



# Análisis a modo de falla y efecto

## TEMA: "COMUNICACIÓN EN EL TRASPASO DE PACIENTES".

Hospital Pablo VI Bosa  
Oficina Seguridad del usuario  
Oficina Gestión de Calidad  
Bogotá, Mayo 13 de 2009





## INDICIOS DE EVENTOS ADVERSOS

Comunicación entre unidades y  
entre equipos de atención

- Riesgo de no incluir toda la información esencial
- Riesgo de generar interpretaciones erróneas

*Comunicación durante el traspaso de  
pacientes, considerado en 2005  
“Consideraciones de Seguridad del  
usuario” de OMS.*





# AMFE-TRASPASO DE PACIENTES

Fallas en la comunicación para la entrega de pacientes en el procedimiento

# Entrega de turno en Urgencias y Hospitalización





# Metodología





## Selección del Foco

- Basados en la experiencia institucional a partir del análisis de sucesos adversos en el hospital Pablo VI Bosa, 2006-2009, se identificaron las fallas de comunicación entre los equipos de trabajo asistencial

Medicina-Enfermería-Farmacia-Apoyo terapéutico

como común denominador a múltiples casos.





# METODOLOGÍA

- Captura de la información a través de lista de chequeo elaborada a partir del AMFE
- Selección de muestra con 24 horas de seguimiento
- Muestra de 16 listas aplicadas ( >100 pacientes)
- Aplicación de lista de chequeo por equipo de seguridad y auditores de calidad





# METODOLOGÍA

- Entrenamiento previo sobre la aplicación de lista
  - Conceptos de seguridad, procedimiento de entrega de turno, confidencialidad, aplicación
- Análisis de datos
  - Tabulación
  - Concertación con equipo de seguridad
- Otras consideraciones
  - Se identifica personal con calamidad y en descanso.
  - Hubo cambio de empresa de servicios de aseo y estaban en empalme con la anterior empresa.



FASE O ACTIVIDAD DEL PROCESO	MODO DE FALLA	CAUSAS	EFECTOS DE LA FALLA	PROBABILIDAD DE IMPACTO(Severo)	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN DEL MODOD DE FALLO	PROBABILIDAD DE FRECUENCIA	INDICE
1. Presencia de los integrantes del equipo de trabajo del turno saliente y entrante, llegada al sitio de encuentro, alistamiento del equipo de trabajo	* Personal incompleto para el turno	* Fallas en la programación de turno *Calamidad y otros compromisos laborales * Concesiones de horario	* Demora en la atención	4	4	4	<b>64</b>
	* Presencia de personal sin habilidad ni competencias	* Errores en selección personal	* Complicaciones por demoras en la atención	10	10	1	<b>100</b>
	* Comunicación no asertiva	* Falta de empatía entre los miembros del equipo * Fallas en la inducción	*Malentendidos en las órdenes y recomendaciones	4	7	4	<b>112</b>

FASE O ACTIVIDAD DEL PROCESO	MODO DE FALLA	CAUSAS	EFECTOS DE LA FALLA	PROBABILIDAD DE IMPACTO(Severo)	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN DEL MODOD DE FALLO	PROBABILIDAD DE FRECUENCIA	INDICE
2. Entrega del turno multidisciplinario y cumplimiento de la guía de turno	* No entrega multidisciplinaria, no planeación de la entrega de turno	* No adherencia a guía de entrega de turno (cama a cama, horarios, formatos)	*No entrega de usuarios entre turnos	4	7	4	112
	No se entrega paciente por paciente	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro del usuario o emperoramiento de la enfermedad de base por riesgos detectados pero no informados sobre cada usuario	10	7	3	210
	*No presentación del equipo al usuario y familia	* No verificación de la presencia de familiares y con el usuario * Afán en el cumplimiento de la entrega de turno	* Errores de comunicación en entrega	1	7	4	28
	*La entrega se hace frente al paciente	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	*Preocupaciones innecesarias del usuario, información alarmante, confidencialidad rota	4	3	7	84
	* No entrega de pacientes	* Ubicación diferente al servicio de hospitalización pediatría	* Medicamentos o exámenes incompletos	10	7	3	210

