



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 014 -DG-HONADOMANI-SB-2018



Resolución Directoral

Lima, 18 de Enero de 2018

Visto, el Expediente N° 16935-17;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el ministerio de salud, resultando de aplicación por los órganos desconcentrados del MINSA, en cuyo numeral 5.4 comprende como tipos de documentos normativos a las Guías Técnicas o Manuales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-001 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, mediante Nota Informativa N° 272-2017-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad "...presenta la nueva "Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela" que actualizaría la Metodología de Análisis de Causa Raíz oficializada desde hace 5 años con Resolución Directoral N° 0363-DG-HONADOMANI-SB/2012, tiempo en el cual se han desarrollado diversos análisis de causas raíz, permitiendo el desarrollo de una mejor sistematización e instrumentalización" solicitando su respectiva aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, la finalidad de la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela es la de "disminuir la recurrencia de los eventos adversos centinelas identificados y notificados en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Memorándum N° 013-2018-DA-HONADOMANI-SB, el Director Adjunto solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica se proyecte el correspondiente acto resolutivo;

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

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 626-2017/MINSA y el





Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la "Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" compuesta de 22 folios, que forman parte integrante de la presente Resolución.



ARTICULO SEGUNDO.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 0363-DG-HONADOMANI-SB/2012 que aprueba la anterior "Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela."

ARTICULO TERCERO.- El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad deberá difundir, implementar, capacitar y supervisar permanentemente la adecuada aplicación de la "Guía Técnica : Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela".



ARTICULO CUARTO.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo que aprueba la "Guía Técnica : Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela" aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolomé.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

IAS/JC/0/rpag
C.C.

- DA
- DP
- DGO
- DE
- OGC
- OEI
- OAJ
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CMP 20684 RNE 10628

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GOMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha 19 ENE. 2018



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Enero - 2018



La presente Guía Técnica mediante la correcta aplicación de la metodología de Análisis Causa-Raíz, tiene por finalidad disminuir la recurrencia de los eventos adversos centinelas identificados y notificados en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé".

GUÍA TÉCNICA: "METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR) DE EVENTOS CENTINELAS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ"

Guía Técnica N° OGC-HONADOMANI-SB-2018 V.02

RD N° -DG-HONADOMANI-SB/2018

Autor: Edson Valdivia Vera
Médico de Gestión en Salud
Jefe Unidad de Seguridad
del Paciente





Dr. Ildauro Aguirre Sosa
Director General

Dr. Carlos Santillán Ramírez
Director Adjunto

Dr. Álvaro Santiváñez Pimentel
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Edson Valdivia Vera
Jefe Unidad de Seguridad el Paciente

Enero 2018



FORMULACION DE LA GUÍA TÉCNICA: "METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR) DE EVENTOS ADVERSOS CENTINELAS"

EQUIPO TECNICO ELABORADOR:

Dr. Álvaro Santiváñez Pimentel	Oficina de Gestión de la Calidad
Dr. Edson Valdivia Vera	Unidad de Seguridad del paciente
Dr. Augusto Díaz Falcón	Unidad de Seguridad del paciente

COLABORADORES

Michael Barrenechea Loo	Médico Residente de Gestión en Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Nélida Oscoco Aroni	Médico Residente de Gestión en Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Isabel Tello Rivera	Médico Residente de Gestión en Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Jessica Llano Guillén	Médico Residente de Gestión en Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Guía Técnica N° ____ OGC-HONADOMANI-SB-2018 V.02

I. TITULO

Guía Técnica: "Metodología para el Análisis Causa Raíz (ACR) de Eventos Adversos Centinelas", en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

II. FINALIDAD

La presente Guía Técnica mediante la correcta aplicación de la metodología de Análisis Causa-Raíz, tiene por finalidad disminuir la recurrencia de los eventos adversos centinelas identificados y notificados en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé".

