

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> SAN FRANCISCO · PUCÓN	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN          DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA          ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 1 de 20

## SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
MT. Carolina Quinteros Torrent Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Bernardo Lopez Director Médico	Ricardo Alvear Leal Director General
Firmas:	Firmas:	Firma:
		 

Oficina de Calidad  
 y Seguridad  
 Hospital San Francisco Pucón

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 2 de 20

## INDICE

<b>1. INTRODUCCION .....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>4. RESPONSABLES .....</b>	<b>4</b>
<b>5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA .....</b>	<b>4</b>
<b>6. DEFINICIONES .....</b>	<b>5</b>
<b>7. DESARROLLO.....</b>	<b>5</b>
<b>7.1 DEFINICIÓN DE LOS EVENTOS A VIGILAR .....</b>	<b>5</b>
<b>7.2 SISTEMA DE VIGILANCIA DEFINIDO.....</b>	<b>10</b>
<b>7.4 ANÁLISIS DE UN EVENTO ADVERSO .....</b>	<b>11</b>
<b>7.5 REGISTROS DE EA.....</b>	<b>12</b>
<b>7.6 SISTEMA DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>8. DISTRIBUCION.....</b>	<b>13</b>
<b>9. REGISTROS.....</b>	<b>13</b>
<b>10. CONTROL DE CAMBIOS.....</b>	<b>13</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>14</b>

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 3 de 20

## 1. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja ya que, en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos (EA), la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través, de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad. Los principales factores de riesgo de tener evento adverso asociado a la atención son las condiciones propias de salud de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad de base y otras condiciones concomitantes. Muchos de estos pacientes, en particular aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas aumentan de por sí el riesgo de sufrir daño.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL:

Realizar vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención clínica en el Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

### 2.2 ESPECÍFICOS:

- Establecer un sistema de vigilancia y de reporte de eventos adversos y centinelas.
- Definir y realizar los registros asociados a este sistema de vigilancia y reporte de eventos
- Definir responsabilidades
- Establecer medidas de prevención destinadas a la no ocurrencia de eventos adversos.
- Realizar un seguimiento de las intervenciones realizadas en el ámbito de la seguridad de la atención del paciente y su grado de efectividad.

## 3. ALCANCE

- **Ámbito de aplicación:** A todos los funcionarios clínicos que otorgan atención clínica a los pacientes.
- **Población de aplicación:** A todos los pacientes que reciben atención clínica dentro del Hospital.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 4 de 20

#### 4. RESPONSABLES

**Todos los Profesionales y personal técnico de servicios Clínicos y Unidades de Apoyo:**

Son responsables de

- Conocer y cumplir con el presente protocolo.
- Informar la ocurrencia de un incidente, evento adverso o evento centinela a su jefatura
- Notificar los eventos adversos a Oficina de Calidad y Seguridad del paciente.
- Proponer planes de mejora para las prácticas clínicas.

**Coordinadores, jefes de servicios Hospitalizados y de unidades de apoyo:** Son responsables de

- Conocer la definición local de eventos a vigilar en cada servicio
- Verificar la notificación de los eventos adversos generados en sus servicios.
- Participar en los análisis de eventos adversos y centinelas
- Mantener registros de análisis de los eventos ocurridos en su servicio
- Socializar informes de análisis con sus equipos
- Ejecutar los planes de mejoras generados
- Incentivar las atenciones seguras en salud.

**Personal de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente:** Son responsables de

- Clasificar los eventos reportados.
- Convocar a reuniones de análisis de eventos adversos y centinelas
- Confeccionar los informes de análisis de casos.
- Mantener registros de los eventos reportados.
- Confeccionar informe anual de eventos adversos y centinelas reportados.

**Director Médico:** Es responsables de

- Participar de los análisis de eventos reportados.
- Tomar medidas necesarias frente a informes o prácticas que generen riesgo y potencial daño a los pacientes.

#### 5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

-Norma técnica N°120," Reporte de Eventos adversos y centinela", resolución exenta 538, 24 mayo 2011.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 5 de 20

## 6. DEFINICIONES

**Evento Adverso (EA):** situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria (acción u omisión) recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento, así como los sistemas y equipamientos utilizados.

**Evento centinela (EC):** suceso inesperado, relacionado con la atención de salud, que ocurre causando la muerte o llevando un serio daño físico o psicológico, o el riesgo potencial de que esto ocurra, incluyendo también a aquellos que, ante su repetición, pueden causar este nivel de daño.