FASE O ACTIVIDAD DEL PROCESO	MODO DE FALLA	CAUSAS	EFFECTOS DE LA FALLA	PROBABILIDAD DE IMPACTO(Severo)	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN DEL MODOD DE FALLO	PROBABILIDAD DE FRECUENCIA	INDICE
3. Identificar los pacientes de riesgo (pacientes que ingresaron en el lapso de una hora alrededor de la entrega de turno.	* No presencia del médico hospitalario en la entrega de turno	* Alta demanda * Afanes o sobrecarga de labores para el personal	* Interpretación equivocada de información u ordenes	4	1	4	16
	No se informa acerca de usuarios pendientes de hospitalización	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Equipo de salud no preparado para recibir el paciente: Incremento de errores y eventos adversos en el manejo de pacientes en hospitalización	7	7	3	147
	No se informan los cambios terapéuticos instaurados durante el turno	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro de las condiciones clínicas por falta de continuidad terapéutica, por suspensiones abruptas de medicamentos o terapéuticas, o por modificaciones terapéuticas inconvenientes con las terapéuticas iniciadas en el turno anterior	7	4	4	112
	No se informan alergias o contraindicaciones absolutas o relativas de medicamentos o alimentarias	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	eventos adversos medicamentosos. Complicaciones secundarias a no cumplimiento de restricciones dietarias	10	10	4	400
	No se concerta la continuidad terapéutica medicamentosa	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro de las condiciones clínicas por falta de continuidad terapéutica, por suspensiones abruptas de medicamentos o terapéuticas, o por modificaciones terapéuticas inconvenientes con las terapéuticas iniciadas en el turno anterior	10	4	4	160
	No se informan riesgos especiales de usuarios (ejemplo riesgo de caídas)	Ausencia de la actividad en la entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Eventos adversos por ausencia en la monitorización de riesgos ya detectados (ejemplo caída de pacientes)	7	3	7	147
	No se informan las restricciones dietarias	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Complicaciones secundarias a no cumplimiento de restricciones dietarias	7	3	7	147
	No se informan las prioridades de monitorización	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro de las condiciones clínicas del paciente por ausencia o deficiencias en la monitorización y seguimiento a pacientes con conductas terapéuticas iniciadas en el turno anterior o con resgos particulares de pacientes detectados en el turno anterior	7	3	7	147
	* Registro inadecuado o ausencia de registro de pacientes de riesgo	* No adherencia a guía	* No realización de procedimientos por inatención de pacientes	10	3	7	210

FASE O ACTIVIDAD DEL PROCESO	MODO DE FALLA	CAUSAS	EFFECTOS DE LA FALLA	PROBABILIDAD DE IMPACTO(Severo)	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN DEL MODOD DE FALLO	PROBABILIDAD DE FRECUENCIA	INDICE
4. Seguimiento a los acuerdos en el turno	No se informan los pacientes con diagnósticos en proceso: - No se informan las sospechas diagnósticas, - no se informan las pruebas disgnósticas pendientes y los objetivos con que se ordenaron	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro del paciente por reproceso o demoras diagnóstica	1	1	4	4
	No se entregan condiciones del entorno: medicamentos agotados, camas existentes, recursos no disponibles	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Deterioro de las condicones de pacientes por ausencias no advertidas de recursos disponibles: falta de continuidad de antibióticos, remisiones demoradas por falta de ambulancia.	4	4	4	64
5. Remisión de pacientes (a otra institución)	No se informan las conductas terapéuticas pendientes o instauradas	Ausencia de la actividad en el protocolo de entrega de turno o incumplimiento del protocolo	Eventos adversos por demoras o ausencia de implementación de terapéuticas indicadas	10	3	10	300



# Lista de chequeo



**I. IDENTIFICACION DE LA AUDITORIA:**

PROCESO:

SUBPROCESO:

AREA O SERVICIO:

FECHA DE AUDITORIA:

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

HORA DE CIERRE: \_\_\_\_\_

RESPONSABLES DEL PROCESO AUDITADO:

Nombre

Cargo

Firma

**II. TIPO DE AUDITORIA:**

CI \_\_\_\_\_

Control de Calidad \_\_\_\_\_

Internos S.G.C \_\_\_\_\_

Autocontrol: \_\_\_\_\_

**III. TECNICAS DE AUDITORIA:**

Revisión Soporte Documental:

Historia clínica, bitácora de remisión, libro de enfermería, registro entrega de turno

Observación Directa:

Durante entrega de turno se observa la forma de realización de la entrega en hospitalización pediatría

Concurrencia:

Si aplica ( ) No aplica ( )

Entrevista de Usuarios:

Si aplica ( ) No aplica ( )

Entrevista de Colaboradores:

Si aplica ( ) No aplica ( )

