



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 323 -2023-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 19 JUL 2023

VISTO:

El Registro N° 07015, que contiene el INFORME N°286-2023-UGC-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, emitida por la Jefa de la Unidad de Gestión de Calidad, respecto a la aprobación de la "DIRECTIVA SANITARIA N°001-2023-UGC-HHUT, GESTIÓN DE VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE Y MANEJO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA"; y,

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen 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. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante la Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, se aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas", tiene como objetivo fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se aprueban las "Normas para Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual tiene como objetivo general "Establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras";

Que, la Directiva, es el documento normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas, y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal o reglamentaria de carácter general o de una NTS. Puede estar referida a la actuación sanitaria, administrativa, según corresponda;

Que, la Directiva que se pretende aprobar tiene por finalidad contar con un marco conceptual y operativo para la Gestión de Vigilancia, Registro, Reporte y Manejo de incidentes y/o eventos adversos, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente asistido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna;

Que, mediante el INFORME N°286-2023-UGC-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA emitido por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación y emisión de acto resolutorio de la "DIRECTIVA SANITARIA N°001-2023-UGC-HHUT GESTIÓN DE VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE Y MANEJO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS";

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio;

Con la aprobación de la Dirección Ejecutiva y la visación de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es necesario emitir el acto administrativo correspondiente;

Que, conforme al Manual de Organización y Funciones, aprobada con Resolución Directoral N°089-2015-ORG-OPE-DIREC.EJEC.-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 19 de Febrero del 2015, se estipula en el literal r) Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia; en concordancia con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N°2744 Ley, del Procedimiento Administrativo General; Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, sus modificatorias según Leyes N° 27902, 28013 y 29053; y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Gerencial General Regional N°389-2023-GGR/GOB.REG.TACNA;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 323-2023-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 19 JUL 2023

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la "DIRECTIVA SANITARIA N°001-2023-UGC-HHUT, GESTIÓN DE VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE Y MANEJO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS" del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por las razones expuestas en la parte considerativa, y cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución directoral, la cual contiene 18 folios.


ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la directiva sanitaria, aprobada en la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Oficina de Administración, para que a través de la Unidad de Recursos Humanos proceda a registrar la presente resolución en los legajos correspondientes y se cumpla con notificar a las instancias pertinentes, para su cumplimiento y fines de ley.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR que la Unidad de Estadística e Informática proceda a publicar y difundir la presente Resolución Directoral en la página Web del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, (www.hospitaltacna.gob.pe), en cumplimiento de la Ley N° 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la información pública y sus modificatorias.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

MED. PAMELA DE LOS MILAGROS CÁCERES CÁCERES
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT
CMP 37972 RNE 34968

DIRECTIVA SANITARIA 001-2023-UGC-HHUT GESTION DE VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE, MANEJO DE INCIDENTES Y LOS EVENTOS ADVERSOS



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Tacna – Perú
2023



DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

Méd. Pamela de los Milagros Cáceres Cáceres



EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

- Abog. Francisca Chucuya Cruz
- Lic. Andrey Paul Enriquez Amaya
- Med. Luz Marta Chaiña Ruelas
- Tec. Adm. Isidora Hulda Aroni Andía
- Aux. Asistencial Karina Edith Ortiz Capaquera

ELABORADO POR:

- Lic. En Enfermería Andrey Paul Enriquez Amaya – Unidad de Gestión de la Calidad

INDICE

INTRODUCCION	01
I. FINALIDAD	02
II. OBJETIVOS	02
OBJETIVO GENERAL	02
OBJETIVO ESPECIFICO	02
III. AMBITO DE APLICACIÓN	02
IV. BASE LEGAL	02
V. CONTENIDO	03
5.1 DEFINICIONES	03
5.2 SISTEMA DE IMPLEMENTACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	04
5.3 DISPOSICIONES ESPECIFICAS	05
5.4 DISPOSICIONES GENERALES	07
VI. RESPONSABILIDADES	07
VII. DISPOSICIONES FINALES	08
VIII. ANEXO	08



I. INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente, es el componente clave de la calidad asistencial, ha ido adquiriendo gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Cada persona que interviene está rodeada de un entorno biopsicosocial que afecta y modifica su comportamiento, concentración, habilidades pensamiento y respuesta, etc. Existiendo mayor riesgo de error donde se desarrollan procesos más complejos, en la mayoría de los casos los pacientes no sufren una consecuencia, en otros pueden presentar daños graves e incluso la muerte. Los errores siempre ocurren, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias, sólo si se enfrenta y se los entiende como oportunidades para la mejora del sistema.



