



Resolución Directoral

Lima, 20 de Mayo de 2022



VISTO:

El Expediente Nº 006379-22, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 163-2020-MINSA se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 92 - MINSAs/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud";

Que, con Resolución Ministerial Nº 523-2020-MINSA se aprueba la Norma Técnica de Salud NTS Nº 163-MINSA/2020/CDC para la Vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención de la Salud;

Que, con Nota Informativa Nº 103-2022-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en mérito a la Nota Informativa Nº 23-2022-OGC-USP-HONADOMANI-SB, con las precisiones que formula, solicita al Director General la oficialización de la actualización de la Directiva Sanitaria "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Provedo Nº 034-2022-OEPE-HONADOMANI-SB estando a la opinión técnica favorable contenida con Nota Informativa Nº 034-UPO-OEPE-2022-HONADOMANI-SB, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico respecto de la Directiva Sanitaria "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita continuar la atención respectiva;

Que, con Nota Informativa Nº 062-2022-DG-HONADOMANI.SB, el Director Adjunto informa al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", haber evaluado el proyecto de la Directiva Sanitaria "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y emite opinión favorable por lo que es de opinión que se oficialice mediante la correspondiente Resolución Directoral;

Que, con Memorando Nº 158-2022-DG-HONADOMANI.SB, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicitó al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica se sirva realizar la proyección de la Resolución Directoral para la aprobación de la Directiva Sanitaria "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



HONADOMANI "SAN BARTOLOME
SECRETARIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
23 MAYO 2022
RECEPCION

Con la visación del director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 051-2022-MINSA y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 001-HONADOMANI.SB-OGC-2022 "Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", compuesto de siete (07) folio y dos (02) anexos, que por las consideraciones precedentes forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Disponer que la Dirección Adjunta en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, difundan y monitoreen la implementación de la presente Directiva Sanitaria por parte de los Jefes de Departamentos médicos y asistenciales supervisando su debido conocimiento y aplicación entre todo el personal médico y asistencial, informando de sus avances mensualmente a la Dirección General.

Artículo Tercero.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución a través del portal de la Institución, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y publíquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
[Signature]
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado
MÓNICA MARGARITA CALLAN SOTO
FEDATARIO
Reg. N°..... Fecha.....

23 MAYO 2022

- SGCR/VRFP/ASP/rpag
c.c.
- OEPE
 - OAJ
 - OEA
 - OGC
 - OEI
 - Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño "San Bartolomé"

Oficina de Gestión de
la Calidad



**DIRECTIVA SANITARIA N° - 001 -
HONADOMANI.S.B - OGC- 2022**

**Directiva Sanitaria:
"SISTEMA DE NOTIFICACION
DE INCIDENTES DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN EL
HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE-NIÑO SAN
BARTOLOMÉ"
2022**

DESCRIPCIÓN BREVE:

La presente Directiva contribuye a la seguridad y calidad de la atención en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", previniendo la ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente mediante su adecuada identificación, notificación, registro, análisis e intervención sobre las causas que los originan.

**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Unidad de Seguridad del Paciente**

**Dr. Álvaro Santivañez Pimentel
Dr. Edson Valdivia Vera**



DIRECTIVA SANITARIA N° - 001 - HONADOMANI.S.B - OGC- 2022

"SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO SAN BARTOLOMÉ"

I. FINALIDAD

La presente Directiva contribuye a la seguridad y calidad de la atención en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", previniendo la ocurrencia de incidentes de seguridad mediante su adecuada identificación, notificación, registro, análisis e intervención sobre las causas que los originan.

II. OBJETIVOS

2.1 General

- Contar con un sistema que permita la identificación, notificación, registro y análisis oportuno de incidentes de seguridad del paciente en los servicios asistenciales del HONADOMANI "San Bartolomé" y la intervención sobre las causas que los originan.

2.2 Específicos

- Estandarizar el proceso de identificación, registro y notificación de incidentes de seguridad relacionados a la atención de pacientes en el HONADOMANI "San Bartolomé".
- Monitorear la ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente en las unidades y servicios del Hospital.
- Identificar prácticas inseguras en los procesos de atención de salud con el propósito de prevenir los incidentes de seguridad del paciente y así lograr una atención segura y de calidad.
- Identificar oportunidades de mejora de la calidad técnico asistencial en los procesos de atención de salud, implementando soluciones efectivas para las causas que originan los incidentes de seguridad del paciente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación obligatoria en todos los departamentos y servicios asistenciales del HONADOMANI San Bartolomé.