**IV. LISTA DE CHEQUEO:**

Nº	ITEM	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N.A.	
1	<b>EVENTO ADVERSO</b>				
1.1	Presencia de infección intrahospitalaria (aquella que no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle un procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente)				
1.2	Reacción anafiláctica (reacción alérgica severa en todo el cuerpo tras la administración de medicamento)				
1.3	<b>Deterioro de condiciones clínicas por falta de continuidad o intauración de manejo terapéutico</b> (Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales o físicas de una persona, secundario a la irregularidad o falta de tratamiento)				
2	<b>INDICIOS DE EVENTO ADVERSO</b>				
2.1	Cambio de tratamiento antibiótico antes de 72 horas en paciente hospitalizado o ambulatorio				
2.2	Cambio o suspensión abrupta de conducta médica				

Nº	ITEM	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N.A.	
2.3	Realización de reanimación en paciente hospitalizado				
2.4	Reconsulta en urgencias por la misma causa antes de 72 horas				
2.5	Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días				
2.6	Traslado a habitación de aislamiento				
2.7	Remisión a nivel superior no indicada desde el inicio de la hospitalización				
2.8	Repetición innecesaria de paraclínicos				
2.9	Incumplimiento de restricciones de dieta				
2.9	Pobre registro en historia clínica de riesgos del paciente				
2.1	Desconocimiento de alarmas durante la atención del usuario				
3	<b>MODO DE FALLO O ERRORES</b>				
3.1	Personal incompleto para el turno				
3.2	Presencia de personal sin habilidades o competencias para el turno				
3.3	No realización de entrega de turno multidisciplinaria, en la forma planeada				
3.5	Entrega de turno realizada frente al usuario				
3.6	Se informan durante la entrega de turno los cambios terapéuticos instaurados durante el turno saliente o turnos previos				
3.7	Se informan la presencia de alergias o contraindicaciones absolutas a medicamentos o alimentos				
3.8	Se informan riesgos o precauciones especiales para con el usuario (ejm. Riesgo de caídas)				
3.9	Se informa durante la entrega de turno la impresión diagnóstica y estudios complementarios en proceso				
4	<b>COMPONENTE POLITICA DE SEGURIDAD</b>				
4.1	CADENA DE CUSTODIA (Se tomaron las medidas necesarias para la recuperación de Evidencia física y elementos materia de prueba)				
4.2	CUIDADOS DEL USUARIO (Se realizó planeación del cuidado del usuario acorde con sus condiciones de salud)				
4.3	EQUIPOS SEGUROS: (Se dispuso para la atención del usuario de los equipos necesarios para el nivel de complejidad en condiciones óptimas)				

Nº	ITEM	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N.A.	
4.4	IDONEIDAD DEL PERSONAL (La atención al usuario fue realizada por colaboradores con entrenamiento y experiencia en hospitalización pediátrica)				
4.5	INFRAESTRUCTURA SEGURA (Se dispuso de la unidad de hospitalización en condiciones óptimas para la atención del usuario)				
4.6	INSUMOS SEGUROS: (Se dispuso de los medicamentos y dispositivos médicos consumibles necesarios para el nivel de complejidad en condiciones óptimas)				
4.7	PRACTICAS MISIONALES SEGURAS (El diagnóstico y conducta instaura es pertinente y acorde con las guías de manejo de la institución, cuando aplique)				
4.8	SEGURIDAD DOCUMENTAL (El registro de la información en los libros e historia clínica fue óptimo)				