Por ello desarrollar un sistema que garantice la Seguridad del Paciente es complejo y supone compromiso y un gran esfuerzo de parte de los responsables de la atención del paciente, constituyendo una amplia gama de acciones para la mejora de las actividades, se pretende lograr el control de las infecciones intrahospitalarias, el manejo seguro de medicamentos, la seguridad de los equipos biomédicos, la práctica clínica de procedimientos invasivos con el menor número de complicaciones prevenibles en los pacientes.



Por los motivos expuestos nuestro Hospital Hipólito Unanue de Tacna, continuará en la aplicación de un sistema de Gestión para disminuir la aparición de los incidentes y/o eventos adversos, promoviendo la mejora de la calidad asistencial mediante la identificación de estos y que puedan ocasionar daños en los pacientes, manejando una actitud preventiva y educativa.

DIRECTIVA SANITARIA 001-2023-UGC-HHUT GESTION DE VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE Y MANEJO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I. FINALIDAD

La presente Directiva Administrativa tiene por finalidad contar con un marco conceptual y operativo para la Gestión de Vigilancia, Registro, Reporte y Manejo de los Incidentes y/o Eventos Adversos, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente asistido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Promover una cultura de la seguridad del paciente, con la capacidad de identificarlos oportunamente para la mejora en los procesos de atención.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Establece un formato para identificar, registrar y notificar los incidentes y/o Eventos Adversos.
- Sensibilizar y promover la participación de los usuarios internos en el análisis de los Incidentes y/o Eventos Adversos para la implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- Diseñar e implementar procesos de atención segura para la seguridad del paciente.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en Políticas Nacionales de Calidad de Atención en Salud, en las áreas asistenciales y administrativas.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Jefatura N°631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".

V. CONTENIDO

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Atención Segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- Complicación:** Resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- Mitigación:** Una acción o circunstancia que evita o controla la progresión de un incidente a un paciente.
- Error:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- Error de Medicación:** Es cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación esta bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- Error Asistencial:** Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que forma parte del proceso asistencial y que origina la ocurrencia de un evento adverso, pudiendo generarse desde la planeación de la atención ya sea por acción u omisión.



- i. **Evento Adverso:** Una lesión, complicación o un resultado inesperado e indeseado en salud del paciente no intencional, directamente asociado con la atención de salud, puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- j. **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 daos 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.
- k. **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce una 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.
- l. **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurra un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- m. **Prevención de Riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizan daños y evitar su reaparición



5.2. SISTEMAS DE REGISTRO Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS:

Es un sistema de reporte que permite la identificación de Incidentes y Eventos Adversos que ocurren durante la atención a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente. Son de dos tipos:

- a. **Voluntarios:** Se reportan sucesos que no resultaron en lesiones o daño o bien en mismo fue leve y que intentan descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso. El reporte es confidencial.
- b. **Obligatorios:** Se reportan lesiones severas o muertes con la finalidad de acceder a información para investigar casos específicos. Se pueden reportar también sucesos que no resultaron en lesiones o daño con el fin de descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso o del daño, el reporte es confidencia

Criterios para eventos adversos:

Para que un suceso sea considerado como un evento adverso debe cumplir con los siguientes criterios:

a. Daño en el paciente: Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:

- i. Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, por ejemplo: En este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
- ii. Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención como, por ejemplo: una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- iii. Grave:** En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida, una intervención quirúrgica mayor o compleja, esto acorta la esperanza de vida del paciente, causa un daño, una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- iv. Muerte:** En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

b. Daño producto de la atención en salud: Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.

c. Daño no intencional: La alianza mundial para la seguridad del paciente define seguridad del paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

5.3 DISPOSICIONES ESPECIFICAS

a. De las Unidades que Participan en el Proceso:

Participan en el proceso de reporte y análisis de Incidentes y/o Eventos Adversos, de todo el personal que labora en las áreas asistenciales y administrativas, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

También es importante la participación de los comités hospitalarios en la construcción de información analítica y positiva para la toma de decisiones.

