



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 28 de febrero de 2019

Visto, el expediente N°4252-2019, con el Oficio N°38-OGC-2019-HCH, para la aprobación de Directiva Sanitaria N°005-HCH/OGC-2019-V.04 Sistema de Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, adversos y Eventos Centinelas en el Hospital Cayetano Heredia, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela;

Que, mediante Resolución Jefatural N°764-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N°09-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinela en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud;

Que, la Directiva que se pretende aprobar tiene la finalidad de proveer de lineamientos, métodos y actividades para la identificación y reporte oportuno de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela ocurridos en los procesos de atención de los pacientes en los diferentes servicios asistenciales del Hospital Cayetano Heredia;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

Que, debe entenderse a la Directiva como el Documento Normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS. Las Directivas pueden ser de aplicación en todo el sector salud, si por la naturaleza de su contenido así se requiere, debiendo ser expresamente señalado en el Ámbito de Aplicación de las mismas. Por la naturaleza de su contenido, las Directivas se denominan: 1) Directivas Administrativas, cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo. 2) Directivas Sanitarias, cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario;

Atendiendo a los considerandos antes expuestos, resulta necesario aprobar la Directiva Sanitaria N°005-HCH/OGC-2019-V.04 Sistema de Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Adversos y Eventos Centinelas en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad;



Con el visto de las Jefaturas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el proyecto de la Directiva Sanitaria de la Oficina de Gestión de la Calidad que se detalla:

- Directiva Sanitaria N°005-HCH/OGC-2019-V.04 **SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES, ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA.**

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de las Directivas aprobadas.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Aida Palacios
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
06 MAR. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DIRECTIVA SANITARIA N° 005-HCH/OG-2019-V.04

SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACION Y ANALISIS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

I) FINALIDAD

La presente directiva tiene como finalidad, proveer de lineamientos, métodos, y actividades para la identificación y reporte oportuno de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela, ocurridos en los procesos de atención de los pacientes en los diferentes servicios asistenciales del Hospital Cayetano Heredia.

II) OBJETIVOS

- Estandarizar el proceso de registro, notificación de incidentes, eventos adverso centinela a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación.
- Estandarizar la metodología del análisis de los eventos adversos y eventos centinela identificados a fin de proponer acciones de mejora por la seguridad del paciente.

III) AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de cumplimiento por todo el personal que labora en los departamentos/servicios de Consulta Externa, Anestesiología y Centros Quirúrgicos, Emergencia y Cuidados Críticos, Medicina, Pediatría, Ginecología- Obstetricia, Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas, Enfermería, Odontología, Farmacia, Medicina Física y Rehabilitación, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y Dietética y Psicología

IV) BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú, en los aspectos relacionados a la salud como derecho fundamental.
- Ley N° 26842. “**Ley General de Salud**”, artículo VI del título preliminar sobre responsabilidad del estado de garantizar la calidad de las prestaciones de salud.



- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA “**Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008**”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA Documento Técnico: “**Sistema de Gestión de La Calidad en Salud**”.
- Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA “**Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia**”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA “aprueban la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. “**Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo**”.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la “**Guía Técnica de implementación de la lista de chequeo de cirugía segura**”.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA “**Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad**”.
- Resolución Ministerial N°850-2016 MINSA “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud” .
- Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01, “**Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela**”.
- Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS Directiva Sanitaria N° 09 -IGSS/V.01 2Análisis de los Eventos Centinela en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

V) DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Cultura de Seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención de salud.
- **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Evento adverso (E.A):** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. (Anexo 3)