**VI. OBSERVACIONES ADICIONALES:**

**VII. COMPROMISOS:**

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

**VIII. AUDITORES:**

_____	_____	_____
Nombre	Cargo	Firma
_____	_____	_____
Nombre	Cargo	Firma



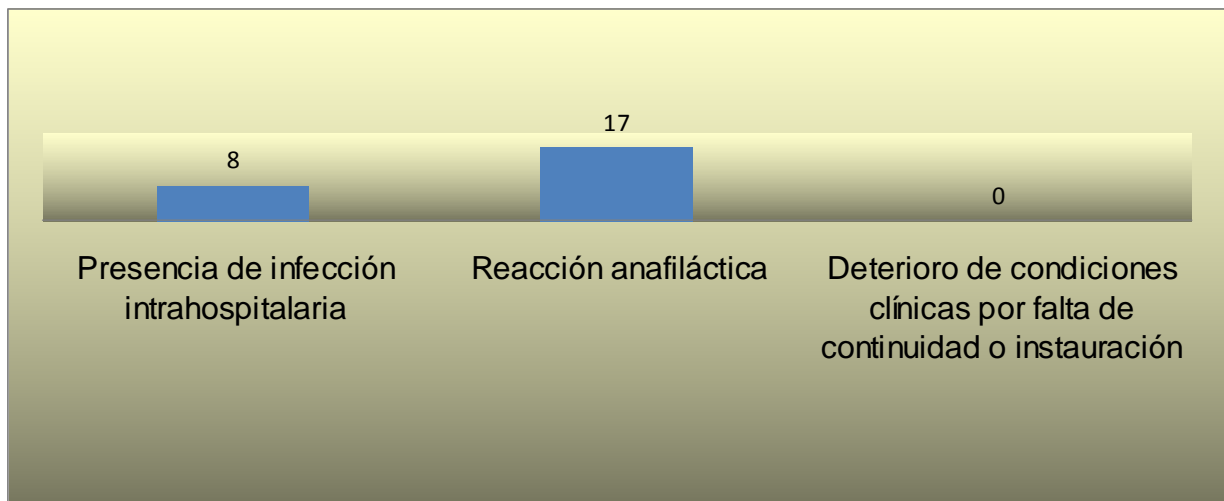
# Resultados Por Evento Adverso

(Porcentaje de veces que se identifica posible evento adverso en la entrega de turno)



## EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS POR ENTREGA DE TURNO

EVENTO ADVERSO	
Presencia de infección intrahospitalaria	8
Reacción anafiláctica	17
Deterioro de condiciones clínicas por falta de continuidad o instauración de manejo terapéutico	0





## EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS POR ENTREGA DE TURNO



El análisis de los casos arrojó se trata de dos usuarios menores de un año de edad, masculinos quienes presentan:

1. Reacción alérgica no conocida al uso de *Micropore*, información que no fue registrada en notas de enfermería o evoluciones del niño durante la hospitalización lo que lo expuso a un mayor tiempo de uso de este producto
2. Niño de 1 año de edad quien ingresa a hospitalización por bronquiolitis, recibe tratamiento por dos días, y posteriormente se identifica cursa con neumonía bacteriana. En este usuario se identificó fue hospitalizado en cama contigua a casos de neumonía bacteriana, sumado a la no identificación oportuna de cuadro respiratorio alto de la madre, quien permaneció con él paciente la totalidad del tiempo de hospitalización.





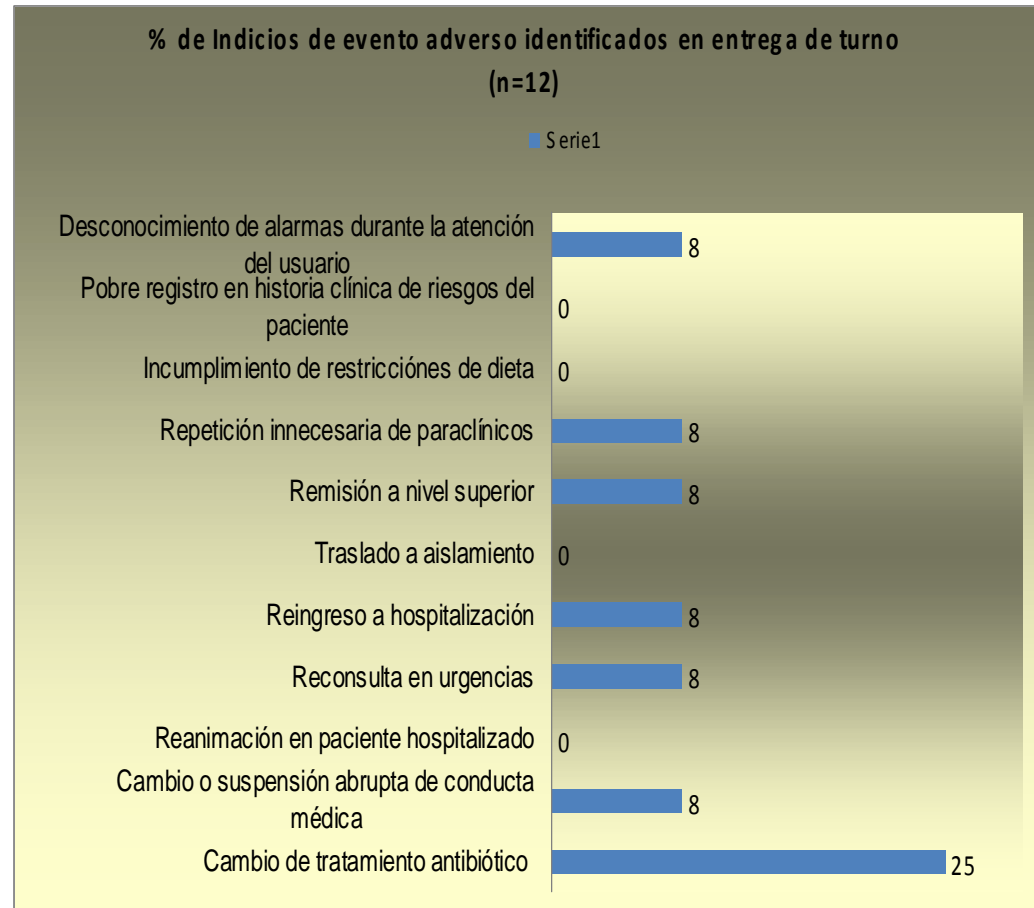
# Resultados Por Indicio de Evento Adverso