b. De los Instrumentos a utilizar:

Los instrumentos que se emplearán para la recolección, procesamiento y análisis de los datos son los siguientes:

- Ficha de Reporte de Eventos Adversos, la cual contiene los siguientes campos: datos generales del paciente y descripción del evento adverso a notificar.
- Comprensión de definiciones operacionales como instrumentos para la identificación de los eventos adversos.
- Equipo informático para la consolidación e informe.

c. Del Flujo de Información:

El flujo de información se realizará desde los Servicios, Departamentos, Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) y Comité de Seguridad del Paciente:



- Al identificar el Evento Adverso el personal Asistencial o Administrativo, lo registra y notifica en la Ficha de Registro de Incidente, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, dicha ficha de registro está a disposición de todos los servicios/áreas/unidades/oficinas, facilitado por la UGC.
- El jefe del Servicio, Departamento, Unidad u Oficina, recepcionará la ficha y comunica al responsable de UGC quien recogerá la ficha.
- El personal de la UGC ingresa la información a la base de datos diseñada especialmente para los incidentes y eventos adversos, evalúa la información con el comité de seguridad del paciente y define el impacto.
- La UGC y el comité de Seguridad del Paciente comunica al Jefe de Departamento, Servicio, Unidad y Oficina, los Eventos Adversos para la solución y el análisis con el personal, utilizando herramientas de Análisis "Causa Raíz" y rediseña procesos a fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes y disminuir la ocurrencia del evento.
- Según corresponda se realizarán proyectos de Mejora Continua de la Calidad, los que serán elevados a la Dirección Ejecutiva para su conocimiento y aprobación.
- Los Incidentes y Eventos Adversos serán reportados de manera mensual por los Jefes de Departamentos, Servicios, Unidades y Oficinas a la UGC mediante la ficha correspondiente.
- En caso de no haberse presentado ningún incidente o Evento Adverso durante el mes, se deberá cumplir con remitir la "Matriz de consolidación" de Incidentes,

Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicios" con la leyenda "NO SE REPORTARON INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS".

- Si se considera un evento centinela o severo será analizado por los responsables designados de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Gestión de la Calidad, Jefe del departamento, jefe del Servicio involucrado según corresponda y la Dirección Ejecutiva.

La UGC realiza la consolidación de información de todos los Servicios, Departamentos, servicios, unidades y oficinas con las respectivas recomendaciones, posteriormente el informe final se enviará a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

d. Uso de Información:

La información generada del proceso analítico y técnico de los datos recolectados, será utilizada para la toma de decisiones de manera adecuada, con ello también se realizarán o se darán Proyectos de Mejora de la Calidad de los procesos, para garantizar la seguridad de las intervenciones en la atención de salud. El resultado esperado es disminuir el número de ocurrencia de los Incidentes y Eventos Adversos, mejorando la Calidad de Atención en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.



5.4. DISPOSICIONES GENERALES:

- El medio de notificación del Incidente y/o Evento Adverso es por escrito a través de la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- El registro y notificación será confidencial.
- La información registrada no será utilizada con carácter punitivo sino que se realiza en el marco de la Mejora Continua de la Calidad de la Atención en Salud.



VI. RESPONSABILIDADES

1. La Dirección Ejecutiva aprobará la presente Directiva Mediante Resolución Directoral.
2. La Unidad de Gestión de la Calidad programará los recursos necesarios para la implementación del Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Evento Adverso.
3. Los Departamentos, Servicios, Unidades y Oficinas socializarán la presente Directiva al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que labora en áreas de influencia y tendrán la obligación de cumplirla.
4. La Unidad de Gestión de la Calidad con apoyo de los Departamentos, Servicios, Unidades y Oficinas recogerá los formularios de los Incidentes y Eventos Adversos.

5. El Director adjunto, los Jefes de Departamentos, Jefes de Servicios Asistenciales y Administrativos, la Unidad de Gestión de la Calidad y el Comité de Seguridad del Paciente, son los responsables operativos de la realización de las actividades y procedimientos relacionados al proceso de notificación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos.
6. La Unidad de Gestión de la Calidad, asesorará a los Jefes de Departamentos, Servicios, Unidades y Oficinas para analizar los Incidentes y Eventos Adversos notificados, utilizando los protocolos; además en la elaboración de proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

VII. DISPOSICIONES FINALES:

La confidencialidad será uno de los principios a cumplir en el manejo de la información del Incidente y Evento Adverso, por lo que las personas involucradas en el proceso de la información, mantendrá absoluta reserva.