- **Evento centinela (E.C):** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela. (anexo 4)
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Error:** Es el fracaso de una acción planteada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizada (omisión).
- **Gestión del riesgo:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Análisis Causa Raíz (ACR):** Es un proceso de identificación de los factores causales o básicos que son la razón fundamental de una variación en el desempeño. Las variaciones en el desempeño pueden (y frecuentemente lo hacen) producir resultados adversos inexplicados o indeseados, incluyendo la ocurrencia del riesgo de un evento centinela.
- **Daño asociado a la atención sanitaria:** Daño derivado de planes o medidas adoptadas durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una enfermedad o lesión subyacente.
- **Acción insegura:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras
- **Acciones de mejora.-** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **La seguridad del paciente** es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos.
- **Sistema de Notificación de Incidentes/Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de incidentes/ eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la prestación del evento o incidente.
- **Infección asociada a la atención de salud:** es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa o la presencia de un agente infeccioso o a su



toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario

- **Reacción adversa a medicamentos:** respuesta indeseable asociado al uso de un medicamento que compromete la eficacia terapéutica, incrementa la toxicidad o ambos
- **Infección del sitio quirúrgico:** es una infección que se produce dentro de los 30 días de un procedimiento quirúrgico.
- **Infección del tracto urinario asociado catéter:** una infección del trato urinario (ITU) que se produce en un paciente que ha tenido un catéter urinario permanente dentro del periodo de 7 días antes del inicio de la ITU
- **Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central:** son infecciones del torrente sanguíneo que están asociados con la presencia de un catéter central o umbilical en los recién nacidos, en el momento o antes del inicio de la infección.
- **Formato de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela:** Son las anotaciones que realiza el personal en relación a la identificación de los eventos adversos. (Anexo 1)
- **Notificación activa:** Es la búsqueda activa, continua y focalizada de eventos adversos en los diferentes a través de la metodología IBEAS. (revisión de historias clínicas con un enfoque de corte transversal en un periodo definido)
- **Notificación pasiva:** Es el registro y reporte de un evento adverso, incidente que realiza el personal de la institución, utilizando el formato de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- **Coordinador de seguridad del paciente:** Es el personal responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad asignado para el desarrollo de las actividades en el eje de seguridad y manejo de riesgos del paciente.
- **Protocolo de Londres:** es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos" "constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema .Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos ,lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quien tuvo la culpa
- **Flujograma de notificación de los eventos adversos.-** es la representación gráfica del proceso de notificación pasiva de los eventos adversos. (anexo 2)
- **OGC:** Es la unidad orgánica denominada Oficina de Gestión de Calidad



5.2 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE REPORTE Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Para considerar los eventos adversos como oportunidad de mejora de los procesos de la atención, las características son las siguientes:

- La notificación de eventos adversos no son punitivas, ni tampoco serán sancionables, pues la notificación de un evento adverso será considerado como oportunidad de mejora.
- La notificación del evento adverso debe ser oportuna, ello permitirá intervenir en los múltiples procesos de atención al usuario.
- El sistema de reporte está orientado a mejorar e implementar procesos de mejora en los servicios de atención.
- El evento adverso está orientado básicamente a retroalimentar a los servicios para prevenir riesgos en los pacientes estableciendo mecanismo de mejora continua de acuerdo a los hallazgos.

5.3 DE LA UBICACIÓN Y CUSTODIA DE LOS FORMATOS DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, Y EVENTO CENTINELA

Para la ubicación y custodia del registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela se realizará de la siguiente manera:

- Los diferentes servicios llevarán un registro de los incidentes, eventos adversos según el formato estandarizado. (Ver anexo 1)
- En los diferentes servicios de hospitalización, Emergencia los **"Formato de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela en el HCH"** serán ubicados en la estación de enfermería para mayor accesibilidad a todo el personal asistencial, según corresponda.
- Los **"Formatos de Registros de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela en el HCH"** serán custodiados por las enfermeras jefes de los diferentes departamentos/servicios, según corresponda.
- Frente a una supervisión interna y externa a los servicios, las jefaturas deberán tener disponibles sus registros de eventos adversos para su revisión.



5.4 DE LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ANALISIS DEL EVENTO ADVERSO REALIZADO POR LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

El equipo para el análisis del evento adverso estará conformado por:

- ✓ Director adjunto
- ✓ Jefe de la OGC
- ✓ Integrantes del Comité de Seguridad y Manejo del Riesgo del paciente
- ✓ Coordinador de seguridad del paciente de la OGC
- ✓ Jefes de los servicios involucrados según corresponde.

