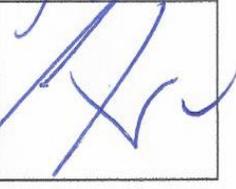


	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	1 de 25	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Actualizado por:	Elizabeth Chamorro A.	Profesional Unidad Calidad Asistencial	27/08/2019	
Aprobado por:	EU Maira Martinich S.	Jefe Unidad Calidad Asistencial	06/09/2019	
Autorizado por:	Ricardo Contreras F.	Director	11/09/2019	

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	2 de 25	

Distribución de Copias

Servicio	Cargo
Dirección Hospital	Director Institucional
	Oficina de Partes
Subdirección Médica	Subdirectora Médica
Subdirección de Enfermería	Subdirectora de Enfermería
Unidad Gestión de Cuidados de Matronería	Jefe Unidad Gestión de Cuidados de Matronería
CR Pensionado	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo Calidad
Traumatología	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Medicina	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Quirúrgico	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR de la Mujer	Médico Jefe
	Matrón Supervisor
CR Infantil	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Médico Jefe UPC Neonatal
	Matrona Supervisora UPC Neonatal
	Encargado Círculo de Calidad
CR Anestesia y Pabellones Quirúrgicos	Médico Jefe
	Enfermero Supervisor
	Encargado Círculo de Calidad
CR Unidad Paciente Crítico	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargado Círculo de Calidad
Unidad de Hemodinamia	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
CR Emergencia Hospitalaria	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	3 de 25	

CR Odontología	Médico Jefe
	Encargado Círculo de Calidad
CR Imagenología	Medico Jefe
	T.M Supervisor
	Encargada Círculo de Calidad
CR Farmacia	QF Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
CR Diálisis	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Anatomía Patológica	Médico Jefe
	TM Supervisora
Central de Esterilización	Enfermera Supervisora
CR Rehabilitación	Médico Jefe
	Klgo Supervisor
	Encargada Círculo de Calidad
Unidad de Quimioterapia	Médico Jefe
	Enfermera Coordinadora Quimioterapia
	Encargado Círculo de Calidad
Banco de Sangre	Médico Jefe
	TM Supervisor
	Encargado Círculo de Calidad
Radioterapia	Médico Jefe
	TM supervisor
	Encargada del Círculo de Calidad
CAE Adulto	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Médico Jefe Oftalmología
	Médico Jefe Otorrinolaringología
	Médico Dermatología
CAE Infantil	Médico Jefe Endoscopia
CAE De la Mujer	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
Unidad IAAS	Medico Jefe
	Matrona Supervisora
Unidad IAAS	Médico Jefe Unidad
	Enfermera Unidad

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	4 de 25	

Unidad de Participación Ciudadana	Jefe Unidad de Participación Ciudadana Encargada de OIRS
Psiquiatría Corta Estadía	Médico Jefe Enfermera Supervisora
Gestión de Camas	Enfermera Gestión de Camas
Relación Asistencial Docente (RAD)	Coordinadora de RAD
Asesoría Jurídica	Asesor Jurídico
Unidad Análisis de registros clínicos GRD	Jefe Unidad

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	5 de 25	

I N D I C E

I.	INTRODUCCIÓN _____	06
II.	PROPÓSITO _____	07
III.	ALCANCE _____	07
IV.	APLICABILIDAD _____	07
V.	ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD _____	07
VI.	MARCO LEGAL _____	08
VII.	GLOSARIO DE TÉRMINOS _____	09
VIII.	SISTEMA DE VIGILANCIA _____	10
IX.	EVENTOS CONSIDERADOS EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA _____	11
X.	ETAPAS DE LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS _____	14
XI.	ANEXOS _____	16
	Anexo 1: Notificación de eventos _____	16
	Anexo 2: Formulario Hoja notificación de caídas _____	17
	Anexo 3: Análisis de evento _____	19
	Anexo 4: Análisis de error de medicación _____	20
XII.	REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS _____	23

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	6 de 25	

I. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo. Los primeros estudios datan de 1950, pero en el año 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos marca un hito, cuando publica el libro «*To err is Human: building a safer health system*». Desde entonces, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

Diversos estudios internacionales sostienen que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufre un evento adverso (EA) durante su atención de salud y que de ellos, alrededor del 5% muere.

