, en todas las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad de todo el país, teniendo como resultado en el año 2010, una tendencia importante

a la baja; ante estos hallazgos se realiza, un diagnóstico puntual de las causas, identificando principalmente las siguientes: falta de apego y desconocimiento del programa, complejidad del formato y el temor a las represalias; esto dio paso al Sistema de Notificación de Evento Centinela, Evento Adverso y Cuasifalla VENCER II, como modelo de gestión de calidad y seguridad del paciente en un modelo híbrido que está constituido por dos elementos: un formato para el registro manual, el cual deberá ser registrado por la(s) enfermera(s) que participaron de manera directa en el evento adverso, es anónimo y confidencial, existe un proceso determinado para su validación y análisis, posteriormente un responsable de cada hospital lo ingresa en intranet en un formato electrónico.<sup>4</sup>

En este proceso de la implementación del sistema VENCER II, el Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero”, se analizan los eventos reportados, en el Sistema de Notificación como: Evento Centinela, Evento Adverso y Cuasifalla, registrándose lo siguiente se observa que, los registros realizados en el año 2015 en los meses de marzo, abril, mayo y septiembre se carecen de reportes, donde no se justifica su ausencia y considerando los servicios de medicina interna, traumatología y ortopedia, nefrología , cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y hematología solo fueron reportados 352 en los 365 días del año, casos que equivale 0.96 % de Eventos Adversos en dichos servicios, y en los servicios de urgencias, quirófanos, tococirugía, UCI, UCIN, y otros fueron reportados solo 181, EA en los 365 días del año que equivale al 0.49 %. (Datos obtenidos del Departamento de Enfermería del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” IMSS.)

**Factibilidad:** Por tal motivo, hoy en día se tienen directrices internacionales para el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de los pacientes, entre las que se encuentra la emitida en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (A55/2002), en la que se aprobó la resolución que solicita a los países prestar mayor interés a la seguridad de los pacientes y fortalecer los mecanismos de vigilancia y control de riesgo.<sup>27</sup>

**La vulnerabilidad** del estudio del Sistema a VENCER II, en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, será realmente necesario para evitar los eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas; generar menores tiempos de estancia, menores costos, disminuir la desconfianza, el estrés tanto para quien lo recibe como para quien lo produce y el deterioro del desarrollo profesional, por cuanto altera los aspectos técnico científicos, humanos y éticos bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional y se precisa un servicio de los factores que predisponen a la aparición de errores, sus consecuencias y las acciones tomadas.

Frente a ellos en el marco laboral de Enfermería y la línea de investigación del conocimiento del EA, constituye una medida a fin de indagar el conocimiento del Sistema VENCER II, cuya necesidad es primordial para el establecimiento de un plan de mejora de la calidad en el cuidado humano.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto educativo del sistema VENCER II, al personal de Enfermería del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS?

## **6. OBJETIVOS**

## **6.1 General:**

- Conocer la Calidad del Impacto Educativo del Sistema VENCER II en personal de Enfermería del Hospital General Regional (H.G.R.) No. 1 Vicente Guerrero”.

## **6.2 Específicos:**

- Comparar los resultados de la primera encuesta, en relación con la segunda, después de la intervención educativa del sistema VENCER II en el personal de Enfermería del Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero”.
- Identificar cuáles son los factores por lo que no se realizan reportes de eventos, por personal de Enfermería del Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero”.

## **7. HIPÓTESIS.**

El impacto educativo del sistema VENCER II por el personal de Enfermería del H.G.R. No. 1 “Vicente Guerrero” es de medio a sustancial, alcanzando porcentajes en su evaluación mayores al 80%.

El impacto educativo del sistema VENCER II por el personal de Enfermería del H.G.R. No. 1 “Vicente Guerrero” es de un nivel de conocimiento medio a sustancial, alcanzando porcentajes en su evaluación entre 70 y 80%.

## **8. METODOLOGÍA.**

### **8.1 Tipo de Estudio:**

El tipo de estudio fue cuantitativo, debido a que todas las observaciones fueron cuantificadas.

**Diseño de estudio:**

El diseño del estudio fue Cuasi experimental, ya que se aplicó una intervención, y fue transversal, porque el cuestionario fue aplicado una sola vez en un solo momento.

**Alcance del estudio:**

El alcance del estudio fue comparativo, ya que se comparó el conocimiento antes y después de la intervención

**8.2 Universo y Población:**

La población de estudio fue todo el personal de Enfermería de base que labora en el turno Matutino, Vespertino y Nocturno de los servicios Especialidades Quirúrgicas, Quirófano, Tococirugía, Ginecología, Trauma y Ortopedia del Hospital General Regional No1 “Vicente Guerrero” IMSS.

**8.3 Tipo y tamaño de la muestra:**

El tipo de muestra utilizado fue un muestreo no probabilístico, siendo un muestreo por elección, para seleccionar el tamaño de la muestra se utilizó los criterios de selección.

#### **8.4 Criterios de selección:**

##### **Criterios de Inclusión:**

- Personal de base de Enfermería de los diferentes servicios del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero”.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Personal de Enfermería que no acepto realizar la encuesta.
- Estudiantes de Enfermería.
- Pasantes de Enfermería.

##### **Criterios de eliminación:**

- Encuestas incompletas o mal requisitadas.

#### **8.5. Variables del Estudio:**

##### **8.5.1. Variables dependientes**

La variable dependiente fue el conocimiento del Sistema VENCER II

### 8.5.2. Variable independiente:

Edad, sexo, turno, categoría, servicio asignado y el momento en el que es medido el conocimiento.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE ESCALA	INDICADOR
(Dimensión sociocultural) Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento hasta el día actual.	Años que se refiere el sujeto de estudio al momento de la encuesta.	cuantitativa	Número en años 20-30 31-40 41-50 51 y más.
Sexo	Conjunto de los individuos de una especie que tienen una de las dos constituciones orgánicas.	Lo aceptado por el sujeto de estudio de acuerdo a sus características fenotípicas.	cualitativa	1.-Hombre. 2.-Mujer.
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio	Turno en el que se encuentre laborando el sujeto de estudio al momento de la encuesta.	cualitativa	1.-Matutino. 2.-Vespertino. 3.-Nocturno.
Categoría	Posición de una persona dentro de una clasificación jerarquizada.	Actividad en que se refiere que desempeña el sujeto de estudio al momento de la encuesta.	cualitativa	1.- Auxiliar de Enfermería General. 2.-Enfermera General. 3.- Enfermera Especialista.

Área Laboral	Lugar asignado para el desempeño de un cargo, según su categoría.	Área hospitalaria asignada para el desempeño de sus funciones.	Cualitativa	1.- Tococirugía 2.- Traumatología 3.-Especialidades Quirúrgicas 4.- Ginecología 5.- Quirófano
<b>Variable Dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de escala</b>	<b>Indicador</b>
Nivel de conocimiento del Sistema VENCER II por personal de Enfermería.	Grado o nivel de conocimiento del Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas.	Se entenderá conforme a la calificación obtenida de los reactivos, en donde será del 1 al 10 tomando como base los niveles del dominio IV conocimiento y conducta de la salud, de la clasificación de resultados de Enfermería (NOC) de la Taxonomía NANDA,	Cualitativa	1.-Bajo conocimiento. 2.-Conocimiento deficiente. 3.-Conocimiento moderado. 4.-Conocimiento sustancial. 5.-Conocimiento extenso.
CLASIFICACION:  Definición conceptual de Evento Centinela	Suceso imprevisto resultado de la atención medica que produce la muerte del paciente, perdida permanente grave de una función u órgano,	Muerte. Pérdida de la función de manera permanente. Pérdida de un órgano. Cirugía incorrecta. Caídas con consecuencias graves.	Cualitativa	Relacionar la variable evento centinela con la definición conceptual.
Definición conceptual de Evento Adverso	Daño o lesión resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.	Patologías por ministración de medicamentos incorrectos. Infecciones nosocomiales. Reacciones vágales por falta de sedación. Medicamento, dosis o paciente equivocado con repercusión o sin repercusión. Caída del paciente con	Cualitativa	Relacionar la variable evento Adverso con la definición conceptual

		repercusión leve. Lesión de otros órganos durante proceso invasivo. Daño o lesión tisular por extravasación de sustancias líquidas. Edema, eritema o laceración en la piel ocasionados por manejo inadecuado del equipo. Reacción adversa a sedación o anestesia.		
Definición conceptual de Cuasifalla	Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.	Traslado de paciente incorrecto que se detectó a tiempo. Medicamento que se prepara de manera errónea; o destinada al paciente incorrecto y se detecta con oportunidad antes de su administración. Personal que va a ejecutar un procedimiento sin lavado correcto de manos y se identifica con oportunidad. Equipo no funcional o descalibrado dispuesto para la atención del paciente que se identifica oportunamente.	Cualitativa	Relacionar la variable Cuasifalla con la definición conceptual.
Reporte al sistema VENCER II	Notificación de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas.	Identificar quien realiza la notificación de eventos en el formato VENCER II	Cualitativa	1. El personal de salud involucrado en la atención del paciente. 2. El familiar del paciente. 3. El jefe de servicio.

Orden en que debe realizarse la notificación de eventos.	Nivel de importancia en que debe realizarse una notificación de eventos.	Secuencia en que se debe realizar el reporte cuando ha ocurrido un evento adverso y posteriormente un evento centinela:  El primero  Los dos  El más grave	Cualitativa	1. Se reporta de inicio el evento adverso, y posteriormente en otro formato el evento Centinela. 2. Se reportan los dos. 3. Se reporta el más grave.
--	--	--	-------------	--

Mecanismo de Registro En 2° Nivel	Procedimiento a seguir para el registro del sistema VENCER II.	Enfermera-Médico  Jefe de servicio  Jefe de enfermeras  Comité institucional de calidad y seguridad del paciente “CICASEP”	Cualitativa	1. Profesionales de la salud, Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP). 2. Médico, Jefatura de Médicos, Trabajo Social. 3. Director del Hospital, Jefe de enfermeras, CICASEP.
Causas para no realizar el reporte al sistema VENCER II.	Factores que influyen para no realizar la notificación de eventos al sistema VENCER II.	Trámite administrativo.  Temor a ser sancionado o represalias.  El jefe no le da seguimiento a los reportes.  No obtiene ningún beneficio por notificar.	Cualitativa	1. Lo considera solo un trámite administrativo. 2. Temor a ser sancionado o represalias. 3. El jefe de servicio no le da seguimiento a los reportes. 4. No obtiene ningún beneficio por notificar.

Importancia del reporte de los eventos al sistema VENCER II.	Conocer la importancia de reportar los eventos en el sistema VENCER II	Conocer las causas que lo originaron y evitar la ocurrencia en pacientes futuros.	Cualitativa	1. Conocer las causas que lo originaron y evitar la ocurrencia en pacientes futuros. 2. Para saber quién ocasiono el evento adverso y culparlo. 3. Para sancionar al profesional de la salud que lo ocasionó.
Formato VENCER II.	Formato impreso para la notificación de eventos al sistema VENCER II por parte del personal de salud.	Analiza los datos en función de las variables “cuando y donde”, la gravedad del daño, las características del paciente y los factores que contribuyen al evento en una sola hoja para su llenado.	Cualitativa	1. Hoja de Enfermería VENCER II. 2. Formato VENCER II. 3. Nota médica informativa.
Análisis de Causa-Raíz	Herramienta reactiva que nos sirve para mejorar la seguridad en pacientes futuros.	Identifica los factores causales del evento adverso en cuestión.	Cualitativa	1. Análisis de Causa-Raíz (diagrama de Ishikawa). 2. Sistema proactivo. 3. Sistema VENCER II.
Capacitación del sistema VENCER II	Proceso de formación dirigida a la adquisición de conocimientos del sistema VENCER II	Considera importante la capacitación continua del sistema VENCER II.	Cualitativa	Si ( ) No ( )
Sugerencias de mejora al sistema VENCER II	Recomendaciones de mejora al sistema VENCER II	Las recomendaciones agregadas al formulario para la mejora del sistema VENCER II.	Cualitativa	Lo referido en la encuesta.

## **8.6 Métodos e Instrumentos para la Recolección de Información:**

### **8.6.1. Instrumento:**

Se aplicó una encuesta estructurada por los investigadores y validada por contenido y por constructo.

### **8.6.2. Técnica:**

Se aplicó primera encuesta, posteriormente se realizó la intervención educativa sobre el Sistema VENCER II, nuevamente aplicación de la encuesta después de la intervención, se revisaron y analizaron las respuestas plasmadas en las encuestas.