III. OBJETIVO:

Estandarizar la metodología del Análisis Causa-Raíz para la identificación de las causas de los eventos adversos centinelas identificados y notificados en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño "San Bartolomé".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía Técnica es de aplicación en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Nacional Docente Madre – Niño "San Bartolomé".

V. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Metodología para el Análisis Causa Raíz de Eventos Adversos Centinela

VI. CONSIDERACIONES GENERALES

6.1. Definiciones Operativas

- **Seguridad del paciente:** reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
Ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria (WHO 2009)
- **Incidente de seguridad:** Evento o circunstancia que pudo haber producido o que produjo, daño innecesario a un paciente. Puede ser de dos tipos: Incidente de seguridad sin daño o incidente de seguridad con daño, este puede ser un Evento Adverso o un Evento Adverso Centinela.
- **Incidente de seguridad sin daño:** incidente de seguridad 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. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir daño.
- **Evento adverso:** Es un incidente de seguridad 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. Un evento adverso está directamente relacionado con la atención de salud

- **Evento Centinela:** Es un tipo de 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, investigación y una respuesta inmediata. Son de reporte obligatorio e inmediato, por todo el personal de salud, debiéndose reportar a la Jefatura y Oficina de Gestión de la Calidad. Todos los eventos centinelas requieren de un Análisis Causa - Raíz
- **Riesgo:** la probabilidad de que ocurra un incidente de seguridad.
- **Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes, derivadas de la atención de salud.
- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
- **Error:** Fallo en la implementación de una acción prevista o la aplicación de una acción o plan de acción incorrecto.
- **Barrera:** Control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.

6.2. Conceptos Básicos

- **Análisis Causa - Raíz (ACR):** metodología que plantea la investigación sistemática y secuencial para identificar las fallas en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso centinela. Tiene las siguientes características:
 - Usa una serie de preguntas y/o herramientas de calidad para determinar cuáles son los factores fundamentales llamados causa o causas raíces que han podido originar el evento adverso centinela.
 - La columna vertebral del ACR es el análisis sistemático y estructurado de eventos adversos centinelas.
 - La implementación del ACR nunca es de carácter punitivo.
 - No se centra en la persona, sino en el análisis e investigación del proceso de atención para determinar que sucedió, porque sucedió y que puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo.
 - Busca identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores y las fallas del sistema.
 - Se constituye en una estrategia para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de los pacientes.

6.3. Requerimientos Básicos

- El ACR requiere del involucramiento y la participación activa del equipo de salud que participó en el proceso de atención en el cual se originó el evento adverso centinela, así como la participación del Jefe del Departamento y del Servicio, por ser los que tienen la capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de salud.
- El ACR se debe iniciar dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento adverso centinela.



- El informe final de los resultados del ACR debe presentarse a la Dirección General y a la Oficina de Gestión de la Calidad como máximo a los 20 días de ocurrido el evento.
- Los Jefes de Departamento son los responsables del análisis de los Eventos Centinela, siguiendo la Metodología para el Análisis Causa Raíz.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

Descripción detallada del Proceso o Procedimiento

La metodología del ACR comprende el desarrollo de ocho pasos secuenciales, que permiten identificar la(s) causa(s) raíz(ces) que originaron el evento adverso centinela y plantear los cambios a través de la implementación de acciones concretas para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de salud; los pasos son:

- Paso 1. Definir el evento a investigar.
- Paso 2. Organizar un equipo de trabajo.
- Paso 3. Recojo de información
- Paso 4. Describir qué pasó.
- Paso 5. Identificar los factores contribuyentes.
- Paso 6. Identificar las causas fundamentales o causa raíz
- Paso 7. Diseñar e implementar cambios.
- Paso 8. Medir los cambios.