**Incidente:** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, se establecen como acciones u omisiones que no llegaron a producir daño, por azar o por otras medidas de prevención o mitigación.

**Seguridad del paciente:** área que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud, que con frecuencia son causantes de eventos adversos.

**Prácticas seguras:** conjunto de acciones que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la atención de salud.

**Notificación:** Acción consignar la información sobre un evento adverso producido en la atención de salud en formulario tipo y entregar a Oficina de Calidad y seguridad del paciente.

**Vigilancia activa de EA:** sistema de pesquisa de EA directa en los servicios o unidades mediante la aplicación de:

- a) Pautas de cumplimiento de diferentes protocolos locales.
- b) Visitas programadas y espontáneas de un profesional de la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente en conjunto con jefaturas clínicas, revisión de reclamos.

**Vigilancia pasiva de EA:** Sistema de pesquisa de EA a través de reportes espontáneos enviados mediante formulario de Notificación de EA.

**QF:** Químico Farmacéutico.

## 7. DESARROLLO

### 7.1 DEFINICIÓN DE LOS EVENTOS A VIGILAR

Los eventos que se describen a continuación se deberán notificar en forma **obligatoria:**

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 6 de 20

**En Pabellón:**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suspensión de cirugía en paciente bajo anestesia.</li> <li>- Caída de paciente en Pabellón y recuperación</li> <li>- Pérdida de dentadura durante procedimientos invasivos.</li> <li>- Anestesia en paciente equivocado</li> <li>- Errores de medicación en el operatorio y post.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cirugía de paciente equivocado</li> <li>-Quemadura intraoperatoria</li> <li>-Cirugía de sitio equivocado</li> <li>-Cuerpo extraño olvidado</li> <li>- Paro cardíaco intraoperatorio en cirugía electiva</li> <li>- Paro cardíaco en Recuperación de anestesia.</li> </ul>

**En Servicios de Hospitalización Indiferenciados:**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caída de pacientes con lesión</li> <li>-Retiro accidental y/o auto retiro de SNG, SNY, sonda vesical.</li> <li>-Flebitis</li> <li>-Extravasaciones de VVP</li> <li>-Lesiones asociadas a contención física</li> <li>-Error de medicación.</li> <li>-Fuga de paciente</li> <li>-UPP grado 2 o mas</li> <li>-Enfermedad Trombo embolica (ETE) en pacientes quirúrgicos (Trombosis venosa profunda o trombo embolismo pulmonar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de paciente por desplazamiento de dispositivo médico</li> <li>-Necrosis de extremidad asociado a la contención física.</li> </ul>

**En Servicios de Hospitalización Indiferenciados con pacientes pediátrico y cirugía infantil**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída de pacientes con lesión</li> <li>- Flebitis</li> <li>- Extravasaciones de VVP</li> <li>- Lesiones asociadas a contención física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Error de medicación</li> <li>-UPP cualquier grado</li> </ul>

**En Servicios de Hospitalización Indiferenciados con pacientes gineco- obstétricas**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asfixia neonatal (hipoxia intrauterina)</li> <li>- Caída de pacientes con lesión</li> <li>- Error de medicación</li> <li>- Enfermedad Trombo embólica (ETE) en pacientes quirúrgicos (Trombosis venosa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muerte Materna</li> <li>-Muerte fetal</li> </ul>

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 7 de 20

profunda o trombo embolismo pulmonar)	
---------------------------------------	--

**En Servicios de Hospitalización Indiferenciados con pacientes neonatales**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída del RN</li> <li>- Extravasación de VVP</li> <li>- RN no identificado</li> <li>- Error de medicación</li> <li>- Desplazamiento de antifaz en Fototerapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extravío de RN</li> <li>- RN erróneamente identificado</li> <li>- Muerte neonatal</li> </ul>

**En Farmacia**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quiebre de cadena de frío.</li> <li>- Error de medicación (Dispensación, etiquetado y almacenamiento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte del paciente por quiebre de stock crítico</li> <li>- Error de entrega de medicamento a paciente</li> <li>- Entrega de medicamento a paciente incorrecto</li> </ul>