5.5 DE LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ANALISIS DEL EVENTO CENTINELA

El equipo de análisis del evento centinela está conformado por:

- ✓ La Dirección General del HCH o su representante
- ✓ Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad
- ✓ Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de administración.
- ✓ Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
- ✓ Jefe de la Oficina de Comunicaciones
- ✓ Jefe del Departamento de Enfermería
- ✓ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento ambiental
- ✓ Integrantes del Comité de Seguridad y Manejo del Riesgo del Paciente
- ✓ El responsable del Departamento y/o servicio en donde se produjo el evento adverso.

VI) DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y NOTIFICACION PASIVA DE LOS INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS (anexo 2)

6.1.1 Para el registro y notificación de incidentes y eventos adversos se realizará de la siguiente manera:

- a) El personal asistencial que evidencie o tenga conocimientos de la ocurrencia de un incidente o Evento adverso deberá implementar acciones inmediatas de corresponder y



dejara constancia de lo ocurrido en el **Formato de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinela en el HCH**" (anexo 1).

- b) El personal asistencial informa a su jefe inmediato superior el incidente/ evento adverso .
- c) Los jefes de los diferentes departamentos/servicios emitirán mensualmente la notificación de los eventos registrados en el **"Formato de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinela en el HCH"** a la Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, la primera semana del mes siguiente.

6.2 PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS

6.2.1 Para el análisis de los eventos adversos en los servicios se realizará de la siguiente manera:

- a) Los eventos adversos identificados en los servicio, los jefes realizarán el análisis causa raíz (ACR) en base a las siguientes interrogantes: a) ¿Qué sucedió? b) ¿Qué se dejó de hacer para que ocurriera el hecho?, c) ¿Qué acciones se realizará para que no vuelva a ocurrir el evento adverso de nuevo?.
- b) Todos los análisis de los eventos adversos realizados quedará registrado en un acta de reunión de análisis con su equipo del servicio según corresponda.
- c) Los Jefes remitirán un informe semestral a la OGC sobre el análisis causa raíz realizado en su servicio.

6.3 PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS POR LA OGC

6.3.1 Para el análisis de los incidentes/eventos adversos se realizará de la siguiente manera:

- a) El coordinador de seguridad del paciente de la OGC, revisará la estadística mensual de los eventos adversos notificados y seleccionará un caso considerando los siguientes criterios: 1) Frecuencia del evento adverso 2) El impacto en la salud del paciente. También considerará para el análisis aquellos eventos adversos notificados a través del libro de reclamaciones.
- b) El coordinador de seguridad del paciente de la OGC, identificará el evento adverso seleccionado para realizar una investigación de los hechos, revisando la historia clínica, entrevista focalizada con el personal involucrado en los hechos, revisión complementaria. (anexo 3 listado de eventos adversos)
- c) El coordinador de seguridad del paciente de la OGC con la información evidenciada, realizará un resumen del caso. Acto seguido se convocará al equipo de análisis de



- eventos adversos y al jefe y personal del servicio involucrado, para realizar en conjunto el análisis causa raíz, utilizando la metodología del Protocolo de Londres.
- d) El coordinador de seguridad del paciente de la OGC con las opiniones del personal que participo en el ACR, elaborará un acta e informe de los resultados del análisis realizado.
 - e) La Jefatura de la OGC elevará el informe final del ACR realizado a la Dirección General y servicios involucrados.
 - f) La Dirección General dispondrá la implementación de las recomendaciones emitidas en los informes de análisis causa raíz realizado de los eventos adversos.
 - g) El Coordinador de seguridad de la OGC realizará el seguimiento de las recomendaciones implementadas por los servicios
 - h) La jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad emitirá un informe a la Dirección General del cumplimiento de las recomendaciones implementadas por los servicios involucrados.