VIII. ANEXO

- Anexo N°01 - Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Anexo N°02 - Matriz de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos del Servicio.
- Anexo N°03 - Categoría y Tipos de Eventos Adversos.
- Anexo N°04 - Diagrama de Ishikawa a usar en el Análisis Causa Raíz.
- Anexo N°05 - Fluxograma.






ANEXO



ANEXO N° 01

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

 PERÚ Ministerio de Salud		HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	
FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS			
N° DE FICHA		<input type="text"/>	
FECHA DE NOTIFICACIÓN		<input type="text"/>	
CODIGO RENIPRESS DEL ESTABLECIMIENTO		<input type="text"/>	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		<input type="text"/>	
MICRORED DE SALUD		<input type="text"/>	
RED DE SALUD		<input type="text"/>	
DIRESA/GERESA/DIRIS		<input type="text"/>	
A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
N° DE HISTORIA CLINICA		<input type="text"/>	
TIPO DE SEGURO		<input type="text"/>	
SEXO DEL PACIENTE		<input type="text"/>	
EDAD		<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE10)		<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE 10)		<input type="text"/>	
B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE			
LUPSS/SERVICIO		<input type="text"/>	
C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)			
INCIDENTE*	<input type="checkbox"/>	EVENTO ADVERSO**	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		EVENTO CENTINELA***
<small>* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente ** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente *** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.</small>			
D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO			
FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO		<input type="text"/>	
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO		<input type="text"/>	
CATEGORIA		<input type="text"/>	
TIPO		<input type="text"/>	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		<input type="text"/>	
FIRMA DEL PERSONAL QUE NOTIFICA		FIRMA DEL RESP. UGC	



FUENTE: Directiva Sanitaria N°005-IGSS/ V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas"

ANEXO N° 03

CATEGORÍA Y TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS

CATEGORIAS	TIPOS
RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS	01-Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente
	02-Agresiones y/o autolesiones
	03-Caída de paciente con daño
	04-Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria por cateter mal posicionado
	05-Eritema del pañal
	06-Error en la identificación del paciente
	07-Error en la entrega de paciente a padres o tutores
	08-Extravasación de vía endovenosa
	09-Distress respiratorio por extubación
	10-Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina
	11-Suicidio de un paciente
	12-Ulcera por presión
	13-quemadura post aplicación de bolsas con agua y agentes químicos
	14-Fuga de paciente
	15-Salida accidental de sonda nasogástrica o vesical, tubo endotraqueal, traqueotomía, otros
	16-Neumonía aspirativa por mal manejo de Sonda Nasogástrica
RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN	01-ACV – TEP por medicamentos
	02-Alteraciones neurológicas por fármacos
	03-Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos
	04-Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	05-Edema pulmonar por sobrehidartación
	06-Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	07-Error en la medicación (Prescripción, Dispensación y Administración)
	08-Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI
	09-Hemorragia digestiva
	10-Hemorragia por anticoagulación
	11-Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	12-Hipotensión arterial post administración de medicamentos
	13-Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina
	14-Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos
	15-Muerte o grave discapacidad por medicamento
	16-Nauseas, vómitos y/o diarreas por medicamentos
	17-Reacción adversa a medicamentos
	18-Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO-Rh y/u otro subgrupo
RELACIONADOS CON INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD	01-Absceso secundario a inyección Intramuscular IM
	02-Corioamnionitis
	03-Endometritis
	04-Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
	05-Infección de prótesis ortopédicas
	06-Infección del sitio quirúrgico/ herida operatoria (HO)
	07-Infección del torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central (CVC)
	08-Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
	09-Muerte por infección nosocomial
	10-Neumonía intrahospitalaria
	11- Infección del Trato Urinario asociado a Cateter Urinario permanente CUP)