IV. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones de del Ministerio de Salud.



- Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de desinfección y esterilización hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021 MINSA/ DGE.V.01. Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117 MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA /2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 144-2020-MINSA que aprueba el Protocolo para la Recepción Organización y Distribución de los Traslados de los Pacientes Confirmados o Sospechosos Sintomáticos de COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA que aprueban la NTS N° 163-MINSA-2020-CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.



- Resolución Directoral N° 014-DG-HONADOMANI-SB-2018, que aprueba la "Guía Técnica Metodológica para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela" en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas

- ✓ **Seguridad del paciente:** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria (WHO 2009).

- ✓ **Riesgo de daño:** Circunstancia, agente o acción que puede potencialmente producir daño.
- ✓ **Daño:** es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.
- ✓ **Riesgo:** es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- ✓ **Incidente de seguridad del paciente:** un evento o circunstancia que pudo haber producido, o que produjo daño innecesario a un paciente. Este engloba e integra todos los acontecimientos y términos en relación a la seguridad del paciente, hayan producido o no daño en el paciente (incidente sin daño, incidente con daño: evento adverso, evento centinela).
- ✓ **Incidente sin daño:** incidente de seguridad del paciente que se define como aquella situación que ocurrió por una desviación de la práctica óptima de la prestación de atención y que pudo ocasionar daño al paciente, pero que no lo ocasionó ya sea por el azar o por una intervención oportuna y que, de no haber sido evitada de manera planificada o no, hubiera podido provocar daño al paciente. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir daño.

Es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (Por ejemplo, una caída del paciente que no produce daño).

- ✓ **Incidente con daño:** es un incidente de seguridad del paciente que produce daño, lesión o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, medicamentos, insumos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente. El incidente con daño puede ser un evento adverso o un evento centinela.
- ✓ **Evento adverso:** es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- ✓ **Evento centinela:** es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.



- ✓ **Factor contribuyente:** Es una circunstancia, acción o influencia que puede haber formado parte del origen o desarrollo de un incidente de seguridad del paciente, o del aumento de riesgo de incidente de seguridad.
- ✓ **Resiliencia:** Grado en el que un sistema u organización previene, detecta, mitiga o repara de forma continua los incidentes de seguridad del paciente y los riesgos de daño.
- ✓ **Reacción adversa:** daño inesperado producido por un tratamiento justificado.
- ✓ **Efecto secundario:** efecto conocido de un tratamiento, diferente del efecto principal o deseado.

5.2 La Alta Dirección, los jefes de Departamentos y Servicios deben tener en cuenta y además, cumplir y hacer cumplir las características de un Sistema de Notificación Exitoso de incidentes de seguridad, que para efectos de la siguiente directiva son:

- ✓ **No punitivo:** Las notificaciones están libres de temores a las represalias contra ellos o el castigo de los demás como resultado de los informes.
- ✓ **Confidencialidad:** La identidad del paciente, notificador y la institución nunca son revelados.
- ✓ **Independiente:** El sistema de notificación es independiente de cualquier autoridad con poder para sancionar al notificador o a la organización.
- ✓ **Oportuno:** Los reportes son analizados con prontitud y las recomendaciones son rápidamente diseminadas a quienes necesitan ese conocimiento, especialmente cuando serios riesgos son identificados.
- ✓ **Orientado a sistemas:** Las recomendaciones se centran en cambios a los sistemas, procesos o productos, más que en el desempeño individual.
- ✓ **Que dé respuestas:** La instancia que recibe los reportes es capaz de difundir las recomendaciones. Las organizaciones participantes se comprometen a aplicar las recomendaciones siempre que sea posible.

5.3 Es responsabilidad de todo el personal profesional, técnico, administrativo y asistencial el prevenir la ocurrencia de incidentes de seguridad.

5.4 Capacitación del Personal de Salud sobre Incidentes de seguridad del paciente y Análisis Causa Raíz:

- ✓ La oficina de Gestión de la Calidad realizará la capacitación a los jefes de Departamento y Servicio sobre identificación, notificación, registro y análisis de Incidentes de seguridad del paciente (Análisis causa-raíz).
- ✓ Los jefes de los Departamentos y de los Servicios asistenciales aseguran que el personal de salud a su cargo maneje los conceptos básicos sobre incidentes de seguridad del paciente, así como los mecanismos para la identificación, el reporte y notificación de estos.