Sin embargo, el dato más relevante que muestra la evidencia disponible, es que **hasta un 50% de los Eventos Adversos (EA) son evitables**.

Los estudios internacionales demuestran que una de las estrategias de prevención de ocurrencia de eventos adversos más eficiente, la constituye la gestión de riesgos sanitarios, que se realiza tanto de manera prospectiva, como reactiva (una vez ocurrido un evento adverso). De este modo, los reclamos y reportes asociados a la ocurrencia de eventos adversos, proporcionan información relevante, valiosa y útil para gestionar los riesgos y disminuir su ocurrencia.

A nivel local, el reporte de incidentes se instala y mantiene desde el año 2003 incorporándose inicialmente como parte de las políticas de trabajo de gestión del cuidado. Sin embargo, y dada las exigencias del sistema de acreditación que apunta principalmente a la seguridad de atención, se hace necesario **dar formalidad y transversalidad a un sistema de vigilancia institucional**.

Sumado a lo anterior, en nuestro país, en el año 2012 se promulga la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En ella, en el Título II, Párrafo 1°, “de la seguridad en la atención de salud” en su Artículo 4°, expresa:

“Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	7 de 25	

II. PROPÓSITO

Implementar un sistema estandarizado de vigilancia y notificación de eventos adversos y centinelas a fin de conocer, cuantificar y analizar los riesgos que atentan contra la seguridad de atención, desarrollando acciones efectivas para prevenir y/o disminuir su ocurrencia.

III. ALCANCE

Todos los funcionarios de los Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo, Encargada de OIRS, Equipo de la Unidad de Prevención y Control de IAAS, Auditor Médico, Equipo de GRD, Profesionales Docentes y estudiantes de las carreras del área de la Salud.

IV. APLICABILIDAD

Ante la ocurrencia y reporte de un incidente, evento adverso o centinela.

V. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

Funcionarios del Hospital Clínico: Todo funcionario que sea testigo de un incidente, evento adverso, evento centinela o participe de él, en funciones permanentes o transitorias, independiente de su calidad contractual, tiene la responsabilidad de conocer y cumplir el presente protocolo y notificar en el sistema establecido.

Profesionales Supervisores de los Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo:

- Liderar e incentivar la notificación de los eventos detectados.
- Mantener estadística de la ocurrencia de eventos y análisis correspondientes.
- Gestionar el cumplimiento de los planes de mejora de los eventos analizados y discutidos dentro de su Servicio/Unidad

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	8 de 25	

Encargada/o del Círculo de Calidad:

- Convocar a los involucrados a la realización de los análisis correspondientes, asegurando la elaboración del informe de análisis de los eventos.
- Asegurar la difusión y el cumplimiento del protocolo.
- Monitorear el cumplimiento de los planes de mejora de los eventos analizados y discutidos dentro de su Servicio/Unidad y retroalimentar formalmente a la Unidad de Calidad.

Jefe Unidad de Calidad Asistencial:

- Mantener el protocolo vigente y velar por el cumplimiento del Sistema de Vigilancia.
- Corroborar si el evento corresponde a un evento centinela o no.
- Informar de la ocurrencia de eventos adversos y centinelas a la Subdirección Médica.
- Verificar el cumplimiento de los planes de mejora de los eventos centinelas.

Médico tratante/residente: Notificar al paciente y/o familia de la ocurrencia del evento adverso o centinela.

Jefe de Servicio Clínico/ Unidad de Apoyo: Responsable del cumplimiento de las medidas de mejora junto a su Supervisor.

VI. MARCO LEGAL

- ✓ Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- ✓ Norma general técnica 120 sobre calidad de la atención: Reporte de Eventos adversos y Eventos Centinela. MINSAL 24 de Mayo de 2011, Resolución Exenta 538.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	9 de 25	

VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Seguridad del paciente: La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define seguridad del paciente como "ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria".