### **8.6.3. Instrumento validado:**

Se validó por contenido y por constructo por expertos.

El instrumento de recolección de información fue sometido a una prueba piloto, con el fin de perfeccionar la técnica de recogida de datos y mejorar el instrumento en el Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero”.

### **8.6.4. Tabulación y Análisis**

Los resultados fueron vertidos en el programa de análisis de datos software SPSS versión 23.

Se realizó análisis estadístico, los resultados se presentan en gráficos y tablas.

## **Willcoxon**

Para alcanzar el objetivo se utilizó el estadístico wilcoxon. Para determinar el efecto de la estrategia de capacitación en el personal de Enfermería sobre el Sistema VENCER II del

Hospital General Regional (H.G.R.) No. 1 Vicente Guerrero”. Se realizó mediante la prueba estadística no paramétrica Wilcoxon, debido a que los datos no presentaron normalidad.

#### **8.6.5. Descripción General del estudio:**

- Autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS 1102) y firma del consentimiento informado a las enfermeras de base participantes:
- Se aplicó prueba piloto y validación del instrumento de recolección.
- Se acudió a los diferentes servicios del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” como: Traumatología y Ortopedia, Quirófano, Tococirugía, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología. Hasta tener la muestra contemplada en el cálculo de tamaño de la muestra.
- Se aplicó en un primer momento el instrumento de recolección de datos que consta de 13 reactivos, para recabar variables de tipo: variables sociodemográficas, nivel de conocimiento de las definiciones conceptuales del Sistema VENCER II en segundo nivel de atención.
- Se capacito al personal de Enfermería encuestado sobre el Sistema VENCER II.
- Posterior a la intervención, se aplicó nuevamente en un segundo momento el instrumento de recolección de datos.
- Los resultados se concentraron en una base de datos y posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 23.
- Después se tabularon los datos obtenidos y a continuación se elaboraron las gráficas y tablas necesarias para su presentación, que a su vez facilitaron el análisis de los resultados.
- Por último, se redactó la tesina correspondiente.

### 8.6.6. Aspectos Éticos del Estudio

De acuerdo con los principios establecidos en la Ley General de Salud en su apartado de investigación en seres humanos en el artículo 17, este estudio se clasifico **como tipo I “Investigación sin riesgo”** de los individuos que participaron en el estudio, en el que se consideró un cuestionario donde no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, la información que se obtuvo es confidencial, así mismo cumple con los principios básicos, operacionales y regulaciones adicionales establecidas en la declaración de Helsinki en 1975 y modificada en Corea 2008.

Por las características de este estudio al considerarlo transversal, cuasi experimental y descriptivo, se requirió de una Carta de Consentimiento Informado y el código de Nuremberg que establece que el consentimiento voluntario del sujeto humano es esencial en los proyectos de investigación científica. La persona implicada tuvo la capacidad legal para dar su consentimiento libremente, sin encontrarse sometida a algún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; para lo cual tuvo suficiente conocimiento y comprensión de la investigación en sus distintos aspectos, por lo cual tomo una decisión consciente.

- Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 1 al 5): Dispone la supremacía del derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona. Además, recalca la prohibición absoluta de someter a una persona a alguna forma de esclavitud, torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Por lo que, en el caso de la investigación científica, se admite su realización siempre y cuando se respete la vida del investigado,

que el participante consienta libremente someterse al estudio y que no exista ningún trato discriminatorio, o ponga en peligro su salud.

## **CAPITULO IV**

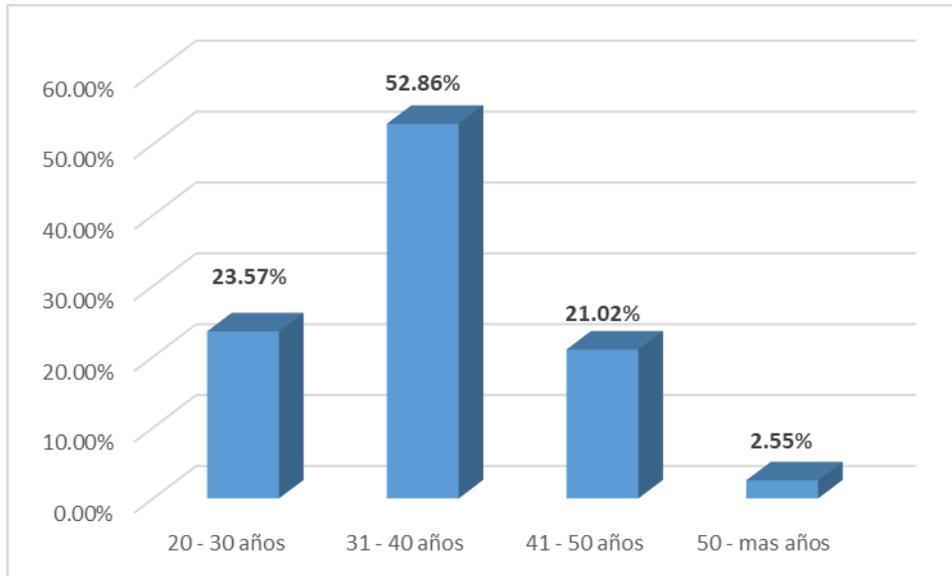
### **9. RESULTADOS:**

En el cuadro y gráfica 1 muestra la distribución de frecuencia con respecto a la edad, en el cual el mayor porcentaje fue entre los 31 y 40 años en un 52.86%.

**Cuadro 1. Edad.**

Edad	Frecuencia	%
20 - 30 años	37	23.57%
31 - 40 años	83	52.86%
41 - 50 años	33	21.02%
50 a más años	4	2.55%
Total	157	100.00%

**Grafica 1. Edad.**

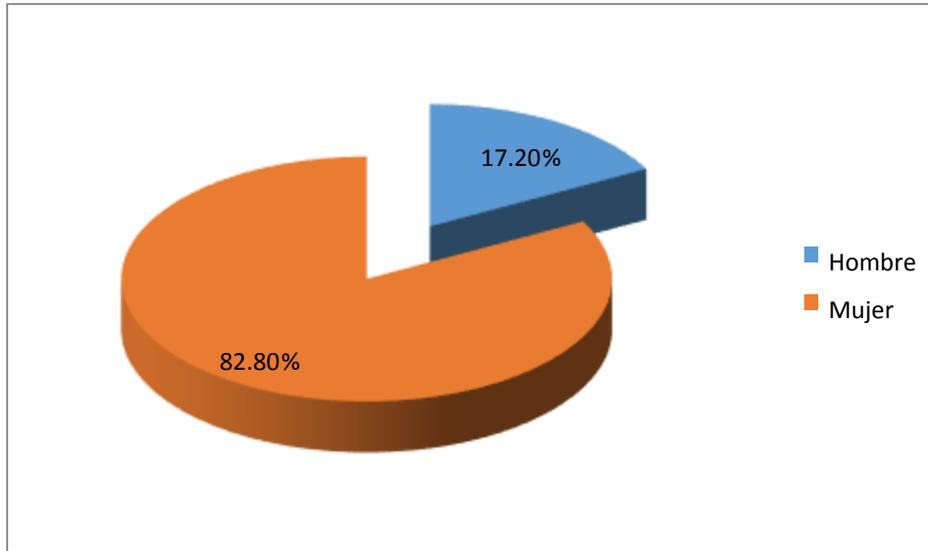


En el cuadro y gráfica 2 muestra la distribución de frecuencia con respecto al sexo, en el cual el mayor predominio fue la mujer en un 82.80%.

**Cuadro 2. Sexo.**

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	27	17.20%
Mujer	130	82.80%
Total	157	100.00%

**Gráfica 2. Sexo.**

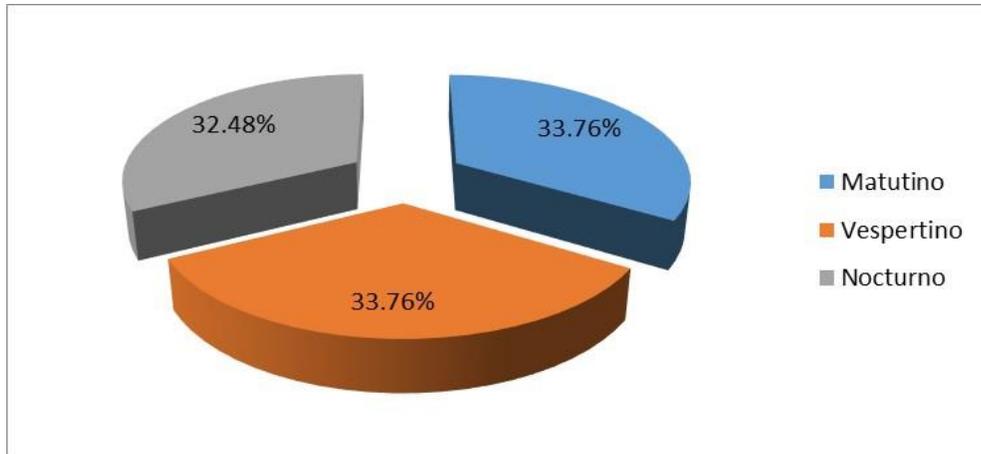


En el cuadro y gráfica 3 muestra la distribución de frecuencia con respecto al turno, en el cual el porcentaje de personal en estudio fue similar en los tres turnos.

**Cuadro 3. Turno.**

Turno	Frecuencia	%
Matutino	53	33.76%
Vespertino	53	33.76%
Nocturno	51	32.48%
Total	157	100.00%

**Grafica 3. Turno.**

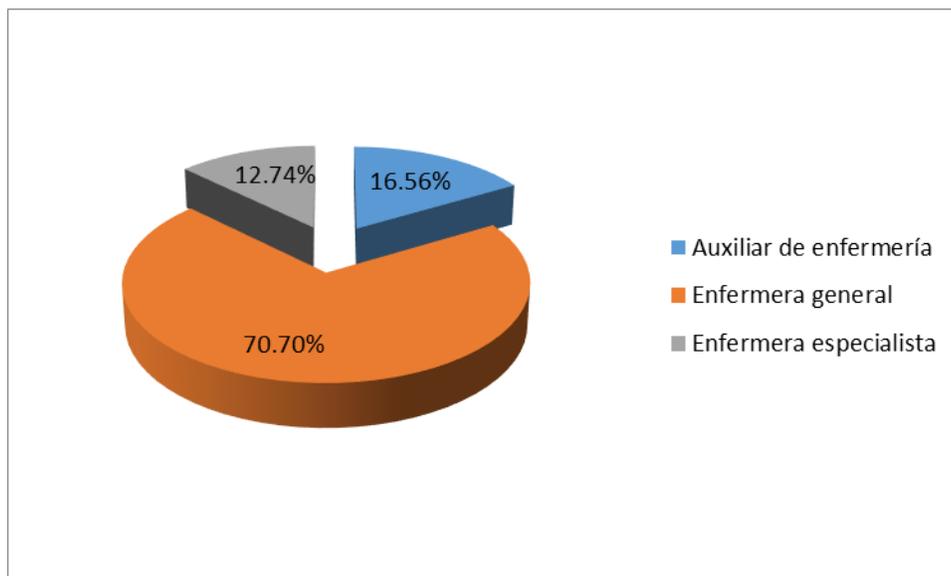


el cuadro y grafica 4 muestra la distribución de frecuencia con respecto a la categoría del personal en estudio, dando por resultado que el mayor porcentaje fue Enfermera General con un 70.70%, seguido de Enfermera Auxiliar en un 16.56% y posteriormente Enfermera Especialista en un 12.74%.