5.5 Los Incidentes de Seguridad del Paciente para efectos de la presente Directiva, se clasifican en:

- ✓ Incidente sin daño
- ✓ Incidente con daño, este a su vez puede ser:
 - Evento adverso
 - Evento centinela

5.6 Cada uno de los Servicios Asistenciales de los diferentes Departamentos del HONADOMANI San Bartolomé, se constituye en una Unidad Notificante; para la identificación, notificación, registro y análisis de los incidentes de seguridad del paciente que ocurren en ellos.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Registro y Notificación de incidentes de seguridad del paciente

6.1.1 El personal de salud que identifique algún incidente de seguridad del paciente deberá notificarlo de forma inmediata al jefe de Servicio/Unidad o al que haga sus veces en ese momento, donde ocurrió el incidente; según flujograma (Anexo N° 01).

6.1.2 La notificación de Incidentes de seguridad del paciente se realizará en la Ficha de Notificación de Incidentes de seguridad (Anexo N° 2).

6.1.3 Los eventos centinela son de reporte obligatorio e inmediato por todo el personal de salud, debiéndose de reportar a la jefatura inmediata superior y a la OGC, respectivamente.

6.1.4 Para la notificación de incidentes seguridad del paciente se deberá considerar:

- ✓ La Identificación: si efectivamente corresponde a un incidente de seguridad del paciente y,
- ✓ La Tipificación: si es incidente sin daño, incidente con daño: evento adverso o evento centinela.

6.1.5 El jefe de Servicio se responsabilizará de realizar el control de calidad del llenado correcto de la ficha de notificación de incidentes de seguridad del paciente, consolidar las fichas y enviar un reporte mensual físico y virtual al Jefe de Departamento y, este a su vez realizar un segundo control de la calidad de la información y en forma consolidada remitirla a la Oficina de Gestión de la Calidad, adjuntando todas las fichas de notificación.



6.2 Procedimiento para el Análisis e intervención de un incidente de seguridad del paciente:

- 6.2.1 Los incidentes de seguridad del paciente reportados, serán analizados en primera instancia por los jefes de Servicio, quienes serán los responsables de proponer e implementar acciones para la prevención de dichos incidentes.
- 6.2.2 El incidente de seguridad de presentación más frecuente o de mayor impacto en el mes, deberá ser analizado por los jefes de Servicio y de Departamento, debiéndose entregar un informe a la Oficina de Gestión de la Calidad en un plazo no mayor de 20 días, que contenga recomendaciones y propuestas de ciclos de mejora.
- 6.2.3 En caso que el jefe de Departamento o de Servicio considere importante realizar el análisis causal de un evento adverso, en cualquier momento, podrá realizar el análisis correspondiente a ese nivel y remitir el informe a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.2.4 La Oficina de Gestión de la Calidad recepcionará las fichas y el reporte mensual de incidentes de seguridad, realizará el análisis y evaluación de la data y, elaborará un informe consolidado de reporte mensual de incidentes de seguridad. Este informe se enviará a la Dirección General del Hospital para conocimiento y su envío a los jefes de Departamento para la implementación de las acciones que corresponda.
- 6.2.5 Los jefes de Departamentos y Servicios serán responsables de implementar las recomendaciones señaladas en el informe final remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, las cuales serán informadas sobre su cumplimiento.

6.3 Procedimiento para el Análisis de un Evento Centinela:

- 6.3.1 Todos los eventos centinelas requieren de un análisis causa-raíz, en el cual participaran, además, el jefe del Departamento, el jefe del Servicio involucrado y la Oficina de Gestión de la calidad, esta última para brindar asistencia técnica.
- 6.3.2 Los jefes de Departamento son los responsables del análisis de los Eventos Centinela, siguiendo la metodología establecida en la "**Guía Técnica Metodológica para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela**", aprobada con Resolución Directoral N° 014-DG-HONADOMANI-SB-2018, debiendo informar a la Dirección General con copia a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.3.3 El análisis causa-raíz de un evento centinela, debe iniciarse dentro de las 72 horas de ocurrido el evento centinela.



VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La Dirección Adjunta del HONADOMANI San Bartolomé es la responsable de hacer cumplir la presente Directiva.
- 7.2 La Oficina de Gestión de la Calidad del hospital será responsable de la difusión y monitoreo del cumplimiento de la presente directiva, así como de su actualización.
- 7.3 Los jefes de los Departamentos y Servicios asistenciales serán los responsables de la implementación de la presente Directiva, en los aspectos que les corresponda.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La Oficina de Estadística e Informática a requerimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad y por disposición de la Dirección General, implementará el sistema virtual de notificación de incidentes de seguridad del paciente en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

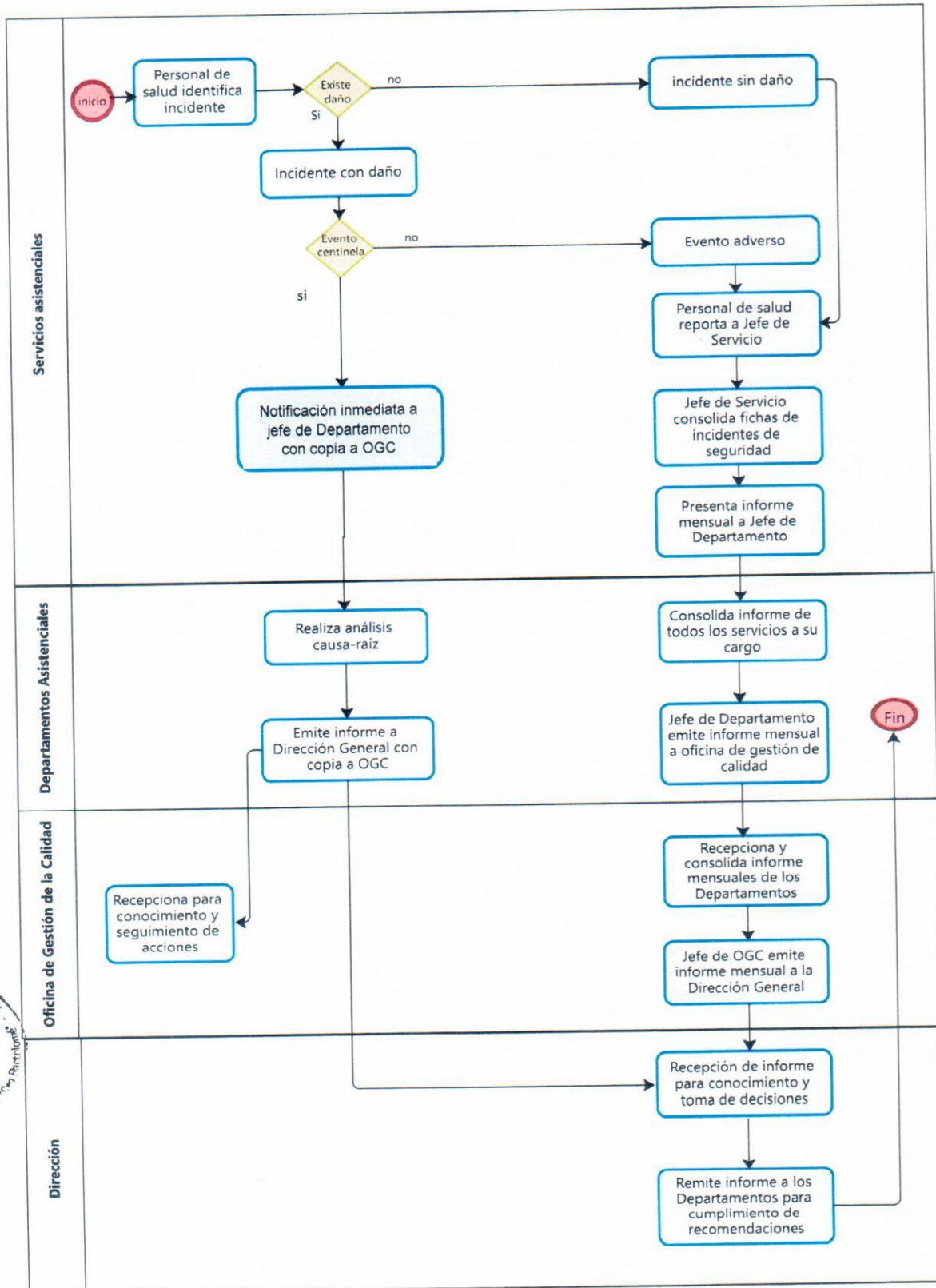
IX. ANEXOS

- Anexo 01: Flujograma del proceso de Notificación de Incidentes de seguridad.
- Anexo 02: Ficha de Notificación de Incidentes de seguridad.