PASO 1: Definir el evento a investigar

El primer paso consiste en identificar y tipificar de manera específica si el incidente de seguridad con daño (Evento adverso) requiere la realización de análisis causa raíz, para ello se aplica la "Matriz codificada de Medición de Severidad de Eventos Adversos" (Anexo N° 01), que considera el criterio de probabilidad de ocurrencia y el criterio del grado de severidad del evento adverso, como se muestra a continuación:

PROBABILIDAD de ocurrencia del evento adverso		Grado de SEVERIDAD del evento adverso	
Frecuente	Probabilidad de ocurrencia inmediata o en un corto periodo.	Catastrófico	Que produce efectiva o potencial muerte o pérdida permanente de función (sensitiva, motora, intelectual).
Ocasional	Probabilidad de ocurrencia varias veces, en relación a la ocurrencia "habitual"	Mayor	Que provoca disminución permanente de función (sensitiva, motora, intelectual).
Infrecuente	Probabilidad de ocurrencia algunas veces (de vez en cuando)	Moderado	Que provoca prolongación de la estadía hospitalaria o aumento de la intensidad de la atención.
Remoto	Muy poco probable que ocurra. (Muy rara vez) o casi improbable	Menor	No prolonga la estadía hospitalaria, no aumenta la intensidad de la atención.

*Adaptado de la National Center for Patient Safety (NCPS) de los EEUU

Estos dos criterios se cuantifican en una tabla de doble entrada que es la:



Matriz Codificada de Medición de Severidad de Eventos Adversos*

CRITERIOS		SEVERIDAD			
		CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR
PROBABILIDAD	FRECUENTE	3	3	2	1
	OCASIONAL	3	2	1	1
	INFRECUENTE	3	2	1	1
	REMOTO	3	2	1	1

*Adaptado de la National Center for Patient Safety (NCPS) de los EEUU

Para valorar o identificar si el evento adverso requiere de ACR, se procede de la siguiente manera:

- En el incidente de seguridad a analizar, se identifican los criterios de probabilidad de ocurrencia y grado de severidad, de acuerdo a la matriz Codificada de Medición de Severidad de Eventos Adversos.
- Se combina (entrecruza) los puntajes indicados de estos criterios en la matriz, para establecer el nivel de prioridad.
- De acuerdo a su severidad y probabilidad, los incidentes poseen distintos niveles de prioridad que van del 1 al 3, donde 3 son los altamente prioritarios de analizar.
- Si el puntaje obtenido es 3 ó 2, se debe realizar el ACR.

PASO 2: Organizar un equipo de trabajo

Una vez identificado y tipificado el evento adverso, se debe conformar un equipo de trabajo, que debe estar conformado por un núcleo central de 3 a 5 personas, en el que indefectiblemente debe estar el Jefe del Departamento, el Jefe del Servicio, la Jefa de Enfermería u Obstetricia del Servicio (según corresponda); el Jefe del Departamento es el responsable del núcleo central, quien se encargará de gestionar todo el proceso del ACR.

Para la conformación del equipo de trabajo se tendrá en cuenta, además, la interdisciplinariedad, lo que va a contribuir a analizar desde una perspectiva más amplia el evento.

PASO 3: Recojo de Información

Los integrantes del núcleo central del equipo de trabajo, procederán a recabar información relacionada a los sucesos que dieron origen al evento, centrándose principalmente en lo acontecido y además en lo que rutinariamente se realiza en el servicio. Se debe poner atención no solo a los aspectos netamente asistenciales, sino también a los aspectos administrativos y de gestión sanitaria, que pudieron haber contribuido a la ocurrencia del evento adverso centinela. El recojo de información se realiza mediante tres técnicas: la revisión documentaria, la observación y la entrevista, estas se aplicarán en la amplitud que requiera el caso en particular.

La revisión documental, implica verificar los documentos que permitan entender los hechos en relación al origen del evento adverso centinela, siendo las principales fuentes: la Historia Clínica, informes, libros de registro (reportes operatorios, libro de registro de partos, libro de registro de emergencia, etc.), hoja de programación de personal, guías de práctica clínica, guías de procedimiento asistenciales, etc.; también puede revisarse fuentes de bases de datos electrónicas.