**Cuadro 4. Categoría.**

Categoría	Frecuencia	%
Auxiliar de enfermería	26	16.56%
Enfermera general	111	70.70%
Enfermera especialista	20	12.74%
Total	157	100.00%

**Grafica 4. Categoría.**



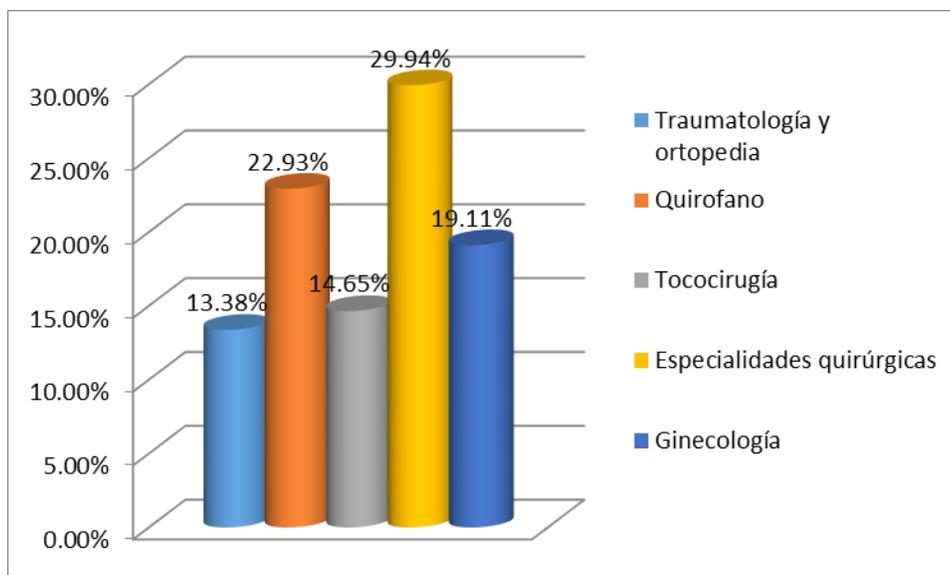
En

Con respecto a la distribución de frecuencia por turno, lo cual se muestra en el cuadro y grafica 5, se encontró que el 29.94% del personal de enfermería pertenecían a Especialidades quirúrgicas. También se encontró que el 22.93% de la población en estudio pertenecía a Quirófano, el 19.11% pertenecía a Ginecología, el 14.65% a Tococirugía y el 13.38% a Traumatología y Ortopedia.

**Cuadro 5. Servicio.**

Servicio	Frecuencia	%
Traumatología y ortopedia	21	13.38%
Quirófano	36	22.93%
Tococirugía	23	14.65%
Especialidades quirúrgicas	47	29.94%
Ginecología	30	19.11%
Total	157	100.00%

**Grafica 5. Servicio.**



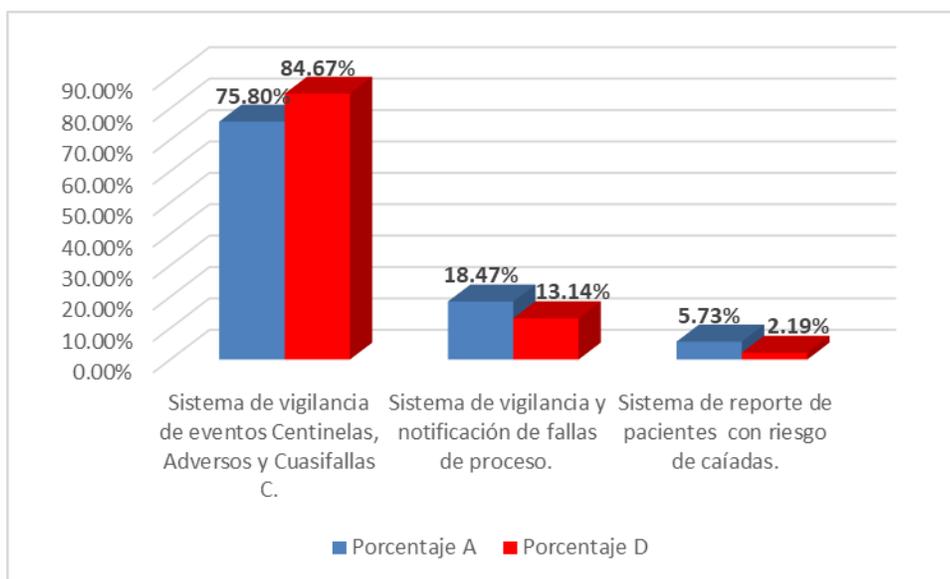
el cuadro y grafica 6, muestra el resultado del conocimiento sobre la definición del Sistema VENCER II, se encontró que el 75.80% del personal de enfermería conocía esta definición antes de la intervención, después de la intervención incremento a un 84.67%.

**Cuadro 6. ¿El sistema VENCER II, se refiere a?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Sistema de vigilancia de eventos Centinelas, Adversos y Cuasifallas C.	119	75.80%	116	84.67%
Sistema de vigilancia y notificación de fallas de proceso.	29	18.47%	18	13.14%
Sistema de reporte de pacientes con riesgo de caídas.	9	5.73%	3	2.19%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 6. ¿El sistema VENCER II, se refiere a?**

En

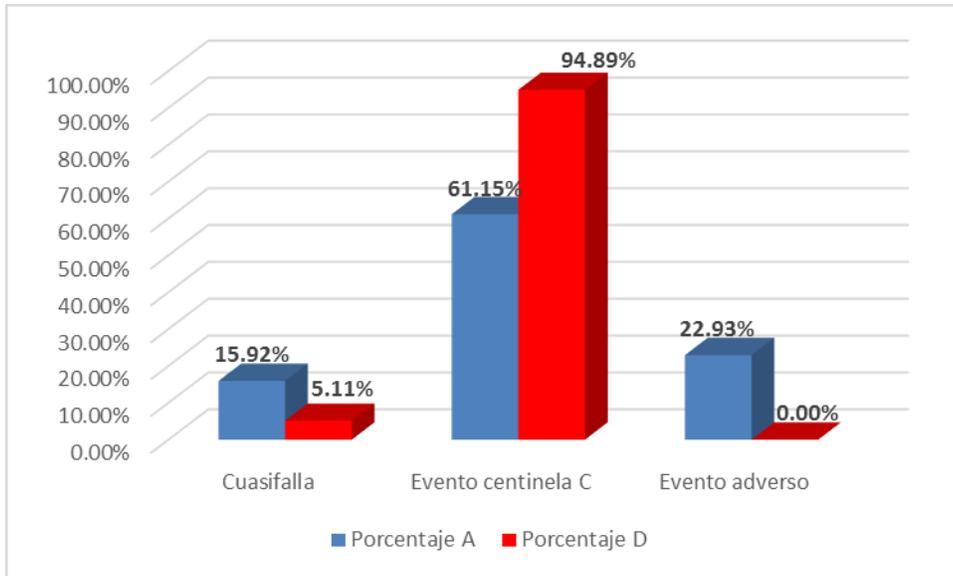


En el cuadro y grafica7, muestra el resultado del conocimiento sobre el evento Centinela en el cual, el 61.15% del personal de Enfermería lo identificó antes de la intervención, después de la intervención incrementó a un 94.89%.

**Cuadro 7. ¿Es un hecho inesperado resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida de la función o de un órgano?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Cuasifalla	25	15.92%	7	5.11%
Evento Centinela C	96	61.15%	130	94.89%
Evento Adverso	36	22.93%	0.0	0.00%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 7. ¿Es un hecho inesperado resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida de la función o de un órgano?**

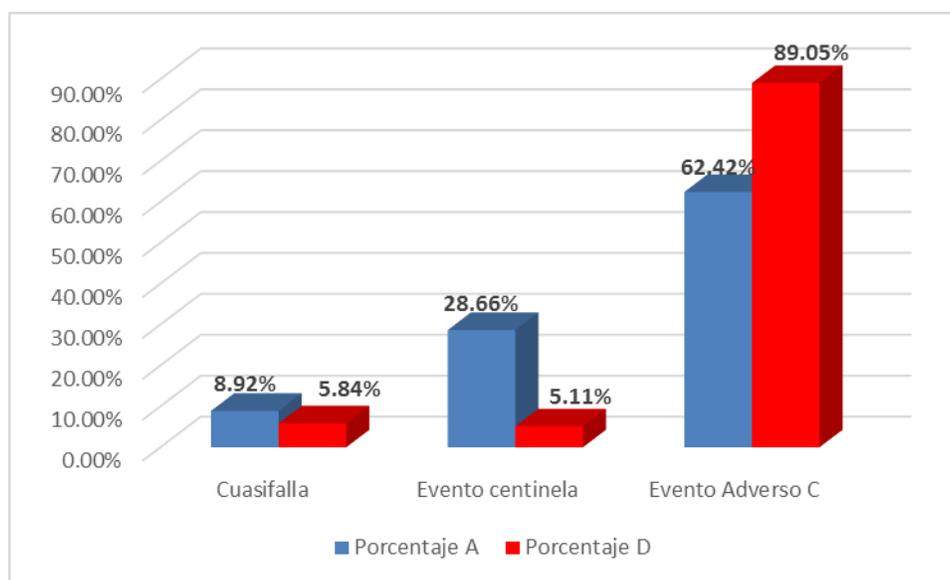


En el cuadro y grafica 8 muestra el resultado del conocimiento en el cual, el 62.42% del personal de Enfermería identifico un evento Adverso antes de la intervención, después de la intervención incremento a un 89.05%.

**Cuadro 8. ¿Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Cuasifalla	14	8.92%	8	5.84%
Evento Centinela	45	28.66%	7	5.11%
Evento Adverso C	98	62.42%	122	89.05%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 8. ¿Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente?**

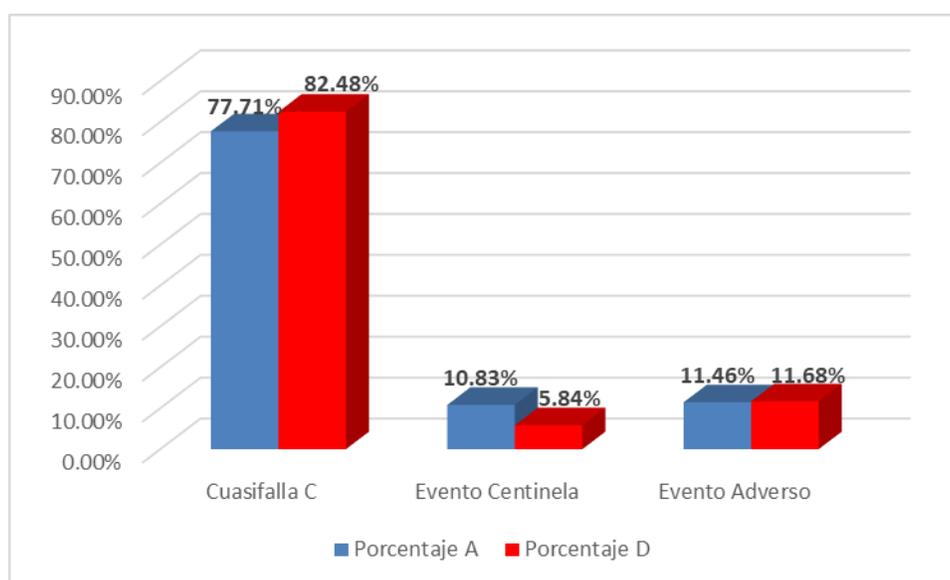


En el cuadro y grafica 9 muestra el resultado del conocimiento en el cual, el 77.71% del personal de Enfermería identificaba una Cuasifalla antes de la intervención, después de la intervención aumento a un 82.48%.

**Cuadro 9. ¿Error médico que no produjo un evento adverso por que se detectó a tiempo?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Cuasifalla C	122	77.71%	113	82.48%
Evento Centinela	17	10.83%	8	5.84%
Evento Adverso	18	11.46%	16	11.68%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 9. ¿Error médico que no produjo un evento adverso por que se detectó a tiempo?**

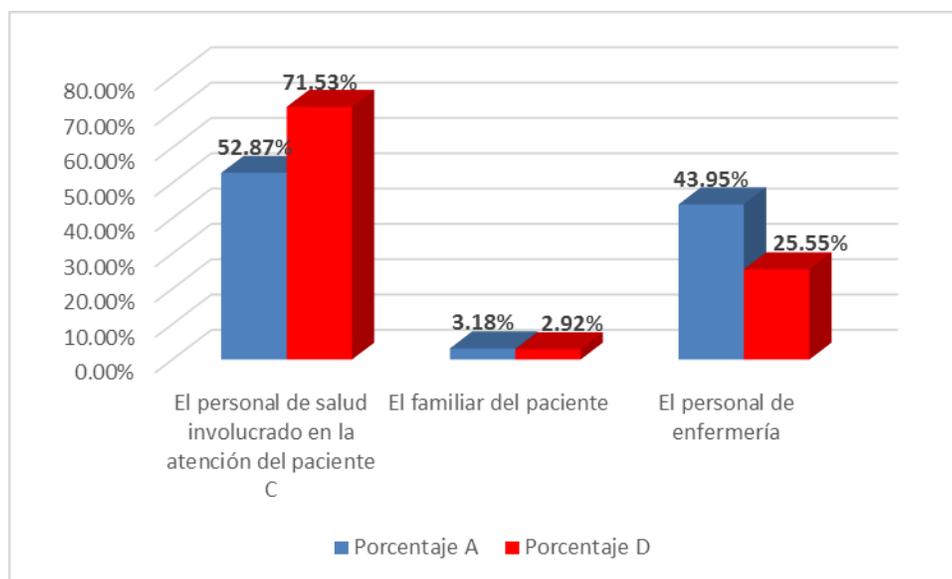


En el cuadro y grafica 10 muestra el resultado del conocimiento de quien debe reportar los eventos, el cual antes de la intervención, el 52.87% del personal de Enfermería respondió que el personal de salud involucrado en la atención del paciente es quien debe reportar los evento, después de la intervención incremento a un 71.53%.