**En Imagenología**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de Imagenología con error de identificación</li> <li>- Caída de paciente durante procedimiento</li> <li>- Reacción adversa aguda a medio de contraste endovenoso</li> <li>- Retraso diagnóstico de patología (aguda o crónica) por omisión en notificación de resultado crítico.</li> <li>- Toma de examen de paciente equivocado</li> <li>- Entrega de resultados al paciente equivocado.</li> <li>- Lesión al paciente por falla de equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shock anafiláctico asociado a medio de contraste</li> <li>- Paro cardiorespiratorio asociado a medio de contraste</li> <li>- No notificación de resultado crítico</li> </ul>

**Anatomía Patológica (manejo de biopsias y PAP)**

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No envío de biopsia a APA</li> <li>- Error en la identificación o rotulación de la muestra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de biopsia o PAP</li> </ul>

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 8 de 20

### En Endoscopia

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caída de pacientes con lesión</li> <li>- Paro cardiorrespiratorio</li> <li>-error de medicación</li> </ul>	Perforación relacionada con procedimiento endoscópico.

### En Transporte

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída de paciente desde la camilla de ambulancia.</li> <li>- Paro Cardio-respiratorio (PCR) no asociado a patología de base.</li> </ul>	- Caída de paciente desde la camilla de ambulancia con daño.

### En Dental

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sincope post procedimiento</li> <li>-Hemorragia inesperada tras procedimiento</li> <li>-Lesión neurológica tras administración anestesia regional</li> <li>-Caída del paciente con lesión</li> </ul>	-Exodoncia de pieza equivocada

### En Servicio de Urgencia Adulta, Infantil y Gineco-Obstétrica

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caída de pacientes con lesión</li> <li>- Extravasaciones de VVP</li> <li>- Error de medicación</li> <li>- Complicación de cuadro clínico del paciente en sala de espera por omisión en categorización de la atención o categorización incompleta/inadecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muerte de paciente en sala de espera sin atención</li> <li>-Muerte de paciente en box en espera de atención</li> </ul>

### En Laboratorio

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de notificación o notificación inoportuna de resultado crítico.</li> <li>-Entrega de resultado de exámenes a paciente equivocado.</li> <li>-Realización de exámen a paciente equivocado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Error de identificación o rotulación de exámenes.</li> <li>-Extravío de muestras de laboratorio.</li> </ul>

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 9 de 20

### Infecciones asociadas a la atención en salud

Evento adverso	Evento centinela
-Distribución de material no estéril en los servicios clínicos	-Aparición, prolongación o reaparición de brote epidémico.

### En Esterilización

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Armado de cajas o detección de instrumental con materia orgánica visible.</li> <li>-Material estéril sin fecha de vencimiento.</li> <li>-Instrumental estéril cambiado.</li> <li>-Daño o pérdida de material.</li> <li>- Caja quirúrgica húmeda distribuida a servicio de pabellón.</li> <li>- Caja quirúrgica incompleta y entregada a pabellón.</li> <li>- Suspensión de cirugía asociada a material estéril.</li> <li>- Distribución de material no estéril a los servicios clínicos</li> <li>-Falta de integrador químico en caja quirúrgica.</li> <li>-Resultado positivo de control biológico, posterior a cirugía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-colocación de implante no estéril.</li> <li>-Falla de fábrica de implantes o mallas no advertida.</li> </ul>

### En Unidad de Diálisis

Evento adverso	Evento centinela
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoretiro de CVC (transitorio) o aguja para fístula de hemodiálisis (trócar) durante la diálisis.</li> <li>-Caída de pacientes con lesión.</li> <li>-Error de medicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Uso de filtro en paciente equivocado.</li> <li>- Residuos de ácido peracético en circuito extracorpóreo de hemodiálisis.</li> <li>-Muerte de paciente en intradiálisis.</li> </ul>

- Este listado no excluye la posibilidad de notificación de otros eventos no expresados en este documento, por ello, se deberá notificar cualquier evento que genere algún daño o consecuencia al paciente y que se relacione con la atención de salud recibida y no el curso de la enfermedad.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 10 de 20

## 7.2 SISTEMA DE VIGILANCIA DEFINIDO

La vigilancia tendrá las siguientes características:

- 1. Voluntaria:** para aquellos eventos adversos, que no han provocado daño o han provocado daño leve, se realizará con el objetivo de mejora continua de los procesos.
- 2. Obligatoria:** para aquellos eventos adversos clasificados como centinelas pesquisados o aquellos de connotación pública.
- 3. No punitiva,** con el objeto de mejora en los procesos de atención clínica y medidas de prevención, para evitar su recurrencia.
- 4. Confidencial:** La identificación del paciente, del notificador no deben ser reveladas a terceros.
  - Se realizará de manera pasiva por medio de la notificación desde el lugar de ocurrencia y activa a través de la revisión de análisis de reclamos y/o visitas de supervisión en servicios clínicos o unidades de apoyo.