DIRECCIÓN EJECUTIVA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
V°B°
DIRECTOR
GOB. REG. DE TACNA

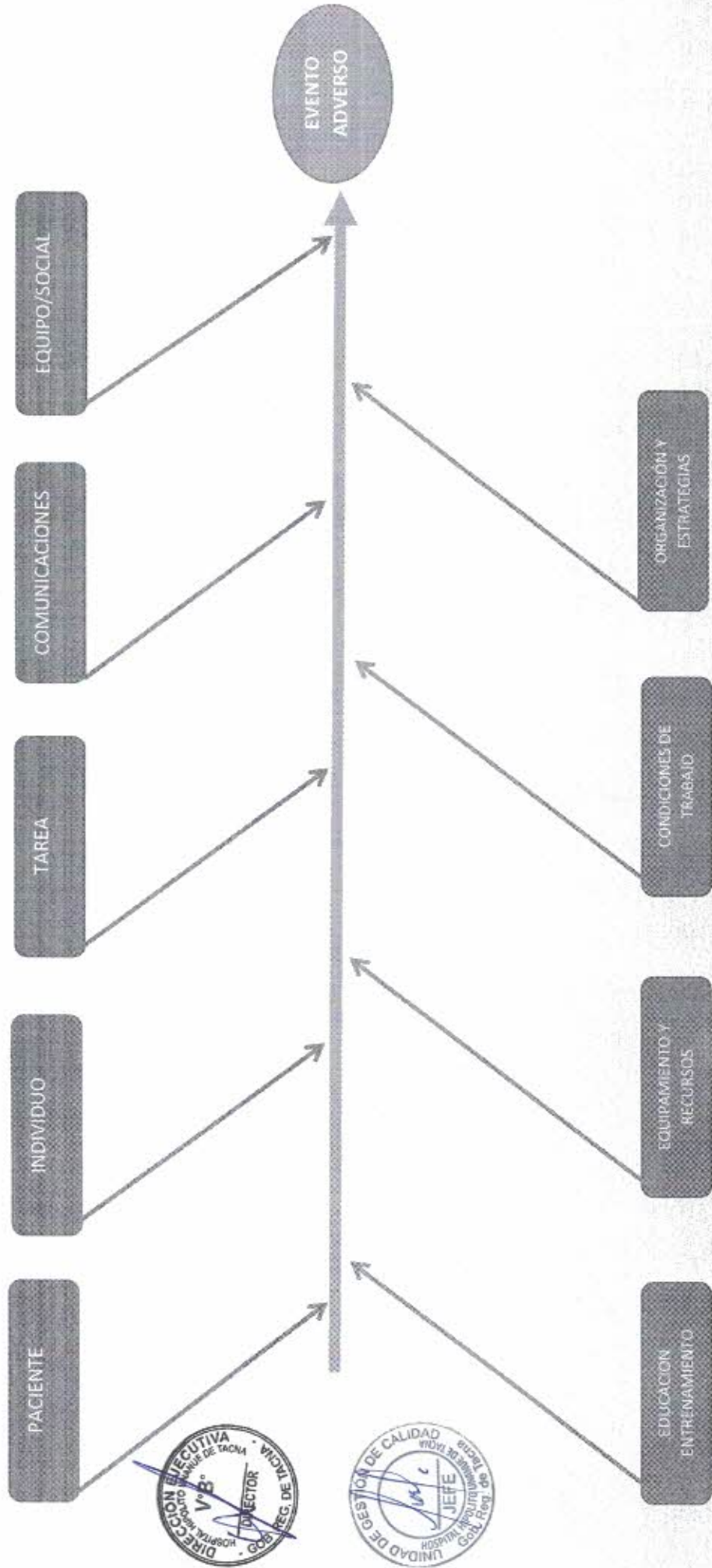
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
JEFE

RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS	01-Cefalohematoma
	02-Caput succedaneum
	03-Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
	04-Cirugía en paciente equivocado
	05-Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
	06-Cefalea post punción de duramadre
	07-Cefalea post punción lumbar
	08-Dehiscencia post cesárea
	09-Dehiscencia de sutura en episiorrafia
	10-Dehiscencia de herida operatoria
	11-Desgarro perineal grado III - IV
	12-Desgarro Vaginal
	13-Encefalopatía hipoxica
	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-Hemotorax post Procedimiento
	20-Lesión de 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
	26-Trombo embolismo pulmonar post cirugía
	27-Trombosis venosa profunda post cirugía
	28-Punción Lumbar traumática
OTROS	OTROS