**Cuadro 10. ¿Quién debe reportar los eventos Centinelas, eventos Adversos y Cuasifallas?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
El personal de salud involucrado en la atención del paciente C	83	52.87%	98	71.53%
El familiar del paciente	5	3.18%	4	2.92%
El personal de enfermería	69	43.95%	35	25.55%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 10. ¿Quién debe reportar los eventos Centinelas, eventos Adversos y Cuasifallas?**

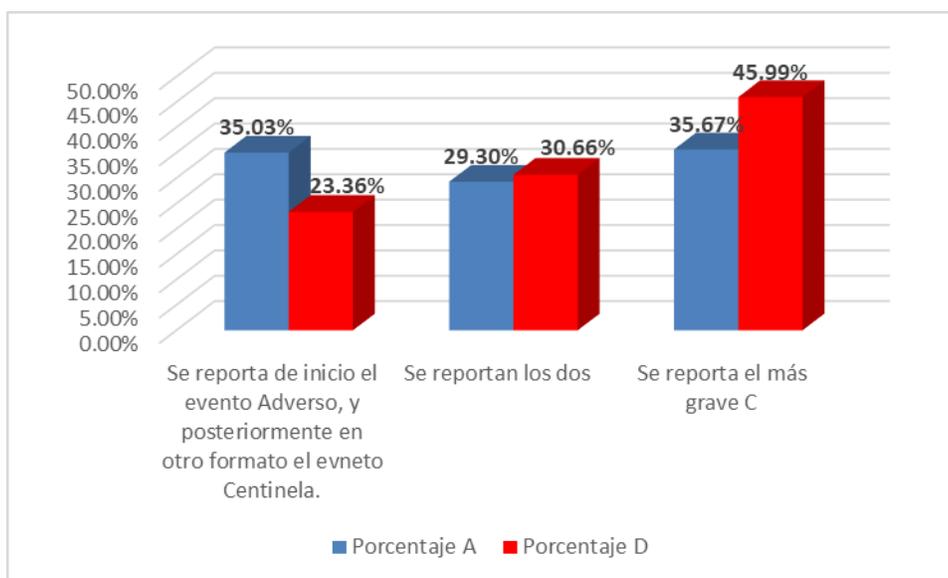


En el cuadro y grafica 11, muestra el resultado en el cual el 35.67% del personal de Enfermería, tenía conocimiento de que evento reportar en caso de que uno de ellos desencadenara otro, después de la intervención este conocimiento incremento a un 45.99%.

**Cuadro 11. ¿Si se ha producido un evento Adverso, que posteriormente desencadene un evento Centinela, se reportan los dos, sólo el primero o el más grave?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Se reporta de inicio el evento Adverso, y posteriormente en otro formato el evento Centinela.	55	35.03%	32	23.36%
Se reportan los dos	46	29.30%	42	30.66%
Se reporta el más grave C	56	35.67%	63	45.99%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 11. ¿Si se ha producido un evento Adverso, que posteriormente desencadene un evento Centinela, se reportan los dos, sólo el primero o el más grave?**

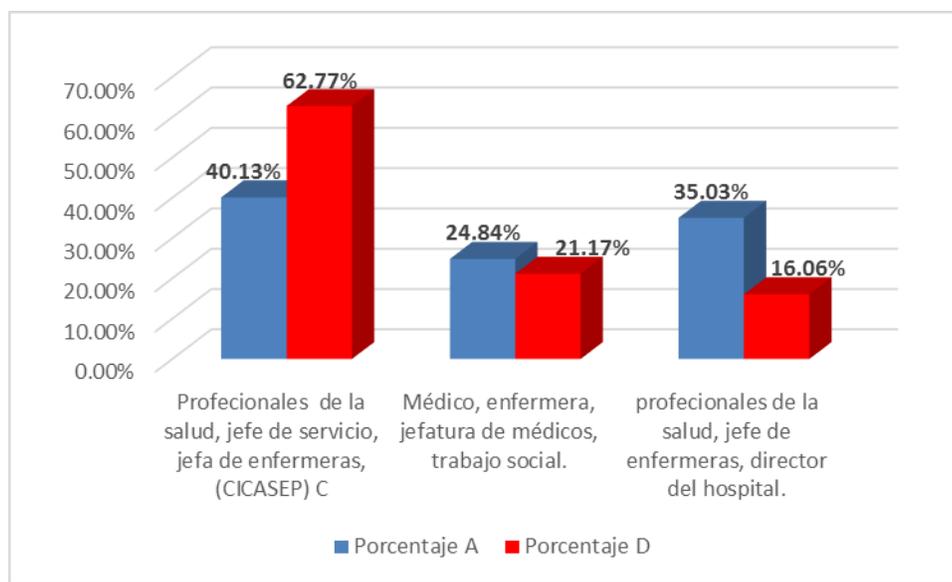


En el cuadro y grafica 12, muestra el resultado en el cual el 40.13% del personal de Enfermería, tenía conocimiento sobre el procedimiento a seguir sobre los registros, después de la intervención este conocimiento incremento a un 62.77%.

**Cuadro 12. ¿Conoce cuál es el procedimiento a seguir para registro del Sistema VENCER II?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Profesionales de la salud, jefe de servicio, jefa de enfermeras, (CICASEP) C	63	40.13%	86	62.77%
Médico, enfermera, jefatura de médicos, trabajo social.	39	24.84%	29	21.17%
Profesionales de la salud, jefe de enfermeras, director del hospital.	55	35.03%	22	16.06%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 12. ¿Conoce cuál es el procedimiento a seguir para registro del Sistema VENCER II?**

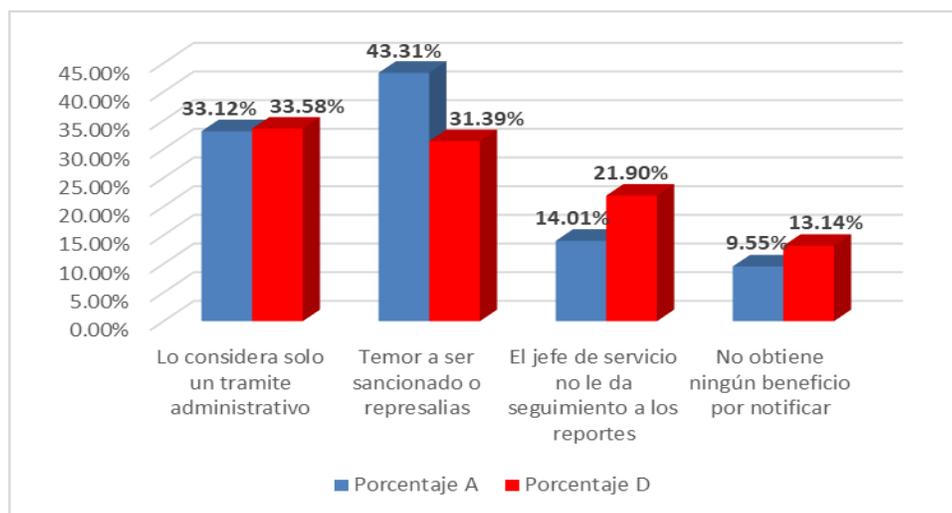


En el cuadro y grafica 13, muestra que antes de la intervención el mayor porcentaje que consideraba de manera negativa los registros de eventos fue del 43.31%, en el cual existía temor a ser sancionado, después de la intervención estos registros fueron considerados en un 33.58% como un trámite administrativo, siendo el mayor porcentaje.

**Cuadro 13. ¿Qué factores influyen de manera negativa para la notificación y registro de eventos al Sistema VENCER II?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Lo considera solo un trámite administrativo	52	33.12%	46	33.58%
Temor a ser sancionado o represalias	68	43.31%	43	31.39%
El jefe de servicio no le da seguimiento a los reportes	22	14.01%	30	21.90%
No obtiene ningún beneficio por notificar	15	9.55%	18	13.14%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 13. ¿Qué factores influyen de manera negativa para la notificación y registro de eventos al Sistema VENCER II?**

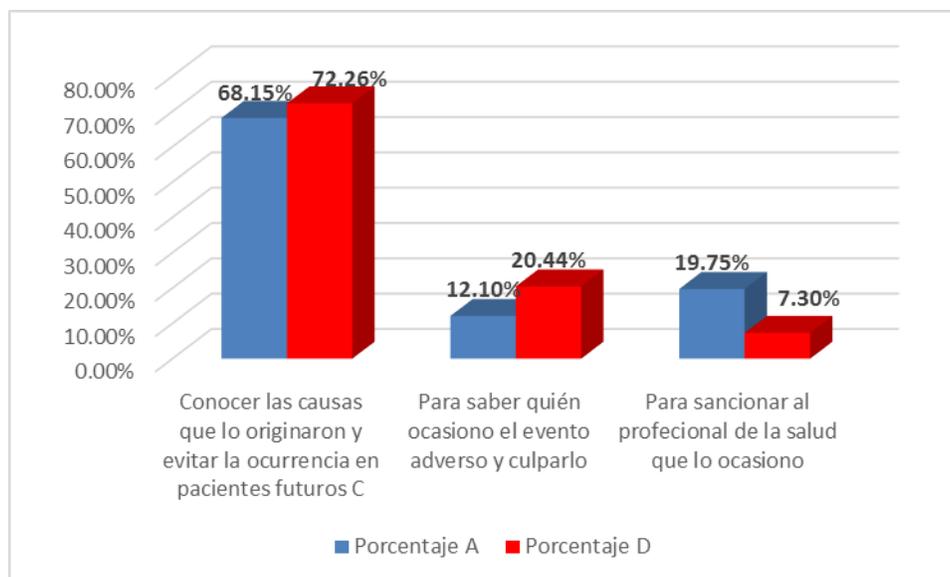


En el cuadro y grafica 14, muestra el resultado en el cual el 68.15% del personal de Enfermería, conocía la importancia que tiene el reportar eventos, después de la intervención este conocimiento aumento a un 72.26%.

**Cuadro 14. ¿Cuál es la importancia de reportar un evento Adverso?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Conocer las causas que lo originaron y evitar la ocurrencia en pacientes futuros C	107	68.15%	99	72.26%
Para saber quién ocasiono el evento adverso y culparlo	19	12.10%	28	20.44%
Para sancionar al profesional de la salud que lo ocasiono	31	19.75%	10	7.30%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 14. ¿Cuál es la importancia de reportar un evento Adverso?**

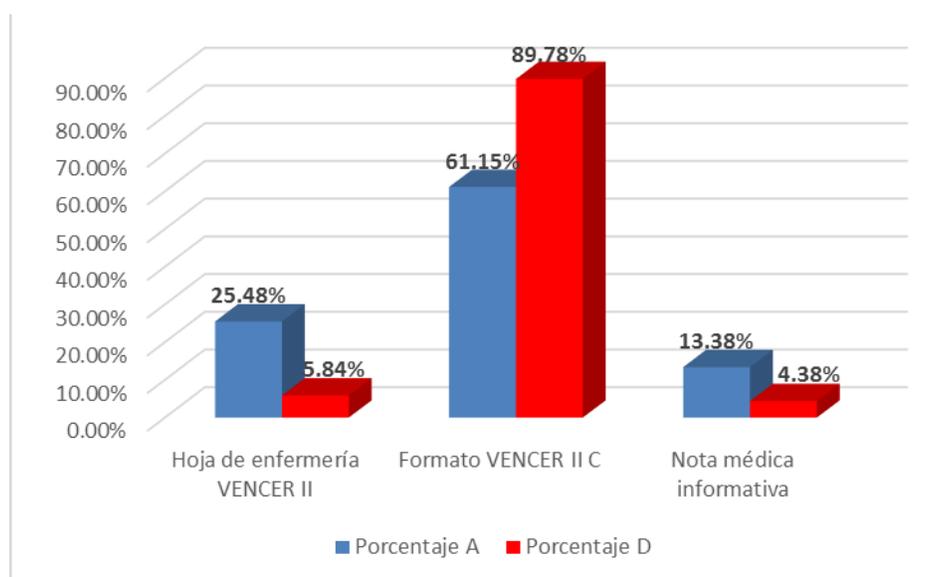


En el cuadro y grafica 15, muestra el resultado del conocimiento sobre el documento para la notificación de eventos, se encontró que el 61.15% del personal de enfermería conocía este formato antes de la intervención, después de la intervención incremento a un 89.78%.