## 7.3 PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS

1. Frente a la ocurrencia de un EA o EC, se deberá informar de inmediato a la jefatura directa, en forma verbal.
2. Una vez informado al jefe directo la ocurrencia de un EA o EC, el funcionario que detecta o comete un error debe realizar la notificación completando el formulario de notificación correspondiente, el cual debe ser entregado a algún miembro del equipo de la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente. El formulario será completado de manera manual o digital (formato Word para completar) con posterior envío vía mail al correo electrónico de calidad: [calidad@hospitalpucon.cl](mailto:calidad@hospitalpucon.cl) y/o entrega física en Calidad. El plazo para notificar será hasta 3 días de ocurrido el evento.
3. El equipo de Calidad y seguridad del paciente al recibir el formulario tomará conocimiento del evento y procederá a confirmar el caso mediante la visita al lugar de la ocurrencia.
4. Si es confirmado como un EA se clasificará según: EA o EC.
5. Se traspasará el caso a una planilla de registro (consolidados de eventos). En ella se registrarán los hallazgos de la visita en terreno. En esta visita, verificará la existencia de aplicación de medidas de prevención establecidas por la institución en sus protocolos, revisión de equipamiento e instalaciones si corresponde, entrevistas y revisión de antecedentes clínicos.
6. Se solicitará a la Jefatura correspondiente información de lo ocurrido, profesionales involucrados y acciones realizadas.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 11 de 20

7. Jefe de Calidad o miembro del equipo, convocará a reunión de análisis siempre ante un evento centinela.

Consideraciones:

- Podrán ser analizados aquellos eventos adversos que se repitan o los que el equipo de Calidad y Seguridad consideren necesario, dado los escenarios generados, los resultados o repercusiones que el evento tenga.
- En todos los EA analizados participarán además del equipo de Calidad y Seguridad del Paciente, el Jefe de servicio o unidad, EU coordinadora y Director Médico.
- En los análisis de EA asociados a errores de medicación, participará siempre el profesional QF.
- En horario no hábil, la jefatura de un profesional de turno será el médico de turno de urgencia.
- El registro manual de un evento en formulario, debe ser legible y consignar la mayor cantidad de información referente al hecho notificado.

**7.4 ANÁLISIS DE UN EVENTO ADVERSO**

- a) El equipo de Calidad y Seguridad del Paciente convocará a reunión de análisis de un EC en un plazo no superior a 5 días hábiles desde que es recibida la notificación.
- b) Cada jefe de servicio deberá recopilar la mayor cantidad de información para favorecer el análisis, lo que incluirá revisión de registros clínicos, entrevistas, elaboración de informes preliminares, mapa de hechos, entre otros.
- c) La metodología utilizada para el análisis de un EA será el análisis causa raíz o protocolo de Londres.
- d) De cada análisis se obtendrá un informe de análisis el cual contendrá conclusiones, recomendaciones y acciones de mejora a realizar. Éste será firmado por Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director Médico.
- e) Las conclusiones de los análisis deben ser socializado posteriormente con los equipos que estuvieron involucrados en ellos, esta responsabilidad cae en los jefes de servicios.
- f) Equipo de Calidad entregará copia de los informes de análisis a cada Jefe de servicio.
- g) El cierre de un evento se realizará tras la ejecución de todas las actividades desprendidas del análisis.