Evento adverso: 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. (Norma General técnica N° 120).

Evento Centinela: Suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra. (Norma general técnica N°120).

Incidente (Near Miss): 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.

Como por ejemplo: Error en la prescripción de medicamentos (se produjo el error, pero no alcanzó al paciente), Error en la dispensación de medicamentos: (se produjo el error, pero no alcanzó al paciente).

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de un evento adverso. Se clasifican de acuerdo a la gravedad en:

Ninguno: el resultado para el paciente es asintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.

Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen)

Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o el evento causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida, o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

Muerte: sopesando las posibilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	10 de 25	

VIII. SISTEMA DE VIGILANCIA

El sistema institucional de vigilancia de eventos adversos y centinelas es:

Pasivo - reactivo: se basa en el reporte espontáneo de eventos ocurridos durante el proceso de atención.

Abierto: Todos los funcionarios que detecten un incidente, evento adverso/centinela pueden notificar e informar a su Jefatura directa.

Obligatorio: para **casos de eventos adversos y centinelas** considerados en el Sistema de Vigilancia.

No Punitivo: Se centra en los procesos de atención y no en las personas.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	11 de 25	

IX. EVENTOS CONSIDERADOS EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA

En nuestro Hospital se mantendrá vigilancia sobre:

a) Eventos Adversos

1. Caídas sin daño.
2. Lesión cutánea por: contención mecánica, quemadura.
3. Úlcera por presión Estadio I.
4. Extravasación de medicamentos y/o soluciones.
5. Desplazamiento de catéter, tubo, sonda.
6. Autoretiro dispositivos invasivos.
7. Deglución accidental de cuerpo extraño durante la atención odontológica.
8. Error de medicación:
 - Error en la administración de medicamento: Que no provoca daño al paciente.
9. Error de Administración de dosis de radioterapia en una única sesión.
10. Error de posicionamiento en una sesión de radioterapia.

b) Eventos centinelas

Estos se agruparán para efectos de análisis en **ámbitos**, según se detalla:

1. **Ámbito:** Seguridad quirúrgica.
2. **Ámbito:** Atención obstétrica.
3. **Ámbito:** Infecciones asociadas a la atención en salud.
4. **Ámbito:** Seguridad en Medicina Transfusional.
5. **Ámbito:** Atención y cuidados.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	12 de 25	

1. **Ámbito: Seguridad de la cirugía**

- Enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos (trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar).
- Cirugía de paciente equivocado.
- Tipo de cirugía errónea.
- Cirugía del lado equivocado.
- Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico.
- Extirpación equivocada de un órgano.
- Paro cardíaco intraoperatorio.

2. **Ámbito: Atención obstétrica**

- Parto de paciente hospitalizada ocurrido fuera de sala de Parto o Pabellón.
- Asfisia neonatal, con apgar menor o igual a 6 a los 5 min.

3. **Ámbito: Infecciones asociadas a la atención en salud**

- Prolongación o reaparición de brote epidémico.
- Uso de material no estéril en procedimientos.

4. **Ámbito: seguridad la medicina transfusional**

- Transfusión a paciente equivocado.
- Reacción por sobre carga de volumen.
- Reacción hemolítica aguda por incompatibilidad de grupo ABO.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	13 de 25	