**Cuadro 15. ¿Es un formato impreso para la notificación de eventos al Sistema VENCER II por parte del personal de salud?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Hoja de enfermería VENCER II	40	25.48%	8	5.84%
Formato VENCER II C	96	61.15%	123	89.78%
Nota médica informativa	21	13.38%	6	4.38%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 15. ¿Es un formato impreso para la notificación de eventos al Sistema VENCER II por parte del personal de salud?**

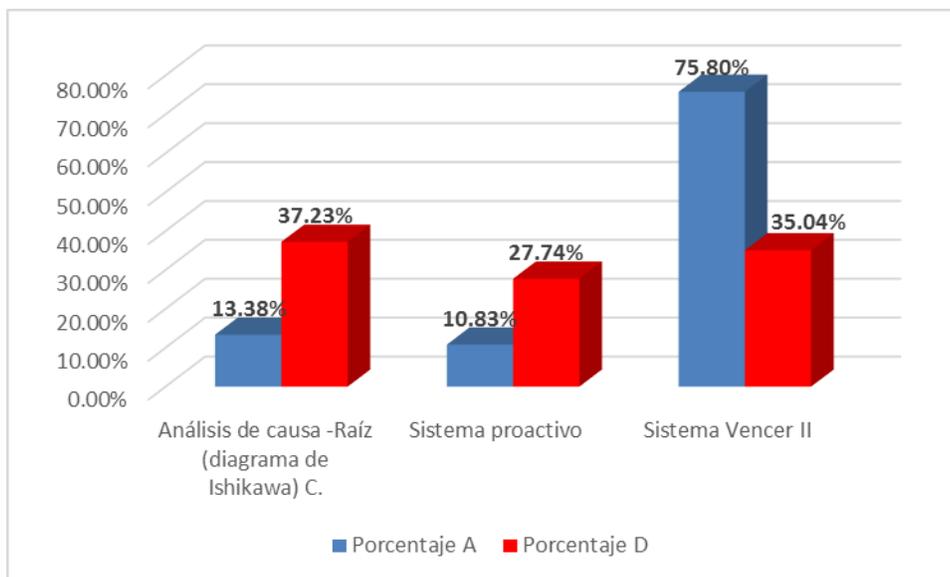


En el cuadro y grafica 16, muestra el resultado del conocimiento sobre la herramienta de análisis causa-raíz, se encontró que el 13.38% del personal de enfermería conocía esta herramienta antes de la intervención, después de la intervención incremento a un 37.23%.

**Cuadro 16. ¿Es una herramienta reactiva que nos sirve para mejorar la seguridad en pacientes futuros?**

	Frecuencia A	Porcentaje A	Frecuencia D	Porcentaje D
Análisis de causa -Raíz (diagrama de Ishikawa) C.	21	13.38%	51	37.23%
Sistema proactivo	17	10.83%	38	27.74%
Sistema VENCER II	119	75.80%	48	35.04%
Total	157	100.00%	137	100.00%

**Grafica 16. ¿Es una herramienta reactiva que nos sirve para mejorar la seguridad en pacientes futuros?**

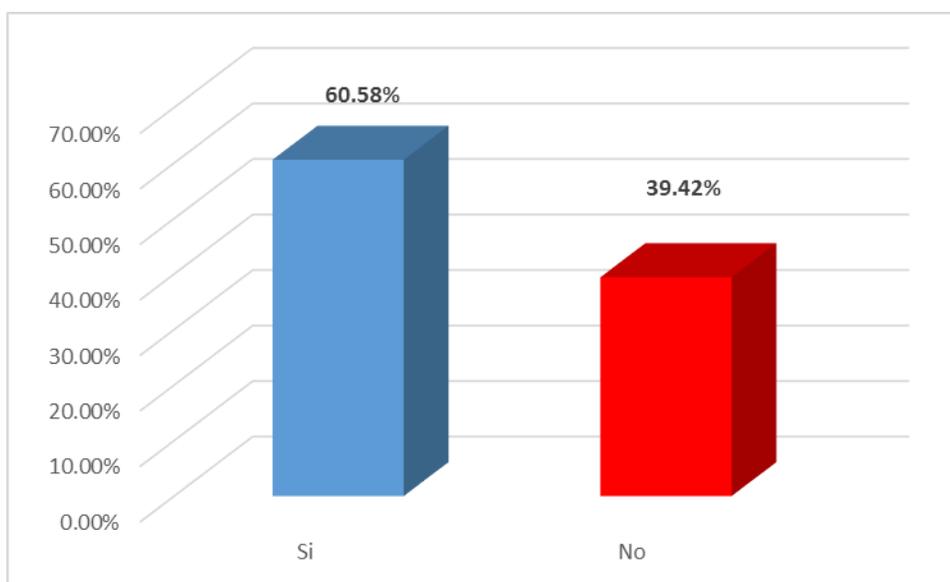


En el cuadro y grafica 17, muestra el resultado en el que el 60.58% del personal en estudio consideró la importancia de la capacitación constante del sistema VENCER II, mientras que el 39.42% no lo considera importante.

**Cuadro 17. ¿Considera importante la capacitación continua del Sistema VENCER II al personal de la salud?**

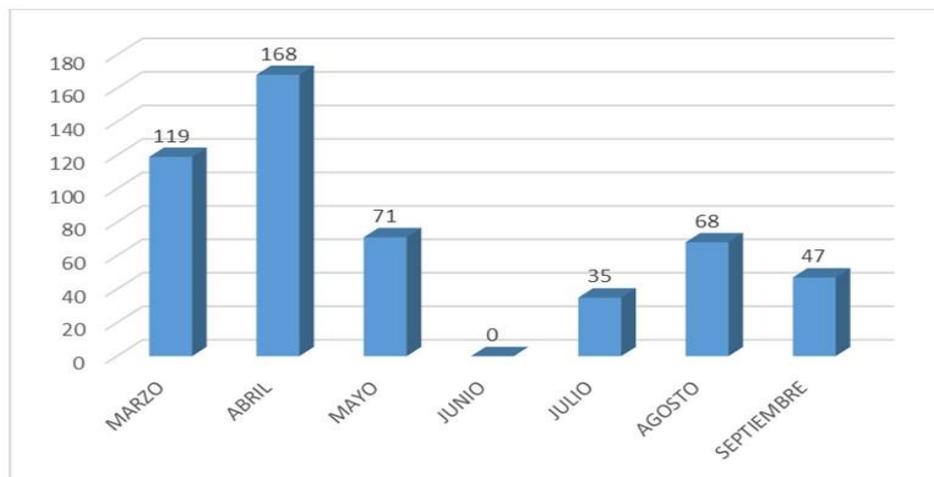
	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	60.58%
No	54	39.42%
Total	137	100.00%

**Grafica 17. ¿Considera importante la capacitación continua del Sistema VENCER II al personal de la salud?**

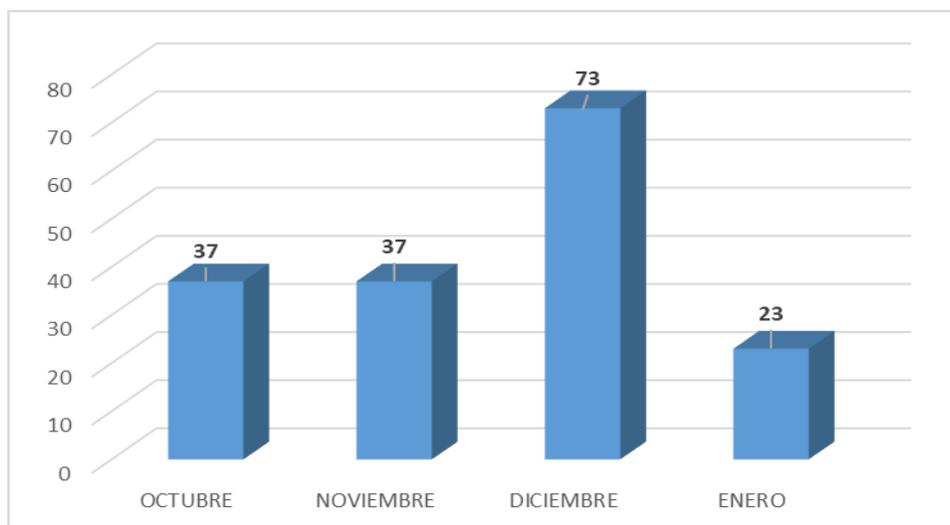


En la gráfica 18, muestra la cantidad de reportes de eventos levantados, a partir de Marzo del 2017, donde se observó que existió un decline en los meses de Mayo, Junio y Julio. En la gráfica 19, muestra la cantidad de los eventos levantados posterior a la intervención educativa donde se observó que el mes de Diciembre aumento el reporte a partir de los meses antes mencionados.

**Grafica 18. Reporte de eventos del año 2017.**



**Grafica 19. Reporte de eventos después de la intervención educativa del año 2017 y parte de Enero 2018.**



Al analizar el comportamiento de normalidad se encontró que la evaluación del conocimiento sobre el sistema VENCER no siguen una distribución normal, ya que se obtuvo

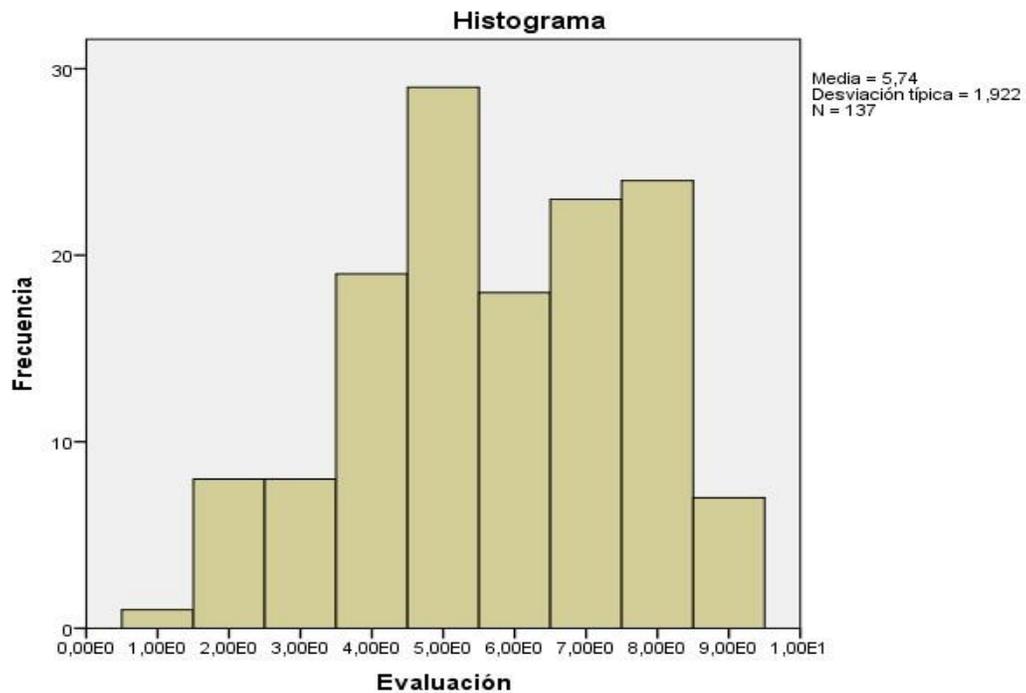
un p-valor de 0.000, lo cual indica que se rechaza la hipótesis de normalidad, por tanto, las pruebas estadísticas a utilizar son prueba no paramétricas (Cuadro 18 y gráficas 20 y 21)