Consideraciones:

- El paciente o su representante deberán ser informado acerca de la ocurrencia de un EA por parte del médico o profesionales que participaron en el hecho tras su ocurrencia.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 12 de 20

- Los reportes de EA y EC deberán ser analizados individualmente.
- Todo evento adverso o centinela confirmado generará una notificación en formularios los que incluyen mínimos a registrar, mínimos estandarizados en todos los formularios (anexo 2).
- Existen 3 formularios de notificación:
  - De error de medicación (anexo 2)
  - De Caídas (anexo 3)
  - General de eventos adversos o centinelas (anexo 4)

### 7.5 REGISTROS DE EA

- Los eventos serán notificados en formularios en formato papel o en formato digital
- Cada evento, una vez clasificado como EA será registrado en una planilla de registro mensual.
- Esta planilla contiene diferentes atributos que permite analizar varios aspectos
- Cada mes, se asigna a un evento reportado una numeración correlativa

### 7.6 SISTEMA DE EVALUACIÓN

- Se realizará un reporte trimestral de eventos adversos por parte de cada Servicio o Unidad e apoyo (reporte formato tipo del Hospital).
- No se analizarán los eventos no clasificables y los descartados
- Los servicios y/o unidades que no presentan eventos centinelas durante el trimestre, deberán enviar vía mail o entregar físicamente una declaración de que no hubo casos o la no ocurrencia de eventos.
- Complementariamente el equipo de Calidad realizará un informe anual de eventos adversos y centinelas, en el que se detallarán la totalidad de los eventos notificados a calidad y los análisis realizados, clasificación por servicio de ocurrencia, tipo de eventos y otras variables. Este será elaborado en el mes de enero de cada nuevo periodo.

### Toma de Decisiones Finales de la Institución

- La Dirección Médica debe participar en la toma de decisiones e informar a las autoridades superiores sobre estos eventos y sobre las intervenciones realizadas. Con frecuencia estas intervenciones requieren instrucciones especiales, normativas nuevas o medidas que deber ser instauradas en plazos muy breves.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 13 de 20

## 8. DISTRIBUCION

- Dirección
- Sub Dirección Médica
- Servicios de Hospitalización
- Servicio de Urgencia
- Servicio de Pabellón
- Unidades de apoyo
- Oficina de calidad y seguridad del paciente
- Unidad de Mantenimiento
- Centro médico

## 9. REGISTROS

- Formularios de Notificación de evento adverso
- Ficha Clínica
- Libro de entrega de turno
- Planilla de registro de EA de Oficina de Calidad y seguridad del paciente

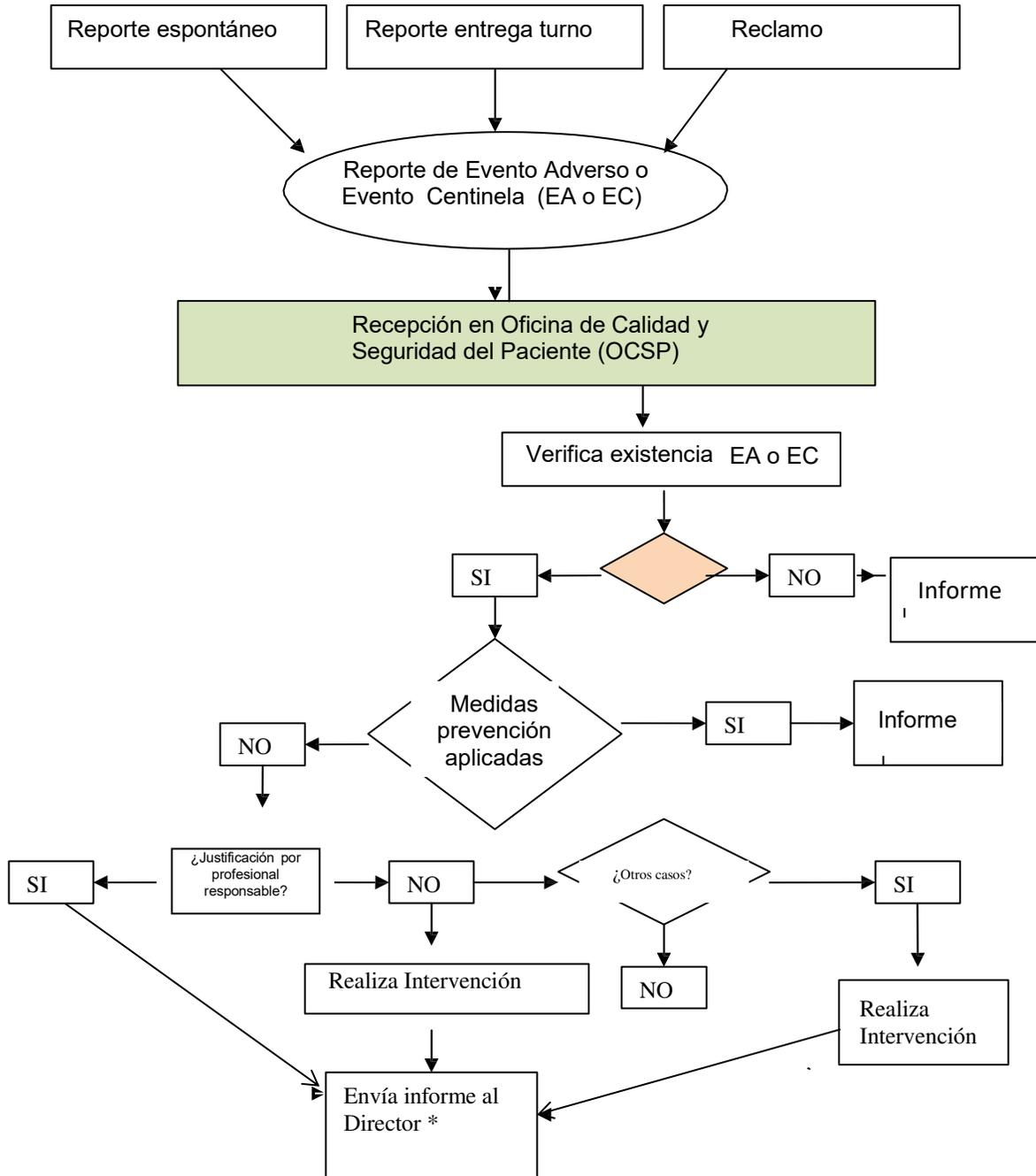
## 10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto

## 11. ANEXOS

### 11.1 ANEXO N° 1

#### Flujograma del sistema reportes eventos adversos o eventos centinela



## 11.2 FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN

### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN

FECHA NOTIFICACIÓN (ENTREGA CABO A OFICINA DE CALIDAD):		N° IDENTIFICACIÓN (OFICINA DE CALIDAD):	
IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICANTE			
NOMBRE:		NOTIFICACIÓN ANÓNIMA <input type="checkbox"/>	
CARGO:		SERVICIO QUE IDENTIFICA Y NOTIFICA	
IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO:		FECHA	HORA
SERVICIO DONDE SE GENERÓ EL EVENTO ADVERSO:		ERROR DE MEDICACIÓN REAL <input type="checkbox"/>	ERROR POTENCIAL <input type="checkbox"/>
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:		NOMBRE DEL PACIENTE:	
RUT:	EDAD:	SEXO:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Descripción del incidente:			
Mínimos a registrar en formulario de notificación			

#### Datos del Medicamento:

Nombre Comercial	<input type="text"/>
Principios Activos	<input type="text"/>
Forma Farmacéutica	<input type="text"/>
Dosis o Concentración	<input type="text"/>

#### DETALLES:

¿Dónde se produjo el error?  Prescripción  Transcripción  Dispensación  Administración

Prescripción	Transcripción	Dispensación	Administración
<input type="checkbox"/> Dosis erróneas	<input type="checkbox"/> Dosis erróneas	<input type="checkbox"/> Un medicamento por otro	<input type="checkbox"/> Diferente medicamento al prescrito
<input type="checkbox"/> Medicamento erróneo	<input type="checkbox"/> Medicamento erróneo	<input type="checkbox"/> Diferente forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Diferente Dosis
<input type="checkbox"/> Vía errónea	<input type="checkbox"/> Vía errónea	<input type="checkbox"/> Cantidad inadecuada	<input type="checkbox"/> Por vía diferente
<input type="checkbox"/> legibilidad	<input type="checkbox"/> Id. De paciente		<input type="checkbox"/> No administración
<input type="checkbox"/> Id. De paciente			<input type="checkbox"/> Horario erróneo

Si el medicamento no fue administrado al paciente. ¿Qué intervención lo evitó?