(Porcentaje de veces que se identifica indicio de posible evento adverso en la entrega de turno)



## INDICIOS DE EVENTO ADVERSO

INDICIOS DE EVENTO ADVERSO	
Cambio de tratamiento antibiótico	25
Cambio o suspensión abrupta de conducta médica	8
Reanimación en paciente hospitalizado	0
Reconsulta en urgencias	8
Reingreso a hospitalización	8
Traslado a aislamiento	0
Remisión a nivel superior	8
Repetición innecesaria de paraclínicos	8
Incumplimiento de restricciones de dieta	0
Pobre registro en historia clínica de riesgos del paciente	0
Desconocimiento de alarmas durante la atención del usuario	8





## INDICIOS DE EVENTO ADVERSO



- Durante la aplicación de la información se identificaron 7 ocasiones de Indicio de evento adverso relacionadas con:
  1. **Cambio de tratamiento antibiótico:** En niña de 2 años de edad con error en la dosis de tratamiento antibiótico instaurado por subdosificación.
  2. **Cambio o suspensión abrupta de conducta médica:** Niño de 3 años de edad en condición de abandono en quien luego del tratamiento instaurado por candidiasis oral se opta por dejar hospitalizado hasta resolver su condición de abandono y maltrato infantil asociado, sin evento adverso.
  3. **Reconsulta en urgencias:** Niño menor de un año con diagnóstico de resfriado común en horas de la mañana y consulta en horas de la tarde por aumento de sintomatología y dificultad respiratoria por lo cual se deja en observación, no siendo identificado en este evento adverso.
  4. **Reingreso a hospitalización:** Adulto que reingresa a hospitalización por la presencia de dificultad respiratoria, como parte de las complicaciones y evolución normal de la patología de base.
  5. **Remisión a nivel superior:** Niña de 7 años de edad, con antecedente de asma, es hospitalizada por crisis asmática y durante la entrega de turno alcabo de 12 horas de hospitalización es indicada remisión a nivel superior por presentación de neumonía asociada no identificada inicialmente.
  6. **Repetición innecesaria de paraclínicos:** Gestante a quien se repiten exámenes de laboratorio clínico.
  7. **Desconocimiento de alarmas durante la atención del usuario:** Niño de 3 años de edad en condición de abandono, con disfunción familiar con antecedente de fuga en otra IPS.