**Cuadro 18.**

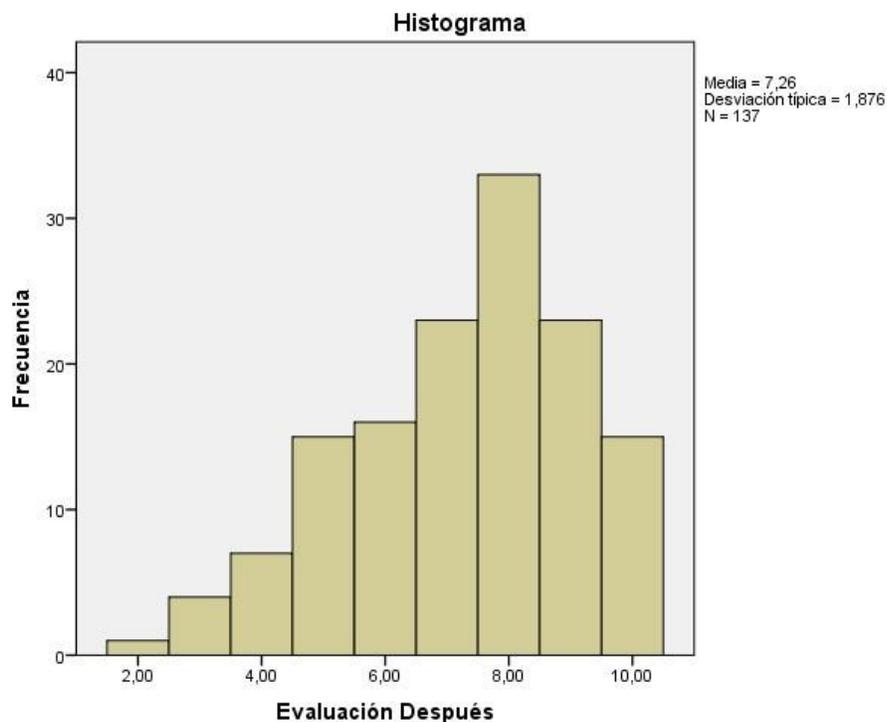
<b>Pruebas de normalidad</b>			
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Evaluación	.139	137	.000
Evaluación Después	.171	137	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Grafica 20.**



**Grafica 21.**



Con respecto a la evaluación del conocimiento del sistema VENCER II, se encontró una calificación de 6 antes de aplicar la intervención. Después de haber intervenido educativamente, la calificación incrementó a 8, evaluando con la mediana, tal como se muestra en el cuadro 19. Por lo tanto el nivel de conocimiento aumento de un conocimiento moderado a un conocimiento sustancial, tomando como base los niveles del dominio IV conocimiento y conducta de la salud, de la clasificación de resultados de Enfermería (NOC) de la Taxonomía NANDA, tal como se muestra en el cuadro 20.

**Cuadro 19.**

	Mediana	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Evaluación	6.00	1.00	9.00	5.63	1.92
Evaluación Después	8.00	2.00	10.00	7.26	1.88

**Cuadro 20.**

	Ningún Conocimiento (1 – 2)	Conocimiento Escaso (3 – 4)	Conocimiento Moderado (5 – 6)	Conocimiento Sustancial (7 – 8)	Conocimiento Extenso (9 – 10)
Evaluación			6		
Evaluación después				8	

En el cuadro 21, se observa el resultado sobre los rangos de Wilcoxon. Se encontró un rango mayor en los positivos, esto indica que existió calificaciones más altas después que antes de la intervención.

**Cuadro 21.**

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Evaluación Rangos Después - negativos	31 <sup>a</sup>	43.65	1353.00
Evaluación Rangos positivos	91 <sup>b</sup>	67.58	6150.00
Empates	15 <sup>c</sup>		
Total	137		

a. Evaluación Después < Evaluación

b. Evaluación Después > Evaluación

c. Evaluación Después = Evaluación

El resultado de la prueba de Wilcoxon, lo cual se muestra en el cuadro 22, se encontró un p-valor de 0.000, esto indica que se rechaza la hipótesis de igualdad de medianas con un nivel de significancia de 0.05, es decir, la mediana de las calificaciones antes de la intervención es diferente a la mediana después de la intervención estadísticamente.

**Cuadro 22.**

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>	
	Evaluación Después - Evaluación
Z	-6.172 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

## **CAPITULO V**

### **10. DISCUSION**

Las barreras son más visibles y específicas y el miedo puede actuar como un limitante. Los estímulos para incrementar los reportes incluyen la confidencialidad, cierto grado de inmunidad y el hecho de aprender de nuestros propios errores.

Una de las limitantes que propicia la falta de registro de eventos, es el temor a represalias y sanciones, esto refirió el personal de Enfermería del Hospital Vicente Guerrero. Este problema también se encontró en las instituciones de salud de Colombia.

En un estudio hecho en Bogotá Colombia en 2012. Tuvo como resultado que existe la creencia de que la vigilancia de Eventos adversos consiste en una auditoria con consecuencias laborales negativas.

En 2013 en Nariño Colombia, con el objetivo de describir las causas de no reportes de eventos adversos se obtuvo que el 72 % no reporta por temor a las consecuencias después del reporte.

Con estos estudios comprobamos que el temor es uno de los factores principales por el cual no se reportan los eventos, y que es un problema que no solo se presenta en México si no también en otros países.

En otro estudio realizado en 2011 en España, para identificar el grado de conocimiento sobre eventos adversos como proceso del mejoramiento de la calidad en la E.S.E. Hospital del Tambo Cauca. Arrojo como resultado que el conocimiento en cuanto a EA del personal de salud que labora fue regular por la falta de capacitaciones y socialización sobre el tema de los EA.19

Un estudio hecho en Tlaxcala-México en 2012, con el objetivo de identificar en el personal de enfermería el conocimiento que tienen del programa VENCER. Tuvo como resultado que el factor que limitó el registro de eventos fue el desconocimiento del programa de notificación 92 % y falta de Re información 84 %.

Confirmamos que la falta de capacitación es lo que propicia estos temores y en consecuencia la falta de registros de los eventos centinelas, adversos y cuasifallas.

Por eso, nos dimos a la tarea de capacitar al personal de enfermería sobre el sistema VENCER II y a si quitar el concepto erróneo que tenían del sistema, dándoles un panorama amplio de lo que es el Sistema VENCER II y su objetivo.

Durante la capacitación se disiparon dudas, se les dejó en claro que el reportar los eventos, es con el propósito de llevar un registro de los mismos y así una vez identificadas las causas se buscan soluciones para evitar que estos eventos nuevamente se repitan, disminuyendo los factores que ponen en riesgo la vida del paciente.

Al evaluar al personal en un primer momento se encontró un conocimiento moderado del Sistema VENCER II, el temor a sanciones o represalias predominaba. En un segundo momento el conocimiento sobre el sistema VENCER II aumento sustancialmente y el temor a levantar eventos por represalias disminuyó.

La capacitación constante es esencial para que el personal reporte los eventos, proporciona las herramientas necesarias para que se registren los eventos correctamente y fortalece la confianza del personal al reportarlos.

Es necesario hacer conciencia en el personal sobre la importancia de reportar los eventos, siendo honestos con ellos mismos, como profesionales de la salud comprometidos con el bienestar de los pacientes.

## **CAPITULO VI**

### **11. CONCLUSIONES**

El conocimiento sobre el sistema VENCER II es de gran importancia, esto concientiza al personal y por consiguiente, favorece la prevención de todos aquellos eventos no deseados y que pueden ser evitables.

Con ello concluimos que la capacitación continua en este tema es necesaria, motiva al personal a reportar los eventos, así los jefes de piso pueden llevar el registro de los mismos e implementar las medidas pertinentes para la seguridad de los pacientes, aumentando así la calidad en su atención.

El saber identificar los eventos proporcionara información veraz para el registro de estos, de esta manera los datos serán fiables para su manejo. El correcto llenado de los formatos es un factor importante para obtener datos precisos.

El temor a represalias o sanciones ha venido a ser un verdadero problema por el cual no se reportan los eventos, y todo esto ha sido ocasionado por los conceptos erróneos que se tienen sobre el sistema, consecuencia de la falta de capacitación.

Durante el proceso de capacitación se hizo hincapié en estos puntos ya mencionados anteriormente, con lo cual se logró aumentar el nivel de conocimiento sobre el sistema

VENCER II, de un nivel moderado a un nivel sustancial, y a si se confirma la hipótesis: El impacto educativo del sistema VENCER II por el personal de Enfermería del H.G.R. No. 1

“Vicente Guerrero” es de medio a alto, alcanzando porcentajes en su evaluación mayores al 80%.

El factor temor a represalias o sanciones dejo de ser el más predominante, además de que se levantaron eventos después de la intervención educativa, esto nos demuestra la vital importancia de la capacitación continua.

Mi pueblo pereció por falta de conocimiento (Oseas 4:6) texto bíblico que nos dice lo necesario que es el conocimiento. Para los judíos y cristianos es esencial el conocimiento sobre la palabra de Dios, pienso que esto es aplicable en todas las áreas no tan solo en la espiritual, la capacitación constante nos proporciona el conocimiento necesario para mejorar nuestro desempeño como profesionales de la salud.

## **CAPITULO VII**

### **12. SUGERENCIAS**

Como ya se ha mencionado, es de gran importancia la capacitación continua en los servicios de salud y fundamental para un aprendizaje significativo, que aporte cambios para un beneficio colectivo, expresado en calidad en la atención y promoción de la salud.

Se debe dejar en claro, el objetivo que persigue el sistema VENCER II, ofrecer la confidencialidad absoluta, especificar el uso y el beneficio que existe al tener esta información, promover la cultura de levantamiento de eventos, concientizar la importancia del enfoque del sistema teniendo la honestidad actuando como profesionales de la salud en el compromiso para mejorar la calidad del ser humano.

En las capacitaciones, es importante motivar al personal dando a conocer las mejoras que se han logrado en estos aspectos, remarcar y hacer el reconocimiento que es un logro en base al producto de levantamientos de eventos, de igual forma tendrán conocimiento de las experiencias marcadas de un evento y así evitar nuevamente un acontecimiento de esa naturaleza.

Los programas de salud no son estáticos, son cambiantes a la par con las demandas y necesidades de la sociedad, pero un objetivo se mantiene que es el otorgar calidad y bienestar a los seres humanos, es por ello que la educación continua es fundamental en los sistemas de salud para tener capacidad de respuesta, satisfaciendo las necesidades y demandas de atención sanitaria.

## **CAPITULO VIII**

### **13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bernal D, Garzón N. Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. Bogotá, D.C.2008.
2. Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007;136

3. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Los sistemas de registro y notificación de los eventos adversos y de incidencia. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; 20 (4): 216-222.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social, Manual del Sistema Vencer II. Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y Cuasifalla. 2011.
5. González C, Santos J, Martínez G. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. Educ Med Super 2014; 28 (1):84-91.
6. Miyares A. Caídas en pacientes hospitalizados: Un evento adverso evitable. Universidad de Cantabria. Departamento de Enfermería 2014.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud para todos en el siglo XXI. World Health Organization, Madrid. 1998.
8. Albers H, Principios de administración y dirección Sanitaria, México: Edit. Limusa; 1968; 39-83.
9. Ramos B. El control de la Calidad de la Atención de Salud. Educ Med Sup 2006; 20 (1): 1-2.
10. To Err is Human: Building a Safer Health System. In Washington DC; Edited by: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 2000.
11. Quality and Patient Safety. Content last updated March 2016. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html>
12. World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, Forward programme. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/2006>.
13. Llanes C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. Rev. Cubana Enfermería 2011; 27 (1): 1-2.

14. Hernández A, Mendoza E, Cabrera F, Ortega C. Eventos Adversos en el Cuidado de Enfermería. *Rev Mex de Enf Cardiol* 2006; 14(2): 70-74
15. Zarza M, Alba A, Salcedo R. El Curriculum de Enfermería y la Seguridad del Paciente. *Rev CONAMED*. 2008; 13 (3): 33-37.
16. Rodriguez J, Santacruz J, Fajardo G, Hernández F. Sistemas de Notificación y Registro de Incidentes en México. *Aprendizajes. Rev CONAMED*. 2012; 17(2): 81-86.
17. Gaytan H, Gomez P, Eslava J. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(5): 745-753
18. Modelski S, Wegner W, Algeri S, Rubim P. [www.scielo.br](http://www.scielo.br); 2009. Disponible en: [www.scielo.br/scieloOrg/php/citedScielo.php](http://www.scielo.br/scieloOrg/php/citedScielo.php).
19. Anacona M, Imbacuan D. Conocimiento de los trabajadores de salud sobre EA como proceso de mejoramiento de calidad. Universidad EAN, Facultad de Posgrado Auditoria y Garantía de Calidad en Salud. Popayan, Cauca 2011.
20. Burbano H, Caicedo M, Cerón A, Jacho C, Yépez M. Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud. Nariño, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 2013; 15(2).
21. Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adultos. *Aquichan*. 2015; 15(1): 90-104.
22. Juárez H, Duran C. Eventos Centinela y la notificación por el personal de enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17(1):39-44.