5. **Ámbito: Atención y cuidados de los pacientes**

- Caída de paciente con daño.
- Úlceras por presión (UPP) estadio II o más originadas durante la hospitalización.
- Lesión cutánea por contención en paciente pediátrico y neonatal.
- Retiro accidental o no programado de tubo orotraqueal.
- Perdida de biopsia.
- Embolismo aéreo en vía venosa, por uso de Inyectora Automática de Medio de contraste en exámenes imagenológicos.
- Fuga de paciente hospitalizado por intento de suicidio.
- Entrega equivocada de Recién Nacido.
- Entrega equivocada de cadáver.
- Aspiración de cuerpo extraño durante la atención odontológica.
- Necrosis tisular por extravasación de medicamentos de alto riesgos.
- Irradiación de sitio equivocado debido a cambio de posicionamiento de la ubicación de la fuente radioactiva (Braquiterapia).
- Irradiación de sitio equivocado por posicionamiento erróneo del paciente durante todo el tratamiento de radioterapia.
- Dosis incorrecta en Radioterapia debido a mala transcripción de la prescripción de la dosis médica de radioterapia
- Secuela o muerte debido a error en la calibración del Acelerador Lineal.
- Tratamiento de radioterapia a paciente equivocado.
- Error en la administración de medicamentos que causa secuela o muerte (ver criterios)*

(*) Criterios:

- El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
- El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.
- El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.
- El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervenciones para mantener su vida.
- El error contribuyó o causó la muerte del paciente.

Independiente de los eventos enunciados anteriormente, nuestro Sistema de reporte admite la notificación de cualquier evento que afecte la seguridad de atención y ellos serán sometidos a análisis según determine la Unidad de Calidad Asistencial, siguiendo el procedimiento descrito en el presente documento.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	14 de 25	

X. ETAPAS DE LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS

DetECCIÓN

La detección de eventos adversos/centinelas es una responsabilidad compartida por toda la Institución, por lo que todo funcionario que sea testigo de un incidente, evento adverso, evento centinela o participe de él, tiene que cumplir el presente protocolo notificando el evento ocurrido a través del sistema establecido.

Otras fuentes de detección de eventos son a través de la oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Unidad de Auditoría, y GRD.

Notificación

La notificación de un incidente, evento adverso/centinela se debe realizar en el formulario “Notificación de eventos” (Anexo 1), “Notificación de caídas” (Anexo 2), los cuales deberán estar disponibles y accesibles en todos los Servicios y Unidades de Apoyo.

El “Funcionario Notificante” y/o su jefatura completarán el formulario el cual deberá incluir toda la información necesaria para el posterior análisis.

Una vez completado el formulario, éste deberá ser derivado a la Unidad de Calidad, con plazo máximo de 5 días hábiles desde la ocurrencia o toma de conocimiento del evento, no obstante, en el caso de evento centinela ocurrido en horario hábil el aviso a la Unidad de Calidad debe ser en forma inmediata (vía telefónica y correo). En horario inhábil se deberá dar aviso a la Enfermera Jefe de Turno de la Unidad de Emergencia Hospitalaria entregando en ambos casos el formulario en el mismo plazo antes mencionado.

La Unidad de Calidad deberá devolver el formulario de notificación timbrado y firmado en un plazo no superior a los 5 días hábiles desde su recepción.

Análisis

Frente a cada evento adverso/centinela, se debe realizar un análisis de la situación con la participación de al menos una de las personas involucradas, jefatura, Integrantes del Círculo de Calidad, entre otros. El análisis debe ser enviado a la Unidad de Calidad Asistencial en el formulario correspondiente detallado en el anexo 3. En los análisis de error de medicación considerar el anexo 4.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	15 de 25	

En el caso de los eventos centinelas, el Encargado del Círculo de Calidad del Servicio/Unidad deberá convocar al equipo de la Unidad de Calidad para el análisis en conjunto.

El plazo para realizar el análisis para el evento centinela es de 10 días hábiles a partir del momento de la notificación y de 15 días hábiles para el adverso.

El informe de análisis deberá estar debidamente respaldado con la firma del Jefe/Supervisor/a y disponible en carpeta tanto en el Servicio de ocurrencia del evento como en la Unidad de Calidad Asistencial en un plazo no superior a 20 días hábiles ocurrido el evento.

Mensualmente la Unidad de Calidad emitirá un informe al Subdirector Médico del Establecimiento con el resumen estadístico de los eventos adversos y centinelas ocurridos y la proporción de análisis respectivo.