6.4 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO , NOTIFICACION Y ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA

6.4.1 Para el registro, notificación y análisis de Eventos Centinela se realizara de la siguiente manera:

- a) Cuando sucede un evento centinela, el personal asistencial deberá implementar acciones inmediatas de corresponder y comunicara al médico tratante y lo registrará en el correspondiente "**Formato de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinela en el HCH**" e informara inmediatamente a su inmediato superior
- b) El Jefe inmediato superior con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del departamento.
- c) El jefe del Departamento comunicara inmediatamente al Director del Hospital y a la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la ocurrencia del Evento centinela, remitiendo de inmediato la Ficha de **Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinela en el HCH**" (Anexos 4, 5 listado de eventos centinela)
- d) El Director del Hospital convocará al equipo de análisis de eventos centinela dentro de las 24 horas, para realizar el análisis causa raíz del evento centinela a fin de implementar las acciones de mejora correspondiente.



- e) El equipo de análisis de eventos centinela realizara el informe final con los resultados y las acciones correctivas correspondientes
- f) El equipo de análisis de eventos centinela elevara el informe final a la Dirección General y servicios involucrados.
- g) La dirección General dispondrá la implementación de las recomendaciones emitidas en el informe final
- h) La jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad realizará el seguimiento de las recomendaciones implementadas por los servicios
- i) La jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad emitiría un informe a la Dirección General del cumplimiento de las recomendaciones implementadas por los servicios involucrados.

6.5 PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION ACTIVA DE LOS INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS.

6.5.1 Para el registro y notificación activa de incidentes y eventos adversos se realizará de la siguiente manera:

- a) Los integrantes del Comité de Seguridad y Manejo del Riesgo realizara 1 o 2 veces al año, la identificación de eventos adversos en los diferentes departamentos/servicios asistenciales seleccionando un servicio.
- b) Los integrantes del Comité de Seguridad y Manejo del Riesgo aplicará la metodología IBEAS para identificación de eventos adversos. (revisión de historias clínicas).
- c) Los integrantes del Comité de Seguridad y Manejo del Riesgo del Paciente, elaborará el informe respectivo de los eventos adversos identificados en el periodo de estudio.
- d) La Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad presentara el informe a la Dirección general y a los jefes de departamento / servicios correspondientes

VII.- RESPONSABILIDADES

Para el cumplimiento de la presente directiva se establece las siguientes responsabilidades:

- ✓ La Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad será la responsable de difundir la presente directiva a todos los jefes de servicios.



- ✓ Los Jefes de Departamentos y servicios son responsables de la difusión de la presente directiva a todo el personal a su cargo.
- ✓ Los jefes de Departamentos y servicios son responsables del cumplimiento de la presente directiva según corresponda.
- ✓ El personal de los diferentes servicios son responsables de identificar, registrar y notificar los eventos adversos a los jefes inmediatos.

VIII.- DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 En casos de no haber incidentes y eventos adversos los jefes de Departamentos/ servicios/ jefes de Servicios de enfermería informarán a la Oficina de Gestión de Calidad "No se reportaron Incidentes o Eventos Adversos".
- 8.2 Los indicadores a evaluar en la presente directiva serán: a) Porcentaje de servicios que reportan los incidentes / eventos adversos. b) Porcentaje de eventos centinela analizados.
- 8.3 Se considerará para el registro oficial de la base de datos los eventos adversos identificados en el Libro de Reclamaciones.
- 8.4 El evento centinela identificado se remitirá al comité de auditoría de la calidad de atención en salud.