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN

Si el medicamento fue administrado al paciente, indicar:

A.  Sin lesión

B.  Con lesión

1.  Preciso tratamiento o intervención

2.  Preciso hospitalización inicial o prolongación de la hospitalización

3.  Lesión permanente

C.  Con la muerte del paciente

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR INCIDENTES FUTUROS:
ANÁLISIS DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
TIPO DE DAÑO: SIN Daño <input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
GRADO DEL DAÑO:
<input type="checkbox"/> El incidente no llegó al paciente. <input type="checkbox"/> El incidente llegó al paciente pero no le causó daño. <input type="checkbox"/> No causó daño, pero el paciente precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño. <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó intervención. <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización. <input type="checkbox"/> Causó daño permanente. <input type="checkbox"/> Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener la vida. <input type="checkbox"/> Contribuyó o causó la muerte del paciente.
CONCLUSIONES:
PLAN DE MEJORA:

FECHA CIERRE DEL EVENTO: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 <p><b>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</b></p>	<p><b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b></p>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 16 de 20

### 11.3 FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CAIDAS

FECHA NOTIFICACIÓN ( ENTREGA CASO A OFICINA DE CALIDAD):		N° IDENTIFICACIÓN (OFICINA DE CALIDAD):	
<b>IDENTIFICACION DEL NOTIFICANTE</b>			
NOMBRE:		NOTIFICACION ANONIMA <input type="checkbox"/>	
CARGO:		SERVICIO QUE IDENTIFICA Y NOTIFICA	
<b>IDENTIFICACION DEL EVENTO ADVERSO:</b>		FECHA	HORA
SERVICIO DONDE SE GENERÓ EL EVENTO ADVERSO:			
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE:</b>		NOMBRE DEL PACIENTE:	
RUT:		EDAD :	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Descripción del incide</b>			

**Lesión como consecuencia de la caída:** Marque todas las casillas que correspondan:

Abrasión/erosión  Fractura  Esguince  Corte/contusión  Hematoma  Pérdida de conciencia  Sin lesión   
 Muerte  Otros  detalles otros: \_\_\_\_\_ Localización de la lesión: \_\_\_\_\_

**Lugar donde ocurre el evento:**

Habitación  Recinto baño  Pasillo  Escalera

**Equipo- mobiliario:**

¿Cama  Camilla  Silla de ruedas  Silla  Baño  Taza WC  Ducha  Otro  Cuál? \_\_\_\_\_

Si corresponde a cama: Existen barandas Sí  No  Baranda arriba: Sí  No

Frenos puestos Sí  No

Si corresponde a ducha: disposición de Barras de apoyo en la ducha: Sí  No

**Entorno:** En el momento de la caída el paciente estaba

Solo  Acompañado  Timbre de llamada funcionando Sí  No   
 Iluminación suficiente Sí  No  Espacios sin riesgos: Sí  No

**Actividad asociada:**

Deambulando  Cambio posición  Traslado silla /cama   
 Aseo  Eliminación WC  Alcanzando objetos

**Uso Medicamentos**

Opiáceos  Antidepresivos  Sedantes  Tranquilizantes  Hipotensores  Diuréticos

**Estado del paciente antes de la caída:**

**Historia de caídas previas:**

Nunca  Sí, en domicilio  Sí, en hospital

**Estado de conciencia:**

Alerta  Confuso  Agitado  Inconsciente

**Alteración o déficit sensorial**

Ninguna  Audición disminuida  Visión disminuida  Alteración Equilibrio

 <p><b>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</b></p>	<p><b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b></p>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 17 de 20

<b>Movilidad:</b> Completa <input type="checkbox"/> Usa ayuda técnica <input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> En cama <input type="checkbox"/>
<b>Paso o Caminata:</b> Estable <input type="checkbox"/> Con temblor <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Dificultad de transferencia <input type="checkbox"/>

<b>Observaciones:</b>  
-------------------------------

<b>ANÁLISIS DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
<b>TIPO DE DAÑO:</b> SIN Daño <input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
<b>GRADO DEL DAÑO:</b> <input type="checkbox"/> El incidente no llegó al paciente <input type="checkbox"/> El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño. <input type="checkbox"/> No causó daño, pero el paciente precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño. <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó intervención. <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización. <input type="checkbox"/> Causó daño permanente. <input type="checkbox"/> Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener la vida. <input type="checkbox"/> Contribuyó o causó la muerte del paciente.
<b>CONCLUSIONES:</b>
<b>PLAN DE MEJORA:</b>

FECHA CIERRE DEL EVENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 18 de 20