Implementación de Planes de Mejora y Seguimiento

El Encargado Círculo de Calidad de Servicio/Unidad de Apoyo, deberá monitorear el cumplimiento de los planes de mejora de los eventos analizados y discutidos dentro de su Servicio/Unidad y retroalimentar formalmente a la Unidad de Calidad a través de correo electrónico.

La Unidad de Calidad verificará el cumplimiento de los planes de mejora de los eventos centinelas, corroborando las acciones planificadas y ejecutadas.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	16 de 25	

XI. ANEXOS

Anexo 1

Notificación de Eventos

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS			
Identificación del notificante			
Nombre:		Cargo:	Fecha Notificación:
Notificación del evento			
Evento adverso <input type="checkbox"/> Evento centinela <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/> Tipo Evento:			
Fecha Ocurrencia:	Hora:	Servicio/Unidad notificante:	
Identificación del paciente	Nombre:		Rut:
	Edad:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	Diagnóstico(s):		
	Servicio/Unidad donde ocurre evento:		
Descripción del evento:			
Acciones Inmediatas:			
Se informa del evento a:			
Jefe Servicio <input type="checkbox"/> Médico de Turno <input type="checkbox"/> Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/>			
Supervisor(a) <input type="checkbox"/> Profesional de Turno <input type="checkbox"/> E.U Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/> Paciente/Familiar <input type="checkbox"/>			
Otro: _____			
Uso Unidad Calidad Asistencial			
Confirmación evento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Evento:			
Fecha recepción y hora:	Nombre y Firma Profesional Unidad	Nombre y Firma Jefe Unidad	

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	17 de 25	

Anexo 2

Formulario “Hoja Notificación de caídas”

NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS				
Nombre del Notificante:				
Cargo:			Fecha Notificación:	
Nombre del Paciente:				Edad:
Rut:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Diagnóstico:		
Notificación del evento				
Servicio/Unidad:	Cama:	Fecha Ocurrencia:	Hora:	
Día de la semana:		Evento Adverso <input type="checkbox"/> Evento Centinela <input type="checkbox"/>		
Sin lesión <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/>	Cuál:		Localización:	
Evaluación Riesgo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de riesgo:			
Descripción breve de la caída				
Lugar de ocurrencia				
Habitación <input type="checkbox"/>	Baño <input type="checkbox"/>	Pasillo <input type="checkbox"/>	Escalera <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Equipo mobiliario existente				
Cama	Existen barandas SI NO		Barandas arriba SI NO	Frenos SI NO
Camilla	Existen barandas SI NO		Barandas arriba SI NO	Frenos SI NO
Silla de ruedas	Frenos SI NO			
WC	Barras de apoyo SI NO		Ducha	Barras de apoyo SI NO

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	19 de 25	

Anexo 3

Análisis de Evento

ANÁLISIS DE EVENTO				
Evento adverso <input type="checkbox"/> Evento centinela <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/>				
Servicio/Unidad:			Fecha de análisis:	
Nombre Paciente:			Rut:	
Participantes del análisis:				
Causas:				
Factores que contribuyeron al evento:				
Plan de Mejora:				
Acción 1			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Acción 2			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Acción 3			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Nombre y firma Supervisor Servicio/Unidad				