23. Castro F, Zavala E, Ramírez C, Villela E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Rev CONAMED 2013; 18(2): 59-63.
24. Zarate R, Olvera S, Hernández A, Hernández S, Sánchez S, Valdez R, col.. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. Enferm. Univ Mexico, 2015; 12(2):63-72
25. Luengas S. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestion Hospitalaria, Via salud. 2009; (48):1-16
26. Torres L. Gestión De Seguridad Del Paciente: Participación De Enfermería. Facultad de Ciencias Económicas. 2011; Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3468/>
27. WHO, 2009. World Health Organization, Alliance for Patient Safety, La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Disponible en: (<http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>).
28. Ramos B. Calidad de la atención de salud, Error médico y seguridad del paciente. Rev. Cubana Salud Publica 2005; 31(3):1-7
29. Rodriguez Y. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia 2014.
30. García M, Arana B, Cardenas L, Monroy A. Cuidados De La Salud: Paradigma Del Personal De Enfermeros En México - La Reconstrucción Del Camino. Esc. Anna Nery Rev. Enfria. 2009; 13(2):287-296.
31. Gutierrez R. Seguridad del Paciente:Conceptos y Antecedentes. Rev CONAMED. 2007; 12(2).

32. Echeverría S, Sandoval F, Gutiérrez S, Alcantar A, Cote L. Eventos adversos en cirugía. *Cir Gen* 2011; 33(3):163-169.
33. Abreu M, Mendoza Y, Amoroto M, Marrero M, Viada C. Análisis del reporte de los eventos adversos en ensayos clínicos cubanos. *Rev. cubana Farm* 2008; 42(1)
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. ENEAS 2005. Estudio Nacional sobre efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. *salud pública*, 2006.
35. Echeverri E. La Salud en Colombia: Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Rev. Gerencia y Políticas de salud* 2002; (3): 76-94.
36. Mosqueda A, Gutiérrez M. Análisis conceptual de los eventos adversos en la atención hospitalaria y rol de enfermería en su detección y control, *Horiz. enferm.* 2012; 23(2):30-47
37. Flores E. Fortalecimiento del proceso de la administración de medicamentos en el personal de enfermería del hospital del niño 2011. Cuernavaca, Morelos 2013.
38. Gonzalez L, Gallardo E. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria.* 2012; 13(8):1-15.
39. Pérez J. La Calidad de la Educación y el Modelo Europeo de Gestión de Calidad. *Advigo.es* (Internet). 2001 (Consultado 2 de Enero del 2017). Disponible en <https://www.apvigo.es/ofertastrabajo/descargar/495/Nivel1+manual+calidad.pdf>
40. Córdova J. Decima cuarta sección secretaria de salud. *Ordenjurídico.gob* (Internet). 2009 (Consultado 8 Enero 2017). Disponible en [www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Acuerdos/.../29122009\(5\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Acuerdos/.../29122009(5).pdf)
41. Reason J. Human error: models and management. *Ncbi.nlm*(Internet). 2000 (Consultado 8 Enero 2017). Disponible en

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/> -

42. Durán C. Eventos centinelas y la notificación por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst (Internet). 2009 (Consultado 21 de Enero 2017). Disponible en <http://dokumen.tips/documents/eventos-centinela-y-la-notificacion-por-el-personalde-enfermeria-2009-1.html>
43. Castro F, Zavala E, Ramírez C, Villela E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. CONAMED (Internet).2013 (Consultado 10 Febrero 2017). Disponible en <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/109/444>.
44. Mejía A. Educación continua. Acta médica colombiana. Conferencia Panamericana de educación médica; Noviembre 1984; Bogotá. Colombia: Toro; 1885.
45. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1999.
46. Aguilar M. El impacto de la carrera de economía de la BUAP en el mercado laboral. Eumed.net (internet). 2000 (consultado 15Abril 2017). Disponible en [www.eumed.net/libros-gratis/2009b/559/El%20concepto%20de%20impacto.htm](http://www.eumed.net/libros-gratis/2009b/559/El%20concepto%20de%20impacto.htm)

## **CAPITULO IX**

### **14. ANEXOS.**

#### **14.1 CUESTIONARIO.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INV ESTIGACIÓN EN SALUD**

El siguiente cuestionario planteado es con la finalidad de dar respuesta a nuestro tema de investigación: Nivel de conocimiento del Sistema VENCER II por personal de enfermería del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero”, se le informa, que las respuestas que otorgue son totalmente confidenciales, los datos son solo informativos.

Marque con una **X** la opción que dé respuesta a la encuesta.

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre ( )

Mujer ( )

Turno: Matutino ( )

Vespertino ( )

Nocturno ( )

Categoría: Auxiliar de Enfermería General ( )

Enfermera General ( )

Enfermera Especialista ( )

Otro ( )

Servicio: Traumatología y Ortopedia ( )

Quirófano ( )

Tococirugía ( )

Especialidades Quirúrgicas ( )

Ginecología ( )

Subraye la respuesta, que considere correcta

**1. El sistema VENCER II, se refiere a:**

- a) Sistema de Vigilancia de eventos centinela, adversos y cuasifallas
- b) Sistema de Vigilancia y notificación de fallas de proceso.
- c) Sistema de reporte de pacientes con riesgo de caídas

**2. Es un hecho inesperado resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, perdida de la función o de un órgano.**

- a) Cuasifalla.
- b) Evento Centinela.
- c) Evento Adverso

**3. Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.**

- a) Cuasifalla.
- b) Evento Centinela.
- c) Evento Adverso.

**4. Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.**

- a) Cuasifalla.
- b) Evento Centinela.

c) Evento Adverso.

**5. ¿Quién debe reportar los eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas?**

- a) El personal de salud involucrado en la atención del paciente.
- b) El familiar del paciente.
- c) El personal de enfermería

**6. ¿Si se ha producido un evento adverso, que posteriormente desencadene un evento centinela, se reportan los dos, sólo el primero o el más grave?**

- a) Se reporta de inicio el evento adverso, y posteriormente en otro formato el evento centinela.
- b) Se reportan los dos.
- c) Se reporta el más grave.

**7. ¿Conoce cuál es el procedimiento a seguir para registro del Sistema VENCER II?**

- a) Profesionales de la salud, Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP).
- b) Médico, enfermera, Jefatura de Médicos, Trabajo Social.
- c) Profesionales de la salud, Jefe de enfermeras, Director del Hospital,

**8. ¿Qué factores influyen de manera negativa para la notificación y registro de eventos al Sistema VENCER II?**

- a) Lo considera solo un trámite administrativo.
- b) Temor a ser sancionado o represalias.
- c) El jefe de servicio no le da seguimiento a los reportes.
- d) No obtiene ningún beneficio por notificar.

**9. ¿Cuál es la importancia de reportar un evento adverso?**

- a) Conocer las causas que lo originaron y evitar la ocurrencia en pacientes futuros.
- b) Para saber quién ocasiono el evento adverso y culparlo.
- c) Para sancionar al profesional de la salud que lo ocasionó.

**10. ¿Es un formato impreso para la notificación de eventos al sistema VENCER II por parte del personal de salud?**

- a) Hoja de enfermería VENCER II.
- b) Formato VENCER II.
- c) Nota médica informativa.

**11. ¿Es una herramienta reactiva que nos sirve para mejorar la seguridad en pacientes futuros?**

- a) Análisis de Causa-Raíz (diagrama de Ishikawa).
- b) Sistema proactivo.
- c) Sistema Vencer II

**12. ¿Considera importante la capacitación continua del sistema VENCER II al personal de la salud?**

- a) Si
- b) No

**13. ¿Qué sugiere para fomentar la cultura del reporte sistema VERCER II?**

---

---

---

## **14.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

## Consentimiento Informado

Universidad Autónoma De Guerrero  
Coordinación De Posgrado E Investigación De La Facultad De Enfermería N.2  
Especialidad De Enfermería Medico Quirúrgica.

Consentimiento Informado de los Estudiantes de la Especialidad de  
Enfermería Medico Quirúrgica.

**Título del Proyecto: "CALIDAD DEL IMPACTO EDUCATIVO DEL SISTEMA  
VENCER II EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
REGIONAL VICENTE GUERRERO"**

**Beneficios esperados:** En este estudio no existe un beneficio personal por participar; pero si debes saber que en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar y aplicar intervenciones que permitirán reorientar y tener una propuesta de mejora donde se estará ofreciendo intervenciones seguras y de calidad en el cuidado de Enfermería.

**Alternativas:** La única alternativa para este estudio implica no participar en el estudio.

**Costos:** No hay ningún costo para participar en el estudio.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que conocerán que usted participo en el estudio, es usted y los autores del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados del cuestionario serán publicados en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personal. Recuerde que el cuestionario que usted conteste son anónimos y la información es confidencial.

**Derecho de Retractor:** Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta su relación actual con ninguna institución de salud. Si decide participar está en libertad de retractarte en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos.

**Preguntas:** Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comuníquese con los autores principales del estudio la M.C.E. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada , quien se encuentran en la Coordinación de Posgrados de Enfermería de la Facultad de Enfermería N.2 de la UAGro., al teléfono: 7441184952.

**Consentimiento:**

Acepto voluntariamente participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del participante:

Firma de los investigadores responsables:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### 14.3 FORMATO SISTEMA VENCER II.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
SISTEMA VENCER II



**Notificación de Evento Centinela, Evento Adverso y Cuasifallas**

Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o, Ley General de Salud, Art. 2º y 51, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 9º, se registrarán los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas con el propósito de mejorar la calidad y seguridad del paciente, así mismo analizar sus causas para implementar las acciones de mejora. **LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL**

**DATOS GENERALES DEL CASO**

UNIDAD (1) SERVICIO (2) TURNO (3) FECHA (4)  
 NOMBRE COMPLETO (5) EDAD (6) Años Meses Días SEXO (7) F M  
 Nº DE SEGURIDAD SOCIAL (8) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (9)

**I. EVENTO CENTINELA.** Suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida permanente de una función u órgano, o cirugía incorrecta y otro evento considerado como CENTINELA por las políticas del establecimiento.

Que originó el evento centinela:

Hemoderivados <input type="checkbox"/>	Infeción Nosocomial <input type="checkbox"/>	El establecimiento ha determinado otro evento como centinela: SI <input type="checkbox"/>	Cuál fue el resultado:
Medicamentos <input type="checkbox"/>	Caidas <input type="checkbox"/>		Muerte <input type="checkbox"/>
Proc. Quirúrgicos <input type="checkbox"/>	Retraso en el tratamiento <input type="checkbox"/>	Mencione cuál: (11)	Pérdida permanente de la función <input type="checkbox"/>
Anestesia/Sedación <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		Pérdida de un órgano <input type="checkbox"/>
Procedimientos Invasivos <input type="checkbox"/>			Cirugía Incorrecta <input type="checkbox"/>

**II. EVENTO ADVERSO.** Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.

Que originó el evento adverso:

Medicamentos <input type="checkbox"/>	Procedimientos Invasivos <input type="checkbox"/>	Si el evento adverso está relacionado con un proceso infeccioso, cuál es su origen: En sitio quirúrgico <input type="checkbox"/>	Lineas vasculares <input type="checkbox"/>
Proc. Quirúrgicos <input type="checkbox"/>	Úlceras por presión <input type="checkbox"/>		Por sonda vesical <input type="checkbox"/>
Anestesia/Sedación <input type="checkbox"/>	Caidas <input type="checkbox"/>	Vías respiratorias <input type="checkbox"/>	Mencione cuál: (14)
Hemoderivados <input type="checkbox"/>	Retraso en el tratamiento <input type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		

**QUÉ SUCEDIÓ EN EL EVENTO ADVERSO:**

Produjo consecuencias: No  SI  (15)

Como califica la severidad de la consecuencia: Rápida solución  (16) Requiere tratamiento adicional  Requiere tratamiento de alta complejidad

Otra: SI  Mencione cuál: (17)

**III. CUASIFALLA.** Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo. (18)

¿Si se produjo una cuasifalla de que tipo fue?