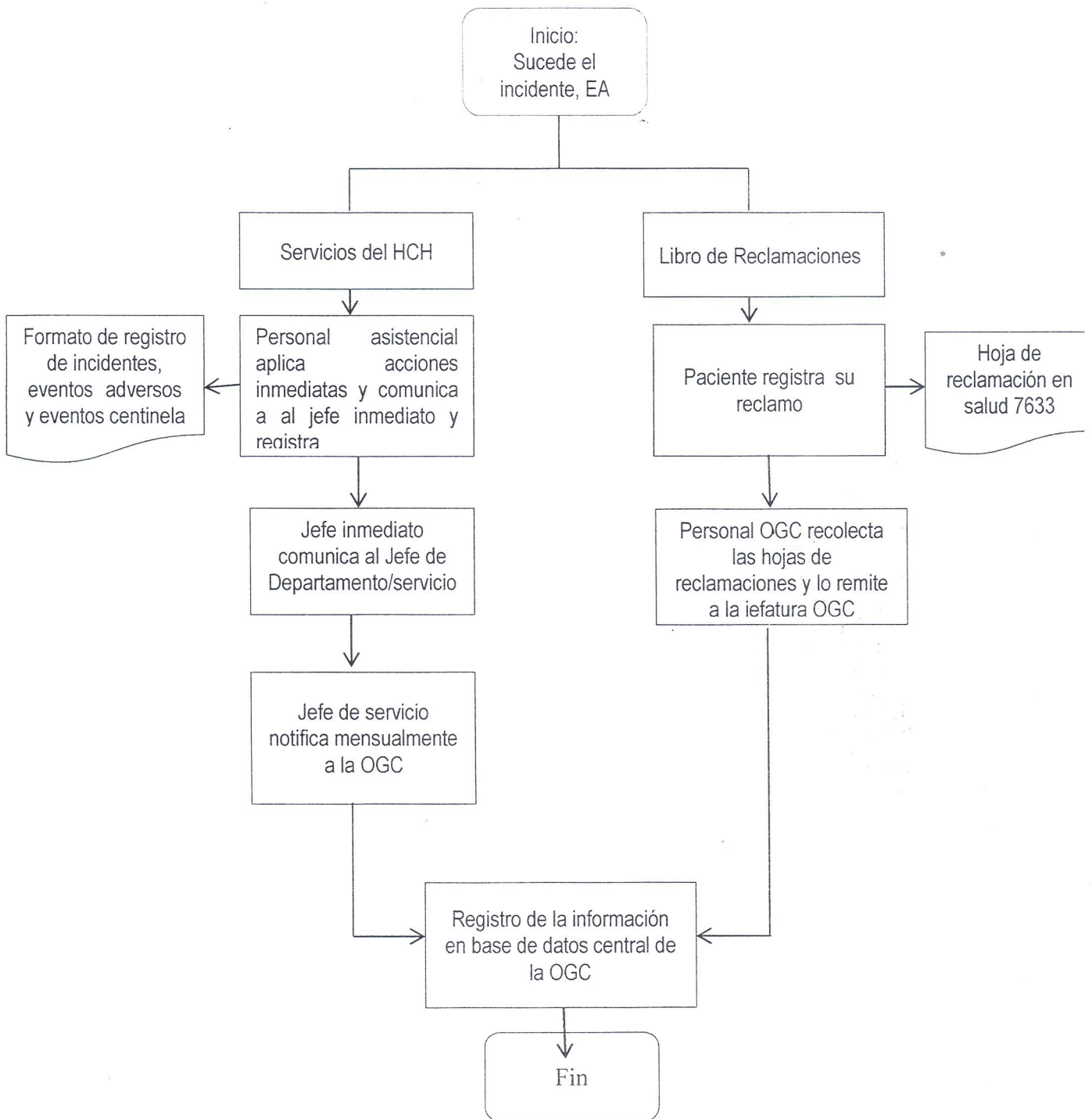
ANEXO 1: "FORMATO DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA"

	Fecha de Notificación	Fecha de ocurrencia	Servicio/Unidad/ Área de ocurrencia	N° Historia clínica	Descripción del Evento Adverso identificado	Personal que reporta
1						
2						
3						
4						

Elaboración Propia - OGC



ANEXO 2: "FLUXOGRAMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN PASIVA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"



ANEXO 3 : LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN CATEGORÍA Y TIPOS:

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LOS CUIDADOS	1	Actos impropios de naturaleza sexual contra el paciente
	2	Agresiones y/o Autolesiones
	3	Caída de paciente con daño
	4	Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria
	5	Eritema del pañal
	6	Error en la identificación del paciente
	7	Error en la entrega de pacientes a padres o tutores
	8	Extravasación de vía endovenosa
	9	Distress respiratorio por extubación
	10	Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina
	11	Úlcera por presión

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	1	ACV-TEP por medicamentos
	2	Alteraciones neurológicas por fármacos
	3	Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos
	4	Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	5	Edema pulmonar por sobre hidratación
	6	Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	7	Error en la medicación
	8	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización – ESAVI
	9	Hemorragia digestiva por medicación
	10	Hemorragia por anticoagulación
	11	Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	12	Hipotensión arterial por medicamento
	13	Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina
	14	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos
	15	Nauseas, vómitos y/o diarreas por fármacos
	16	Reacción adversa a medicamentos (rash, y otros)
	17	Reacción transfusional por incompatibilidad del grupo ABO-Rh y/u otro subgrupo

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES	1	Absceso secundario a inyección IM
	2	Corioamnionitis



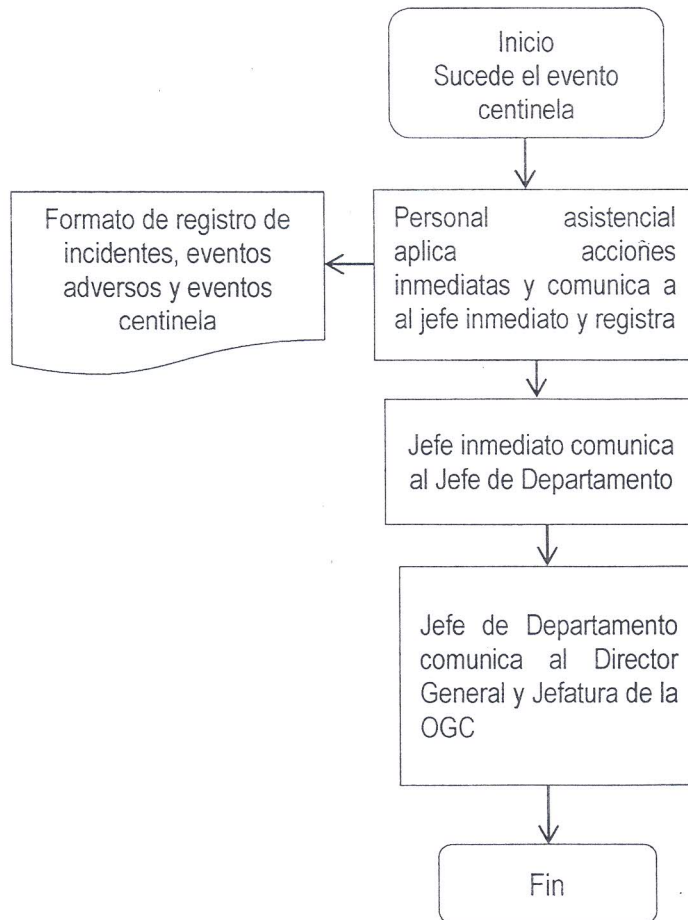
SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACION Y ANALISIS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD	3	Endometritis
	4	Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
	5	Infección a prótesis ortopédicas
	6	Infección del sitio quirúrgico
	7	Infección del torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central
	8	Infección secundario a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
	9	Neumonía intrahospitalaria

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS	1	Cefalohematoma
	2	Caput succedaneum
	3	Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
	4	Cirugía en el paciente equivocado
	5	Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
	6	Cefalea post punción de duramadre
	7	Cefalea post punción lumbar
	8	Dehiscencia post cesárea
	9	Dehiscencia de sutura en episiorrafia
	10	Dehiscencia de herida operatoria
	11	Desgarro perineal grado III-IV
	12	Desgarro Vaginal
	13	Encefalopatía hipoxica por procedimientos
	14	Eventración o evisceración
	15	Fractura durante atención del recién nacido
	16	Hematoma post parto (de pared, episiorrafia)
	17	Hematoma post procedimiento
	18	Hemorragia intra y/o post operatoria
	19	Hemotórax post procedimiento
	20	Lesión del plexo braquial de recién nacido
	21	Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica
	22	Neumotórax
	23	Perforación uterina
	24	Quemadura por uso de electrocauterio
	25	Retención de membranas por procedimiento
	26	Trombo embolismo pulmonar post cirugía
	27	Trombosis venosa profunda post cirugía