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	20 de 25	

Anexo 4

Análisis de Error de Medicación

ANÁLISIS DE ERROR DE MEDICACIÓN (EM)			
Evento adverso	<input type="checkbox"/>	Evento Centinela	<input type="checkbox"/>
		Incidente	<input type="checkbox"/>
Servicio/Unidad:	Fecha de análisis:		Hora:
Participantes del análisis:			
Quién detectó el error (médico, Enfermera, familiar, otros)			
Datos del paciente			
RUT:	Edad:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Fecha ingreso:	Feriado <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Hábil <input type="checkbox"/>	Servicio/Unidad donde ocurre error:	
Diagnóstico Principal por cual recibe el medicamento:			
Datos personal involucrado en el error de medicación			
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Sistema de trabajo Diurno <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/>	
Grado formación: Médico <input type="checkbox"/> Químico Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/>			
TENS Farmacia <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Alumnos <input type="checkbox"/>			
Años de experiencia laboral:		Tiempo que trabaja en Unidad o CR:	
Consecuencia para el paciente según gravedad			
El error no provocó daño al paciente.			
El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.			
El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.			
El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.			
El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervenciones para mantener su vida			
El error contribuyó o causó la muerte del paciente.			
Datos medicamento relacionado con el error de medicación			
Se administró el medicamento al paciente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre medicamento administrado:	
Si no administró el medicamento qué acciones realizó para evitarlo			
Identifique en que etapa del proceso se originó el error de medicación			
Prescripción <input type="checkbox"/> Transcripción (farmacia) <input type="checkbox"/> Validación (farmacia) <input type="checkbox"/> Preparación (farmacia) <input type="checkbox"/>			
Dispensación (farmacia) <input type="checkbox"/> Transcripción (Enfermería/matronería) <input type="checkbox"/> Apariencia confundente <input type="checkbox"/>			
Confusión nombre medicamentos <input type="checkbox"/> Problema etiquetado <input type="checkbox"/> Almacenamiento (farmacia) <input type="checkbox"/>			
Almacenamiento (Clínica enfermería) <input type="checkbox"/> Preparación en clínica Enfermería <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/>			

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	21 de 25	

Tipo de Error	
Medicamento erróneo	
Omisión de dosis	
Omisión de medicamento	
Dosis incorrecta	
Frecuencia de administración incorrecta	
Preparación errónea del medicamento	
Error de prescripción	
Vía de administración incorrecta	
Paciente equivocado	
Duración de tratamiento incorrecto	
Presentación medicamento errónea	
Otro, ¿cuál?	
Causas del error	
Problemas de comunicación/coordiación	
Problemas de interpretación	
Confusión nombre o apellidos de los pacientes	
Confusión nombre de los medicamentos	
Problemas en el etiquetado/envasado/diseño	
Problemas en los equipos y dispositivos de preparación/administración	
Falta de conocimiento sobre el paciente	
Falta de conocimiento sobre el medicamento	
Falta de seguimiento de protocolo	
Lapsus, despiste	
Estrés, sobrecarga trabajo	
Otro, ¿Cuál?	
Factores contribuyentes asociados a los procesos de trabajo	
Falta de protocolos	
Falta de sistemas de comunicación efectivos entre los profesionales	
Falta de sistema de distribución en dosis unitaria	
Personal insuficiente	
Cambio frecuentes de tareas	
Asignación de personal sin experiencia	
Insuficiente capacitación	
Falta de información a los pacientes sobre los medicamentos	
Situación de emergencia	
Interrupciones o distracciones frecuentes	
Otro ¿Cuál?	

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	22 de 25	

Plan de Mejora:				
Acción 1			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Acción 2			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Acción 3			Verificador:	
Plazo:	Responsable(s):	Ejecutada SI <input type="checkbox"/>	Fecha ejecución:	
		NO <input type="checkbox"/>	Fecha reprogramación:	
Nombre y firma Supervisor Servicio/Unidad				

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	23 de 25	

XIII. REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Revisado por	Fecha	Cambios Ingresados
0	Jimena Díaz A.	15/08/2013	<ul style="list-style-type: none"> • Pág.7 Se elimina definición de caso. • Pág.8 En eventos adversos se elimina error de dispensación y administración de medicamentos, hematoma de plexo alveolar. • Pág.11 Se incorpora como evento centinela la caída de paciente pediátrico con potencial daño, lesión cutánea por contención en paciente pediátrico y neonatal, error en la administración de medicamentos, error en la dispensación de medicamentos, extravasación de droga vesicante, embolismo aéreo en vía venosa, por uso de inyectora automática de medio de contraste en exámenes imagenológicos y hematoma de plexo alveolar. • Pág.13 En sistema de análisis de información para evento adverso se deja solamente informe estadístico y se desagrega la tipificación. Se detalla responsabilidad del encargado de calidad. • Pág.14 Se incorpora como responsabilidad del Depto. Calidad la convocatoria para análisis de centinelas y la formalización de informes de análisis bajo firmas de jefaturas o Depto. de Calidad. • Se elimina anexo 2: formulario de análisis de evento centinela. • Se elimina la bibliografía.
1	Elizabeth Chamorro A.	08/08/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Se agrega ámbito de responsabilidad. • Se elimina la definición del casi error e incidente. • Se modifica como evento centinela, la extravasación de medicamentos de alto riesgo, quedando las extravasaciones de medicamentos como evento adverso. • Se considera toda asfixia neonatal menor o igual a 6 a los 5 minutos como evento centinela, no sólo la ocurrida en trabajo de parto.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	24 de 25	