ANEXO N° 04

ESPINA ISHIKAWA A USAR EN EL ANALISIS CAUSA RAIZ

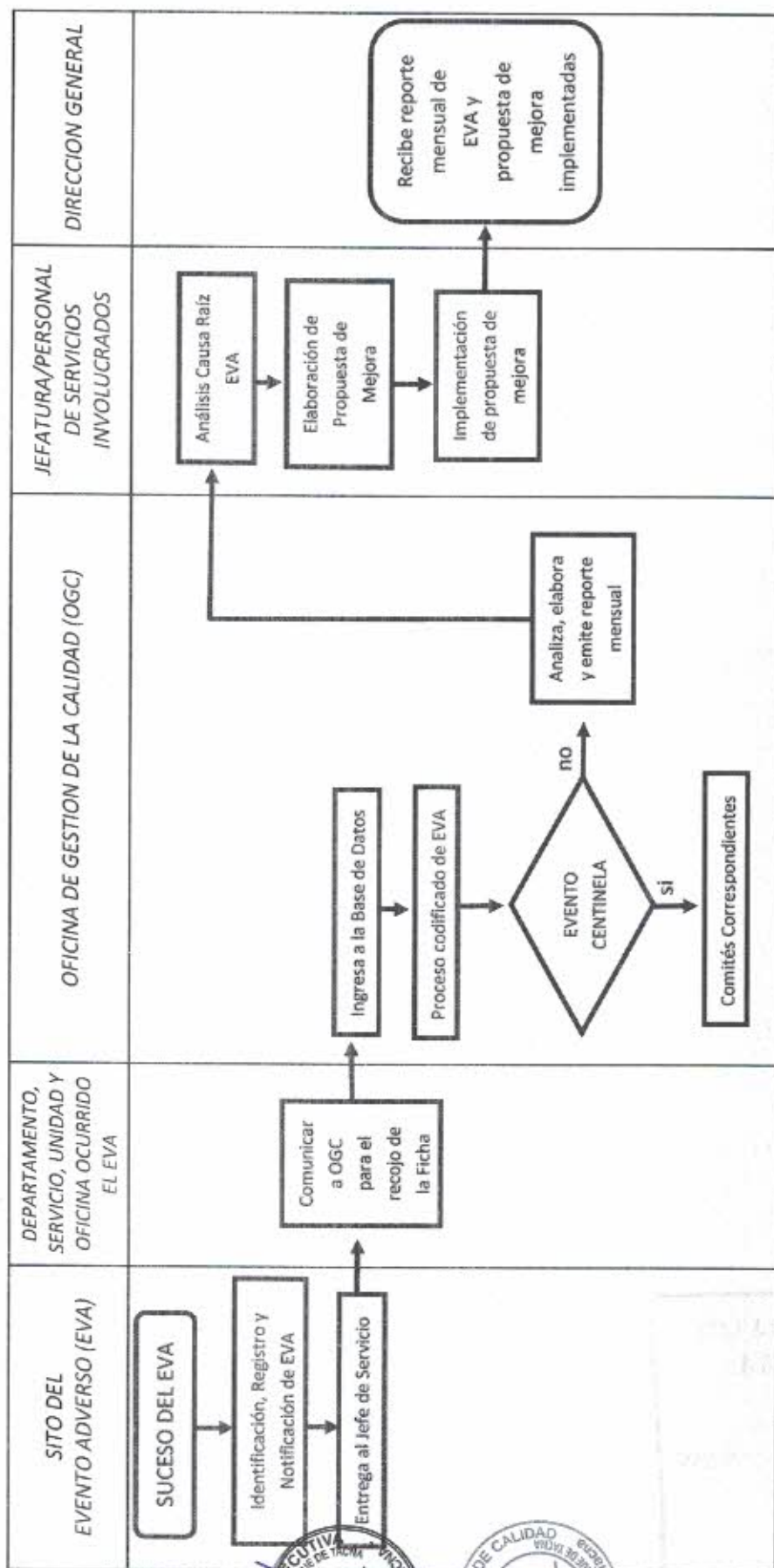


DIRECCION EJECUTIVA
UNIDAD DE TACNA
V.P.S.
DIRECTOR
REG. DE TACNA



UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA
JEFES
REG. DE TACNA

ANEXO N° 05
FLUXOGRAMA



DIRECCIÓN EJECUTIVA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
V°B
DIRECTOR
REG. DE

UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
JEFE
G. Reg. de