ANEXO 4: "FLUXOGRAMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CENTINELA"



ANEXO 5: LISTADO DE EVENTOS CENTINELA SEGÚN CATEGORÍA Y TIPOS:

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO : EVENTO CENTINELA	
RELACIONADO CON LOS CUIDADOS	1	Muerte o lesión grave de un paciente asociado a caída de la cama o camilla
	2	Muerte o lesión grave de un paciente asociada con quemadura producida por cualquier fuente, durante su estancia hospitalaria
	3	Suicidio de un paciente o intento de suicidio que resulta en una grave discapacidad.
	4	Entregar un paciente de cualquier edad, que no es capaz de tomar decisiones por sí mismo, a personas no autorizadas

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO EVENTO CENTINELA	
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	1	Muerte o lesión grave de un paciente asociada con errores de medicación (fármaco, equivocado, dosis equivocada, paciente equivocado, tiempo equivocado, frecuencia equivocada, preparación equivocada o vía de administración equivocada)
	2	Muerte o lesión grave de un paciente asociada con el uso de productos farmacéuticos o dispositivos contaminados, vencidos, deteriorados, falsificados o sin registro sanitario, provistos en la institución
	3	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a la administración de sangre o hemoderivados sin el sello de calidad de Pronahebas.
	4	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a transfusión de grupo y factor equivocados.
	5	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a hemorragia por anticoagulación
	6	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a hemolisis post transfusional.
	7	Muerte o lesión grave de un paciente asociada a Infección por VIH o hepatitis B post transfusional
	8	Muerte o lesión grave ocasionada en un paciente por el uso inadecuado del sistema de administración de oxígeno u otro gas medicinal, o este contaminado con una sustancia toxica
	9	Muerte por shock anafiláctico en un paciente hospitalizado



SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACION Y ANALISIS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO EVENTO CENTINELA	
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD	1	Muerte o lesión grave de un paciente por sepsis y shock séptico por infección nosocomial
	2	Muerte o lesión grave de un paciente por neumonía nosocomial
	3	Muerte o lesión grave de un paciente por bacteriemia asociada a dispositivos (catéter central, sonda urológica, otros)

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO EVENTO CENTINELA	
RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS	1	Muerte o lesión grave de un paciente por cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en la zona anatómica equivocada
	2	Muerte o lesión severas en el recién nacido asociado a la atención en el trabajo de parto
	3	Fallecimiento inesperado de un paciente como consecuencia de una cirugía u otro procedimiento
	4	Fallecimiento de un recién nacido a término sin patología previa
	5	Muerte o lesión grave por asfixia neonatal
	6	Muerte de un paciente en sala de espera de Emergencia en espera de atención
	7	Muerte o lesión grave de un paciente por paro cardiorrespiratorio relacionado con la anestesia
	8	Muerte o lesión grave de un paciente por intervención quirúrgica ineficaz o incompleta
	9	Muerte o lesión grave de un paciente por eventración o evisceración
	10	Muerte o lesión grave de un paciente por complicaciones neonatales por parto

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO EVENTO CENTINELA	
RELACIONADO CON EL DIAGNOSTICO	1	Muerte o lesión grave de un paciente como resultado de la falta en el seguimiento del caso o seguimiento de los resultados, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO EVENTO CENTINELA	
OTROS	1	Muerte o grave lesión de un paciente o trabajador como resultado de una agresión física ocurrida dentro o en el perímetro de la institución.
	2	Actos impropios de naturaleza sexual contra un paciente de cualquier edad o visitante dentro de la IPRESS