ANEXO 01

Flujograma del proceso de Notificación de Incidentes de seguridad



ANEXO 02
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
FICHA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

SERVICIO: _____ FECHA DE NOTIFICACION: _____ HORA: _____

TIPO DE PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: F M

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____ DIAGNOSTICO _____

NOMBRE DEL INCIDENTE DE SEGURIDAD: _____	
FECHA DEL INCIDENTE: _____	HORA: _____
DESCRIPCION DEL INCIDENTE DE SEGURIDAD : _____	

TIPO DE INCIDENTE DE SEGURIDAD:

SIN DAÑO: CON DAÑO: EVENTO ADVERSO: EVENTO CENTINELA:

Incidente de seguridad del paciente SIN DAÑO: incidente de seguridad del paciente que se define como aquella situación que ocurrió por una desviación de la práctica óptima de la prestación de atención y que pudo ocasionar daño al paciente, pero que no lo ocasionó ya sea por el azar o por una intervención oportuna y que, de no haber sido evitada de manera planifica o no, hubiera podido provocar daño al paciente. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir daño.

Incidente de seguridad del paciente Con Daño - EVENTO ADVERSO: es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Pude ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Incidente de seguridad del paciente Con daño - EVENTO CENTINELA: es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.



ALGUNOS EJEMPLOS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO (EVENTO ADVERSO)	
Infección Intrahospitalaria	Desgarros perineales
Caída del Paciente con Daño	Dehiscencia de herida perineal
Hematoma post venipunturas	Retención de productos de la concepción
Flebitis en sitios de venopunción	Fistulas recto-vaginales
Reacción anafiláctica	Fistulas vesico-vaginales
Infección de Sitio Operatorio	Infección intrahospitalaria por endometritis
Reoperación	Cefalea post punción lumbar
Absceso residual	Neumotórax post punción pleural
Quemadura eléctrica en SOP (electrocauterio)	Reingreso menos de 7 días
Atonía uterina	Retención de placenta
Dehiscencia de anastomosis	Úlcera por presión
Eventración abdominal	Error en el registro del medicamento administrado que produjo daño
Cirugía en lugar errado	Error en la administración del medicamento que produjo daño
Reacción adversa a donación de sangre	Fractura radicular post exodoncia
Extravasación de la vía Endovenosa	Obturación de endodoncia deficiente
Reacción adversa a la dieta	Alveolitis post endodoncia
Paro cardiorespiratorio durante acto operatorio	Neumotórax por ventilación mecánica
Insuficiencia respiratoria durante y post acto operatorio	Reacción adversa a medicamento
Laringotraqueomalacia	Neumotórax por Catéter Venoso Central
Infección relacionada a CVC	Neumonía asociada a ventilación mecánica
ALGUNOS EJEMPLOS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO	
Caída del Paciente sin Daño	Errores en la administración de dieta
Incumplimiento de las normas de seguridad	Fuga del paciente
Venipuntura fallida en toma de muestra	Mala calidad de dispositivos o Insumos Médicos
ALGUNOS EJEMPLOS DE EVENTOS CENTINELAS	
Muerte materna	Lesión de órgano intraabdominal en intervenciones quirúrgicas
Muerte fetal	Neumonía aspirativa
Muerte neonatal	hemorragia interna post cirugía menor
Depresión neonatal severa	Ruptura uterina en trabajo de parto
Eclampsia intrahospitalaria	Histerectomía post parto
Anemia neonatal severa	Shock post operatorio
Quemaduras (sustancia química, calor local, eléctrica)	Óbito fetal intrahospitalario
Perforación uterina	Transfusión de sangre contaminada



X. BIBLIOGRAFIA

9.1 Recursos Bibliográficos

- UNICEF. El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia noviembre de 2011.
- Keeney RL. Decisions about life-threatening risks. *New England Journal of Medicine* 1994; 331: 193-96 RMF staff. *Risk Management Essentials*. 2004 October (5) (Acceso 28 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.rm.f.harvard.edu/research-resources/articles/risk-management-essentials.aspx>.
- Martínez FJ, Ruiz Ortega, JM. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Ruiz Ortega JM. La gestión de riesgos sanitarios en los hospitales. En Aranaz J, Vitaller J (ed). *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud 2004:107-20.
- Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations. Disponible en <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>.
- Teare EL, Masterton RG. Risk management in pathology. *J. Clin. Pathol.* 2003; 56:161-63.
- Aranaz y cols. *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Díaz de Santos. 2008.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70

9.2 Recursos de Internet

- Estudio ENEAS (Estudio nacional de eventos adversos ligados a la hospitalización): http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
- Estudio APEAS (Estudio nacional de eventos adversos en atención primaria): <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>.
- Agencia de Calidad del SNS <http://www.msc.es/profesionales/excelencia>.
- Fundación Avedis Donabedian: <http://www.fadq.org/>.