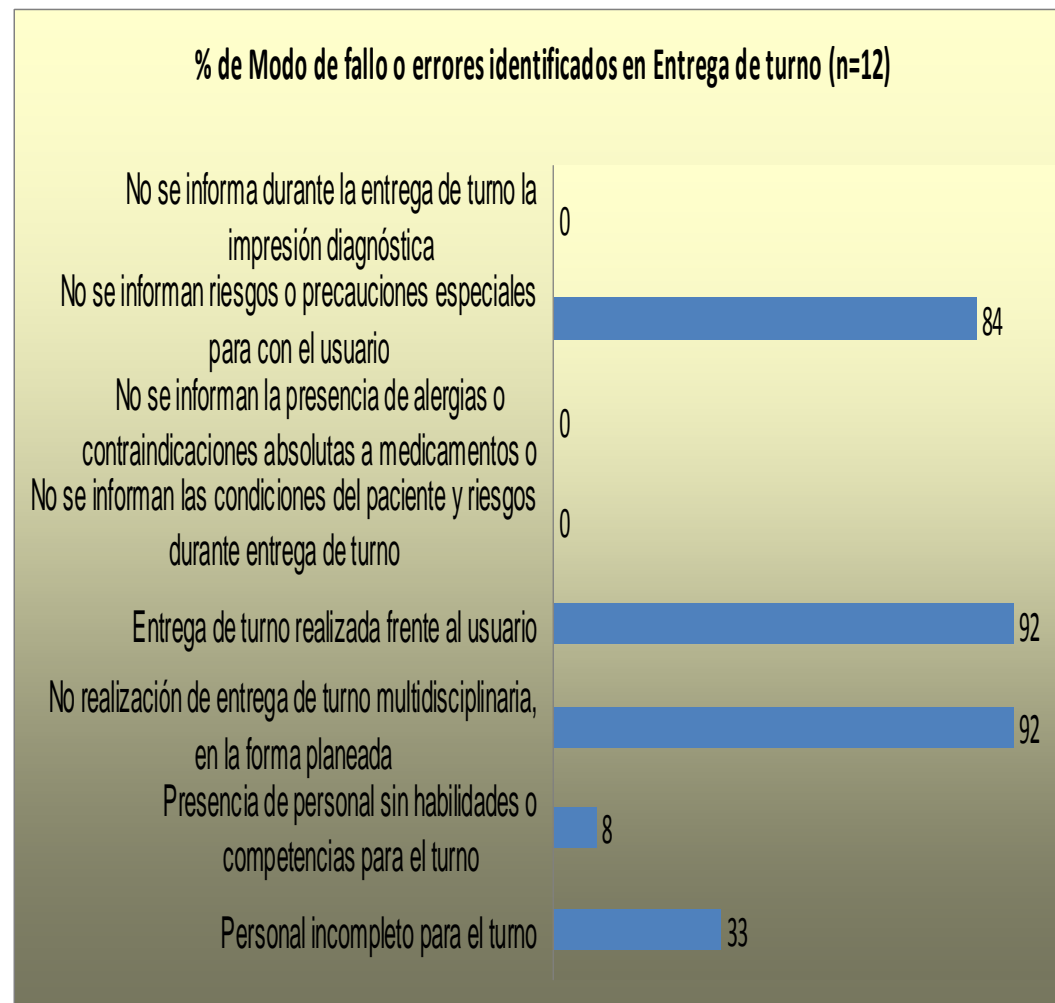
# Resultados Por Modo de Fallo o Errores

(Porcentaje de veces que se identifica  
Modo de fallo o errores en la entrega de  
turno)



## MODO DE FALLO O ERRORES IDENTIFICADOS EN ENTREGA DE TURNO

MODO DE FALLO O ERRORES	
Personal incompleto para el turno	33
Presencia de personal sin habilidades o competencias para el turno	8
No realización de entrega de turno multidisciplinaria, en la forma planeada	92
Entrega de turno realizada frente al usuario	92
No se informan las condiciones del paciente y riesgos durante entrega de turno	0
No se informan la presencia de alergias o contraindicaciones absolutas a medicamentos o alimentos	0
No se informan riesgos o precauciones especiales para con el usuario	84
No se informa durante la entrega de turno la impresión diagnóstica	0





## MODO DE FALLO O ERRORES IDENTIFICADOS EN ENTREGA DE TURNO



Durante la aplicación de la lista de chequeo se identificaron 5 situaciones que condicionan la presentación de Eventos adversos:

- 1. Entrega de turno realizada frente al usuario:** De acuerdo con la guía de entrega de turno, esta debe realizarse frente al paciente afectando la privacidad debida a la disposición en habitaciones compartidas, así como la imposibilidad de dar mayor información de las condiciones especiales del usuario.
- 2. No realización de entrega multidisciplinaria:** En el 92% de las ocasiones no se realizó la entrega de turno por la totalidad de miembros de los equipos de trabajo, condicionado por situaciones como la presencia de personal incompleto en entrega de turno o personal que comparte funciones en diferentes servicios.
- 3. No se informan riesgos o precauciones especiales para con el usuario:** Esta condición se identifica asociada con la realización de la entrega frente al paciente, no presencia de todo el personal. Entre los riesgos identificados y no informados se cuentan: Caída del usuario, y riesgo de fuga de paciente.
- 4. Personal incompleto para el turno:** Por calamidad y descanso de personal, se presentan equipos de trabajo incompletos en los turnos, que obedecen a fallas en la programación y comunicación con personal disponible.
- 5. Presencia de personal sin habilidades o competencias para el turno:** Se relaciona esta condición personal sin experiencia certificada previa para el trabajo en los servicios evaluados.