La observación, implica verificar las áreas donde se produjeron los hechos para valorar los dispositivos e insumos médicos, equipos biomédicos, mobiliario, así como las características de los ambientes de trabajo (infraestructura). La visita de observación debe realizarse lo más pronto posible y debe centrarse en su propósito, es decir no hacerlo simultáneamente a las entrevistas.

La entrevista, implica abordar al personal del equipo de salud que participó directamente e indirectamente en el proceso de atención y debe realizarse una vez que se ha revisado la historia clínica. La entrevista tiene por objetivo corroborar los hechos y aclarar aquellos aspectos de la atención que tienen registros contradictorios o que están ausentes. Se busca entender qué ocurrió y por qué ocurrieron los hechos.

PASO 4: Describir qué pasó

Con la información recogida (Entrevistas, revisión documental u la observación), se debe de realizar una descripción de lo sucedido, describiendo de manera cronológica y detallada cada uno de los sucesos que precedieron al evento adverso centinela. Para una mejor descripción del evento centinela se debe responder a las preguntas: ¿Cuándo? ¿Dónde? y ¿Cómo ocurrió el evento? e identificar las áreas, servicios y tipos de personal de salud relacionados con el evento.

Para ello se utiliza la gráfica de "Línea de tiempo", que facilita la visualización del proceso y también permitirá identificar los factores contribuyentes y causas-raíz (Anexo N° 02).

PASO 5: Identificar factores contribuyentes:

Este paso permite identificar las situaciones, circunstancias o condiciones que aumentaron la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los sucesos descritos en la línea del tiempo y por lo tanto dieron origen al evento adverso centinela.

La representación gráfica (Línea de Tiempo) elaborada en el paso anterior debe ser analizada por el equipo de trabajo, para identificar los posibles factores que contribuyeron a la ocurrencia de cada hecho o suceso.

Se deben considerar sólo los factores dados o que estuvieron presentes en el momento de ocurrencia del evento analizado.

Para establecer el listado de factores contribuyentes se utiliza la "Matriz de Factores Contribuyentes" (Anexo N° 03) y se aplica la técnica de lluvia de ideas, respondiendo a la pregunta: ¿Qué factor aumento la probabilidad de ocurrencia del suceso/hecho?

Los factores contribuyentes se agrupan en ocho aspectos, relacionados a: el Factor Paciente, el Factor Personal Asistencial de Salud, a los Procedimientos, al Equipamiento o Insumos, a la Organización o el Liderazgo, a la Formación o Entrenamiento, a la Comunicación y los relacionados a los aspectos del Ambiente (Anexo N° 03). Como se muestra en la matriz del ejemplo, se transcribe en la primera fila cada uno de los Hechos/sucesos identificados en la línea del tiempo y en la primera columna se coloca los ocho aspectos relacionados a los factores a identificar por cada uno de los sucesos.

PASO 6: Identificar las causas fundamentales o causas raíz:

Este paso permite diferenciar del total de factores contribuyentes, cual o cuales son causa(s) fundamentales o causas raíz, por la(s) que falló el proceso y que conllevó a la ocurrencia del evento adverso centinela. Probablemente coexistan una o más causas raíz.

Para el proceso de identificación de la causa raíz se aplica tres preguntas a cada uno de los factores contribuyentes identificados, las que permiten diferenciarlos entre un factor contribuyente y una causa raíz. Para ello se utiliza la "Matriz de Identificación de Causas Raíz o Causas Fundamentales", aplicando la técnica de las Tres Preguntas (Anexo N° 04).