### 11.4 FORMULARIO DE NOTIFICACION EVENTO ADVERSO O EVENTO CENTINELA

FECHA NOTIFICACIÓN ( ENTREGA CASO A OFICINA DE CALIDAD):		N° IDENTIFICACIÓN (OFICINA DE CALIDAD):	
<b>IDENTIFICACION DEL NOTIFICANTE</b>			
NOMBRE:		NOTIFICACION ANONIMA <input type="checkbox"/>	
CARGO:	SERVICIO QUE IDENTIFICA Y NOTIFICA		
<b>IDENTIFICACION Y CLASIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b>		<b>FECHA DE OCURRENCIA</b>	<b>HORA</b>
SERVICIO DONDE SE GENERÓ EL EVENTO ADVERSO:		EVENTO ADVERSO <input type="checkbox"/>	EVENTO CENTINELA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> RELACIONADA A TRAZABILIDAD DE BIOPSIA <input type="checkbox"/> MUERTE MATERNA Y/O FETAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE:</b>		NOMBRE DEL PACIENTE:	
RUT:		EDAD :	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DESCRIPCION DEL EVENTO ADVERSO:			
<b>PLAN DE MEJORA:</b>			

<b>ANALISIS DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>				
TIPO DE DAÑO: SIN Daño <input type="checkbox"/> FISCO <input type="checkbox"/> PSICOLOGICO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
<b>GRADO DEL DAÑO:</b>				
<input type="checkbox"/>	El incidente no llegó al paciente			
<input type="checkbox"/>	El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño.			
<input type="checkbox"/>	No causó daño, pero el paciente preciso monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.			
<input type="checkbox"/>	Causó daño temporal y preciso intervención.			
<input type="checkbox"/>	Causó daño temporal y preciso o prolongó la hospitalización.			
<input type="checkbox"/>	Causó daño permanente.			
<input type="checkbox"/>	Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener la vida.			
<input type="checkbox"/>	Contribuyó o causó la muerte del paciente.			
<b>CONCLUSIONES:</b>				

Definiciones: ORDINARIO 502, 21-06-2010 Minsal.

**Evento adverso:** Es una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente, que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

**Evento Centinela:** Suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra

FECHA CIERRE DEL EVENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 19 de 20

## 11.5 INFORME DE ANALISIS DE CASOS

Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente



### Formato de análisis de casos

<b>I: Identificación del caso</b> (Sobre la base de criterios de severidad del daño para el paciente; del potencial para aprender; los que han supuesto reclamaciones, judiciales o no; de los recursos disponibles para realizar la investigación).				
Nombre Paciente (caso), RUN, edad				
Hecho principal	Prescripción y Administración EV de <del>Metamizol</del> a paciente alérgico al medicamento			
¿Cuándo ocurrió el suceso?	30/01/2023			
¿Qué servicios o áreas estuvieron involucrados?	Servicio de Urgencia			
¿Cómo se clasifica el hecho?	Error de Medicación en la fase de prescripción y administración			
II. Recogida de información	Ficha clínica		Hoja DAU	X
	Hoja interconsulta		Entrevista	X
	Visita terreno		Otro	
	Detalle otros:			
III.-Descripción del efecto y sus causas: mapa de los hechos (Mencionar herramienta utilizada y adjuntar al informe)	Se realizará un análisis causa-raíz y para el mapa de hechos se utiliza una línea de tiempo			
IV-Identificación, Análisis de causas y factores contribuyentes (Mencionar herramienta utilizada y adjuntar al informe)	Se utiliza diagrama de <del>ishikawa</del> o espina de pescado			
V.-Desarrollo de soluciones y plan de acción				
VI.-Informe final, conclusiones y recomendaciones	<b>CONCLUSIONES:</b> Evento adverso prevenible: - <b>RECOMENDACIONES:</b> Sociabilizar protocolo AOC 1.2 con especial atención en los tiempos de espera con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención a los pacientes en el servicio de Urgencia.			

\_\_\_\_\_  
Firmas Oficina de Calidad y Seguridad del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Director Medico

	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN</b>	Código: GCL 2..3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Marzo 2020
		Vigencia: marzo de 2025
		Página 20 de 20

### 11.6 PAUTA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN



#### Pauta de verificación del cumplimiento del Plan de acción

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUMPLE ( V O X)	FECHA EJECUCIÓN
1.			
2.			
3.			

Fecha de 1° revisión de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de 2° revisión de cumplimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de 3° revisión de cumplimiento: \_\_\_\_\_