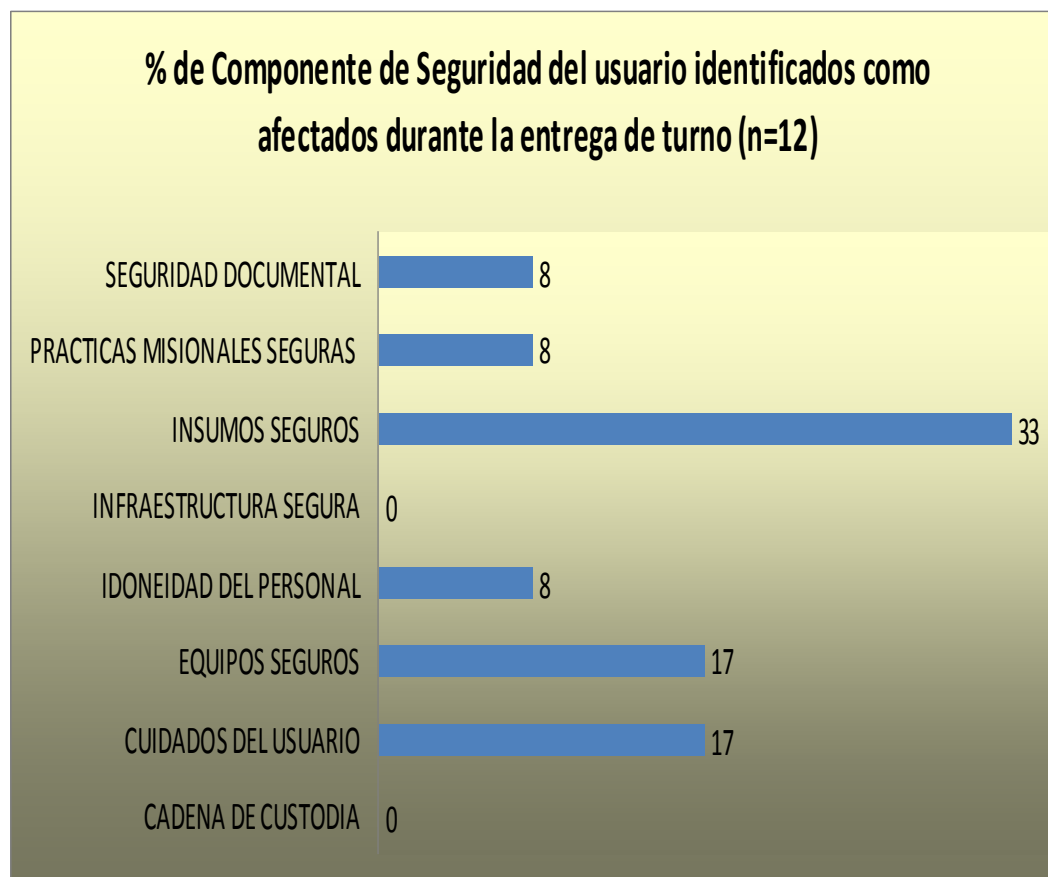
# Resultados Por Componente de Seguridad afectado

(Porcentaje de veces que se identifica  
Componente afectado)



**COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL USUARIO**  
**IDENTIFICADOS COMO AFECTADOS DURANTE LA**  
**ENTREGA**

COMPONENTE POLITICA DE SEGURIDAD	
CADENA DE CUSTODIA	0
CUIDADOS DEL USUARIO	17
EQUIPOS SEGUROS	17
IDONEIDAD DEL PERSONAL	8
INFRAESTRUCTURA SEGURA	0
INSUMOS SEGUROS	33
PRACTICAS MISIONALES SEGURAS	8
SEGURIDAD DOCUMENTAL	8





## COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL USUARIO IDENTIFICADOS COMO AFECTADOS DURANTE LA ENTREGA



HOSPITAL PABLO VI BOSA  
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa



- Considerando los 8 componentes de seguridad del usuario adoptados por la Política de Seguridad del Usuario del Hospital Pablo VI Bosa, se identifican fallas en 6 de ellos, a través de la entrega de turno. Seguido por fallas en equipos y cuidados del usuario correspondiente con la atención de enfermería. En cuanto prácticas misionales seguras se identificaron fallas en la aplicación de normas estándar de bioseguridad adoptadas por la institución.