Medicamentos  Quirúrgicos  Anestesia/Sedación  Hemoderivados  Proc. Invasivos  Otro

**DESCRIBA BREVEMENTE LO OCURRIDO:**

(19)

**SEÑALE OTROS FACTORES QUE INFLUYERON DIRECTAMENTE:**

<b>Factor Humano</b>	Médic@ <input type="checkbox"/>	Falta de recursos <input type="checkbox"/> (21)	Otro <input type="checkbox"/>
	Enfermer@ <input type="checkbox"/>	Problemas de infraestructura <input type="checkbox"/>	Mencione cuál: (22)
	Becari@ <input type="checkbox"/>	Problemas de organización <input type="checkbox"/>	
	Otr@ <input type="checkbox"/>	Falta o falla de equipo <input type="checkbox"/>	
	Mencione cuál:		

**¿QUÉ MEDIDAS SE IMPLEMENTARON PARA CORREGIR Y EVITAR ESTE TIPO DE EVENTOS?**

(23)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION ESTATAL GUERRERO  
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 "VICENTE GUERRERO"  
 SISTEMA DE NOTIFICACION DE CUASIFALLAS. EVENTOS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD

Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Art. 4º, Ley General de Salud Art.2º y 51, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Prestación Médica, Art. 9º, se registrarán los eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela a través de un sistema de comunicación CONEIDENCIAL para mejorar la calidad de la atención médica

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____		EDAD: _____ Años		DÍAS DE ESTANCIA HOSP: _____	
No. DE AFILIACION: _____		FECHA DE NOTIFICACION: _____			
RESPECTO AL EVENTO OCURRIDO: _____		FECHA: _____		TURNO: _____	
SERVICIO: _____		DIAGNOSTICOS: _____			
Tipo de evento: Cuasifalla ( )		Evento adverso ( )		Evento centinela ( )	
Describe en forma breve y clara el evento ocurrido: _____					
El evento esta relacionado a:		a) Medicamentos _____		b) Retraso en el tratamiento _____	
		c) Procedimiento quirúrgico _____		h) Caídas _____	
		d) Anestesia y sedación _____		Otros: _____	
		e) Hemoderivado _____			
		f) Procedimiento invasivo _____			
		Ulceras por presión _____			
¿Produjo consecuencia? SI _____		Señale ¿Como califica la severidad de la consecuencia? _____		¿El evento esta relacionado a un proceso infeccioso? _____	
NO _____		1. Rapida solución: _____		*Quirúrgico _____	
		2. Requiere de tratamiento adicional: _____		*Vías respiratorias _____	
		3. Requiere tratamiento de alta complejidad: _____		*Sonda vesical _____	
				*Otros, ¿Cuales? _____	
				*Líneas _____	
¿Qué considera que influyó para que sucediera?					
Factor humano: MÉDICO ( )		ENFERMERA ( )		BECARIO ( )	
¿Cuál?		CAMILLERO ( )		OTROS ( )	
Falta de recursos materiales y físicos ( ) ¿Cuales? _____					
Falta de capacitación ( ) ¿Considera necesario algún tema en particular? _____					
¿Cuál? _____					
Otros: _____					
¿Qué se realizó para reducir el daño en ese momento? y para evitar este tipo de eventos. _____					
Falta del equipo médico ( )					

Nº	CUASIFALLA	DAÑO LEVE O MODERADO	ES UN HECHO INESPERADO, resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente. la pérdida de la función o de un órgano; de un procedimiento quirúrgico o invasivo de alto riesgo o de una muerte materna. ES UN DAÑO GRAVE O MUERTE
1	Error que no produjo un daño porque se detectó a tiempo.	DAÑO LEVE O MODERADO	Es un hecho inesperado, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, la pérdida de la función o de un órgano; de un procedimiento quirúrgico o invasivo de alto riesgo o de una muerte materna. ES UN DAÑO GRAVE O MUERTE
2	Cuasi valoración de paciente con exámenes de laboratorio de otro paciente	Administración de PG a paciente equivocado	Muerte perinatal por retraso en la atención.
3	Cuasi valoración de paciente con ECG de otro paciente	Administración de medicamento sin verificar alergia.	Muerte Materna por retraso en la tención.
4	Detección oportuna de paciente con barandales abajo con riesgo de caída.	Caída de paciente con daño leve a moderado	Muerte por administración de medicamento equivocado
5	Cuasi transfusión en paciente con PG en condiciones indicadas (coagulado)	Bacteremias confirmada por Hemocultivo, desarrollada en la Unidad	Procedimiento quirúrgico en sitio incorrecto
6	Cuasi transfusión de paciente con un PG o PFC de otro paciente.	IVRS en paciente con ventilación mecánica	Difundido grave de un órgano o más por Retención de material quirúrgico
7	Preparación de un medicamento equivocado que no se administró	Infección de catéter (líneas vasculares)	Quemadura de tercer grado por lámpara de chisote y cura radiante
8	Cuasi administración de medicamento en paciente incorrecto	Infección de sitio quirúrgico en cirugía limpia (piel y tejidos blandos)	Perforada por un órgano por cirugía incorrecta
9	Cuasi procedimiento quirúrgico en sitio equivocado por error de programación	Retraso en el tratamiento de medicamentos	Pérdida de un órgano por retraso en el tratamiento
10	Indicaciones médicas en expediente en paciente equivocado	UPP desarrollada en hospital	Disfunción de un órgano por inadecuado manejo en la fijación de venoclisis.
11	Error de transcripción de indicaciones detectada a tiempo	UPP infectada en el hospital	Transmisión de una enfermedad o infección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemoderivados o trasplante de órganos o tejidos.
12	Cuasi administración de solución IV en paciente equivocado	Úrosepsis en paciente con sonda vesical	Fractura de cadera por caída
13	Cuasi realización de procedimiento (en paciente equivocado)	GEPI relacionada a alimentos en paciente hospitalizado	Muerte por TCE por caída
14	Falta de valoración del riesgo de caídas	Brotos de Diarrea	Robo de Infante
15	Cuasi entrega de resultados de laboratorio a paciente equivocado	Brotos de Conjuntivitis	Otros:
16	Traslado de paciente incorrecto detectado a tiempo	Quemadura por equipo electromédico (cura radiante, electrocauterio)	
17	Material de IPAT no identificado detectado a tiempo	Quemadura de 1er y segundo por lámpara de chisote	
18	Cuasi caída de paciente por falta de implementación de medidas de prevención.	Peritonitis en paciente en Dialisis Intra hospitalaria	
19	Cuasi Reacción adversa por transfusión de PG no compatible a Grupo y Rh.	Quemadura de 1er y segundo por lámpara de chisote	
20	Omisión en el registro de la oxitocina en el postparto inmediato	Administración de medicamento por vía equivocada	
21	Omisión de higiene de manos en los 5 momentos.	Administración de medicamento en dosis equivocadas	
22	Faltas o idiosincrasia en una comunicación verbal o telefónica que se aclaró oportunamente.	Administración de medicamento equivocado	
23	Falta de programación de parámetros de equipos médicos (máquina de p/moedels, ventilador mecánico, incubador).	Administración de medicamento en horario incorrecto	
24	Error de material no estéril para cirugía identificado a tiempo	Retraso en tratamiento por oportunidad de estudios radiográficos	
25	Error en la transcripción de paciente en expediente incorrecto	Retraso en el tratamiento por oportunidad de estudios de laboratorio	
26	Error en la prescripción detectado a tiempo	Paciente complicado por retraso en el tratamiento quirúrgico	
27	Otros:	Hipoglucemia ocasionada por mal manejo de infusión de insulina	
28		Hipoglucemia por hipoglucemiantes orales en hospitalizados	
29		Retraso en el tratamiento en paciente programado con protocolo incompleto	
30		Flebitis relacionada con catéter	
31		Reintubación de catéter por retro inadecuado (accidental, desconocimiento de su utilidad)	
32		Retraso en el tratamiento por consumo de dieta.	
33		Hemorragia por atonía uterina por mal manejo de la oxitocina postparto.	
34		Lesión de tejidos blandos por movilización incorrecta del paciente.	
35		Lesión de tejidos blandos x manejo incorrecto de la venoclisis	
36		Reacción adversa por PG a paciente equivocado.	
37		Quemadura de 1er y segundo por lámpara de chisote	
		Otros:	

14.4 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS.

Relacionados con el Cuidado:	Relacionados con la medicación:	Relacionados con la infección nosocomial:	Relacionadas con un procedimiento:	Relacionados con el diagnóstico:
<p>-Úlceras por presión - Quemaduras, erosiones y contusiones. - Insuficiencia respiratoria - Inmovilización prolongada.</p>	<p>Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos Otros efectos secundarios de fármacos Mal control de la glucemia Hemorragia por anticoagulación Agravamiento de la función renal Hemorragia digestiva alta Retraso en el tratamiento Insuficiencia cardíaca y shock Neutropenia Alteraciones neurológicas por fármacos Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos Hipotensión por fármacos Infección oportunistas por tratamiento Inmunosupresor Desequilibrio de electrolitos Cefalea por fármacos Tratamiento médico ineficaz Reacciones adversas a agentes anestésicos.</p>	<p>Infección de herida quirúrgica. Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar Sepsis y shock séptico Neumonía nosocomial Bacteriemia asociada a dispositivo.</p>	<p>Hemorragia o hematoma relacionados con intervención quirúrgica o procedimiento. Lesión en un órgano durante un Procedimiento. Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta Desgarro uterino Neumotórax Suspensión de la intervención quirúrgica Retención urinaria Eventración o evisceración Dehiscencia de suturas Hematuria Complicaciones locales por radioterapia Seroma Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica Complicaciones neonatales por parto.</p>	<p>Relacionados con el diagnóstico.  Retraso en el diagnóstico Error diagnóstico.</p>

## 14.5 CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018
Delimitación del tema a estudiar	R														
Recopilación, revisión y selección de bibliografía.			R	R											
Redacción del protocolo.					R										
Presentación al CLIEIS							R								
Dictamen autorizado										R					
Primera aplicación de encuestas										R					
Interacción educativa											R				
Segunda aplicación de encuestas												R			
Concentración de datos obtenidos													R		
Procesamiento de datos y análisis de la información														R	
Interpretación de resultados														R	
Redacción de Tesis															R
Presentación de investigación															R

Realizado: R

Programado: P

## 1.6 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

FECHA	TEMATICA	COMPETENCIA	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES
14/09/017 8:00-8:10	Registro de asistentes.  Inauguración del curso. Presentación de los capacitadores y del tema.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aula del HGR Vicente Guerrero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lista de registro</li> </ul>	Inauguración del curso por las autoridades del HGR Vicente Guerrero.
8:10-8:20	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sistema VENCER II.</li> <li>➤ Introducción</li> <li>➤ Objetivos</li> </ul>	Conoce el Sistema Vencer II Mediante la aplicación de normas específicas para notificación de los eventos, ocurridos en el hospital, con responsabilidad, ética, empatía y compromiso laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conferencia magistral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computadora y proyector.</li> </ul>	EG. Christian Gabriela García González
8:20-10:00					M.C.E. Eva Barrera García
10:00- 10:20			<b>RECESO</b>		
10:20- 11:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conceptos y descripción de eventos centinela, adversos y cuasifallas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Identifica el evento centinela, adverso y Cuasifalla a través de casos clínicos expuestos, con el ejemplo de cada uno de ellos, para notificarlos con compromiso moral y ético.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Descripción de eventos centinela, adversos y cuasifallas.</li> </ul>	Equipo de cómputo y proyector.	EG. Christian Gabriela García González

11:30-12			<input type="checkbox"/> Aplicación de ejercicios de casos clínicos para la identificación de eventos.		M.C.E. Eva Barrera García

FECHA	TEMATICA	COMPETENCIA	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES
15/09/017 8:00- 8:10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sistema de registro y notificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquiere conciencia y sensibilización, sobre la notificación de los eventos, en los diferentes servicios del hospital, para el levantamiento de los mismos con responsabilidad y ética profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del código de ética de la enfermera: Capitulo II artículo cuarto y quinto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lista de asistencia</li> <li>✓ Código de ética profesional.</li> </ul>	EG. Christian Gabriela García González
8:10- 10:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso para el levantamiento de los eventos.</li> <li>• ¿Qué se reporta?</li> <li>• A quien se le reporta.</li> </ul>				
10:00-10:20			<b>RECESO</b>		
10:20-11:50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se notifica.</li> <li>• Formato de notificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifica y levanta en los formatos correspondientes, de manera clara, precisa y concisa los eventos adversos, centinelas y cuasifallas, que ocurren en el hospital en tiempo y forma con un alto sentido de responsabilidad y respeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de los lineamientos a seguir para la notificación de los eventos.</li> <li>• Explicación del llenado del formato de notificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manual del Sistema VENCER II.</li> <li>✓ Formatos de notificación de evento centinela, evento</li> </ul>	M.C.E. Eva Barrera García
				adverso y cuasifalla.	

11:50-12:00			Clausura del curso		Autoridades del HGR Vicente Guerrero y responsables del curso.
-------------	--	--	--------------------	--	--