1	Elizabeth Chamorro A.	08/08/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Se modifica Caídas pediátricas con potencial daño como evento adverso. • Se deja como centinela el error de administración de medicamento que cause secuela o muerte en el paciente, quedando los restantes como adverso. • Se deja el error en la dispensación del medicamento como evento adverso. • Se elimina la reacción alérgica grave al medio de contraste grave. • Se cambia el plexo alveolar como evento centinela por deglución accidental de cuerpo extraño durante la atención odontológica. • Se aclara el procedimiento del Sistema de vigilancia. • Se aumenta el umbral de cumplimiento del indicador a 100%. • Se modifica hoja de notificación de eventos adversos/centinelas. • Se modifica hoja de notificación de caídas. • Se unifica el formato de análisis de eventos adversos y centinelas.
2	Elizabeth Chamorro A.	27/08/2019	<ul style="list-style-type: none"> • En Alcance se agrega al Equipo del GRD. • Se modifica el ámbito de responsabilidad de los funcionarios, Profesionales Supervisores de Servicios y Unidades, Encargado de Círculo de Calidad, Jefe de la Unidad de Calidad; incorporándose la responsabilidad del Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo. • Se agrega al “glosario de términos” la definición de INCIDENTE y de DAÑO con su clasificación de acuerdo a la gravedad. • Se elimina dentro de los eventos centinelas la columna que contiene los aspectos a evaluar ante la ocurrencia de los mismos.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	GCL 2.3	
		Versión:	3	
	SISTEMA DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS	Vigencia:	Septiembre 2024	
		Página	25 de 25	

2	Elizabeth Chamorro A.	27/08/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorporan eventos adversos a la vigilancia tales como desplazamiento de catéter, tubo, sonda y el autoretiro de dispositivos médicos. El error de la prescripción y de la dispensación de medicamentos quedan clasificados como INCIDENTES y el error en la administración que no causó daño al paciente como ADVERSO. Se agregan el Error en la administración de dosis de radioterapia en una única sesión y el Error de posicionamiento en una sesión. • Dentro del ámbito “Seguridad de la Cirugía” se incorpora “Cirugía del lado equivocado”. • Dentro del ámbito “Seguridad en Medicina Transfusional”, se elimina la “infección por un agente transmisible que se puede transmitir por transfusiones” y se incorpora “la reacción hemolítica aguda por incompatibilidad de grupo ABO”. • En ámbito “Atención y Cuidados de los pacientes” se agrega el retiro/autoretiro no programado de tubo orotraqueal; aspiración de cuerpo extraño durante la atención odontológica, irradiación de sitio equivocado debido a cambio de posicionamiento de la ubicación de la fuente radioactiva, irradiación de sitio equivocado por posicionamiento erróneo del paciente durante todo el tratamiento de la RT, dosis incorrecta en RT, secuela o muerte debido a error en la calibración del acelerador lineal, tratamiento de RT a paciente equivocado. • En “Sistema de vigilancia de EA y EC”, se modifican aspectos de la notificación y del análisis. Se incorpora el ítem “Implementación de planes de mejora y seguimiento”. • Se elimina el ítem Evaluación de cumplimiento. • Se modifican los formularios de Notificación de evento, Notificación de caídas, formato de Análisis de evento. Se incorpora formato de “Análisis de error de medicación”.
---	-----------------------	------------	--