# INDICADORES





Indicador	Fórmula	Resultado
Eventos adversos	Número total de eventos adversos / Número de días de estancia de las historias revisadas * 1000	$2 / 240 \times 1000 = 8,36$
Modos de fallo	Número total de modos de fallo o errores / Número total de días de estancia de las historias revisadas * 1000	$5 / 240 \times 1000 = 35,71$
Indicio de eventos adversos	Número total de indicios de E.A. / Número total de días de estancia de las historias revisadas * 1000	$7 / 240 \times 1000 = 29,16$





Indicador	Fórmula	Resultado
% Eventos adversos	Número de pacientes con EA / Total de pacientes* 100	$2 / 120 \times 100 = 1,6\%$
% Eventos adversos en hospitalización	Número de pacientes con evento adverso / Número de pacientes hospitalizados*100	$2 / 36 \times 100 = 5,5\%$





# Plan de mejora





	Página 1 de 1	
	<b>PLAN DE MEJORA ANÁLISIS A MODO DE FALLO Y EFECTO</b>	

**ANÁLISIS DE MODO DE FALLA: Fallas en la comunicación para la entrega de pacientes en el cambio de turno y traslados en Urgencias y hospitalización**

QUE	COMO	DONDE	QUIEN	OBJETIVO	META	EVIDENCIA	
Evento adverso	Presencia de posible infección intrahospitalaria	Establecimiento de convenio para la realización de cultivos microbiológicos para reingresos con sospecha de IIH.	Urgencias y hospitalización	Comité de infecciones intrahospitalarias	Garantizar la tipificación de microorganismos y antibiograma ante la sospecha de IIH	85%	Lista de chequeo
	Reacción anafiláctica	Evaluar productos disponibles y considerar ampliar la gama de productos para el cuidado del usuario, para casos de reacción alérgica por insumos médicos	Urgencias y hospitalización	Subcomité de tecnovigilancia	Disponer de alternativas para la atención de usuarios con insumos seguros y variedad de los mismos para casos especiales	10%	Acta de tecnovigilancia





	<b>PLAN DE MEJORA ANÁLISIS A MODO DE FALLO Y EFECTO</b>	Página 1 de 1	
		Versión: 01 Fecha Nov-09	

ANALISIS DE MODO DE FALLA: Fallas en la comunicación para la entrega de pacientes en el cambio de turno y traslados en Urgencias y hospitalización

QUE	COMO	DONDE	QUIEN	OBJETIVO	META	EVIDENCIA
Indicio de evento adverso	Revisión y entrenamiento en guía de uso de antimicrobianos y demás guías de manejo institucional	Servicios de urgencias, hospitalización y farmacia	Comité de revalidación de guías de manejo, Talento Humano - Capacitaciones, líder Servicios de Urgencias y hospitalización.	Aumentar la adherencia a guías de manejo en urgencias y hospitalización en un 5%	95%	Auditoria Adherencia a guías
Cambio en tratamiento antibiótico						
Cambio abrupto de tratamiento instaurado						
Reconsulta o reingreso a urgencias						



	<b>PLAN DE MEJORA ANÁLISIS A MODO DE FALLO Y EFECTO</b>					Página 1 de 1	
						Versión: 01 Fecha NOV-09	
ANÁLISIS DE MODO DE FALLA: Fallas en la comunicación para la entrega de pacientes en el cambio de turno y traslados en Urgencias y hospitalización							
QUE	COMO	DONDE	QUIEN	OBJETIVO	META	EVIDENCIA	
Modo de fallo	Desconocimiento de alarmas en el cuidado del usuario	Elaborar listado de alertas en la atención de paciente hospitalizado, que propenda por la activación de alarmas en la atención y la consecuente intervención.	Urgencias y hospitalización	Seguridad del usuario	Prevenir la presentación de eventos adversos o fallas por desconocimiento de condiciones de alerta en el paciente, no comunicadas en entrega de turno	100%	Alertas implementadas
	Entrega de turno realizada frente al usuario	Actualizar el procedimiento de entrega de turno en los diferentes servicios, considerando la comunicación intra e inter equipos de trabajo	Urgencias y hospitalización	Lider Urgencias y hospitalización	Mejorar la comunicación entre los equipos de trabajo y hacia el paciente.	Por establecer	Procedimiento actualizado
	Entrega no multidisciplinaria	Ajuste de programaciones de turnos en los servicios, con la respectiva disponibilidad de personal en caso de descansos, calamidades o emergencia funcional	Urgencias y hospitalización	Subgerencia de Servicios Asistenciales	Reducir los errores de comunicación en la entrega de turno, garantizando la continuidad del tratamiento	Por establecer	Procedimiento actualizado
	Personal incompleto en el turno						





# ¡GRACIAS!