PASO 7: Diseñar e implementar cambios:

Habiendo identificado la(s) causa(s) raíz (causa fundamental) del evento adverso centinela, el equipo de trabajo procederá a diseñar un plan de acción que debe reflejar las soluciones a las causas (problemas) identificados. Se sugiere responder a las siguientes preguntas:

- *¿Qué medidas se necesitan para evitar que esta causa vuelva a ocurrir?*
- *¿Cómo podemos evitar que los factores contribuyentes desencadenen nuevamente el evento adverso?*
- *¿Cómo podríamos cambiar la forma en que hacemos las cosas para asegurar de que esta causa no vuelva a presentarse?*
- *Si un evento como éste vuelve a suceder, ¿Cómo podríamos detener la trayectoria del mismo?*

Se debe identificar una o más acciones correctivas para cada causa raíz y para cada factor contribuyente, estableciendo el verificador que permita corroborar el cumplimiento de la acción correctiva, así como identificar al responsable de su implementación y el plazo para su cumplimiento, para ello se utiliza la "Matriz para elaborar el Plan de Acción" (Anexo N° 05).

PASO 8: Medir los cambios

Una vez identificadas las acciones correctivas, el equipo de trabajo debe asegurar que serán implementadas, por lo que estas deben ser supervisadas y evaluadas en el horizonte de tiempo establecido en la matriz del Plan de Acción.

La evaluación debe ser minuciosa y constructiva, enfatizándose en el proceso de mejora continua y en la pertinencia del cumplimiento de los tiempos establecidos como límites. Con este fin se utiliza la "Matriz de Seguimiento del Cumplimiento o Implementación de las Acciones Correctivas" (Anexo N° 06).

VIII. RECOMENDACIONES

- La Oficina de Gestión de la Calidad, debe realizar la difusión e implementación de la presente Guía Técnica en todos los Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- La Oficina de Gestión de la Calidad debe capacitar a todos los Jefes de los Departamentos y Servicios, en la correcta aplicación de la "Metodología para el Análisis Causa Raíz de Eventos Centinelas".
- La Oficina de Gestión de la Calidad debe brindar asistencia técnica a los equipos de trabajo responsables del Análisis Causa Raíz, cuando se reporte un Evento Adverso Centinela y más aún si esta es requerida por ellos.



- Los Jefes de los Departamentos y de los Servicios, deben monitorear y asegurar el cumplimiento de las acciones correctivas (acciones de mejora) planteadas como resultado del Análisis Causa Raíz de Eventos Centinelas.
- Se debe contar con un sistema de identificación, notificación y análisis de eventos centinela.
- La Alta Dirección del Hospital debe brindar permanentemente el apoyo y respaldo correspondiente para el cumplimiento de la presente Guía técnica.

IX. ANEXOS:

Anexo 1: Matriz Codificada de Medición de Severidad de Eventos Adversos

Anexo 2: Línea del Tiempo

Anexo 3: Matriz de Factores Contribuyentes

Anexo 4: Matriz de Identificación de Causas Raíz o Causas Fundamentales

Anexo 5: Matriz para Elaborar el Plan de Acción

Anexo 6: Matriz de Seguimiento del Cumplimiento o Implementación de las Acciones Correctivas

Anexo 7: Flujograma de los Pasos para el Análisis Causa Raíz



ANEXO N° 01

Matriz Codificada de Medición de Severidad de Eventos Adversos*

PROBABILIDAD del evento adverso		SEVERIDAD del evento adverso	
Frecuente	Probabilidad de ocurrencia inmediata o en un corto periodo.	Catastrófico	Que produce efectiva o potencial muerte o pérdida permanente de función (sensitiva, motora, intelectual).
Ocasional	Probabilidad de ocurrencia varias veces, en relación a la ocurrencia "habitual"	Mayor	Que provoca disminución permanente de función (sensitiva, motora, intelectual).
Infrecuente	Probabilidad de ocurrencia algunas veces (de vez en cuando)	Moderado	Que provoca prolongación de la estadía hospitalaria o aumento de la intensidad de la atención.
Remoto	Muy poco probable que ocurra. (Muy rara vez) o improbable	Menor	No prolonga la estadía hospitalaria, no aumenta la intensidad de la atención.

*Adaptado de la National Center for Patient Safety (NCPS) de los EEUU

CRITERIOS		SEVERIDAD			
		CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR
PROBABILIDAD	FRECUENTE	3	3	2	1
	OCASIONAL	3	2	1	1
	INFRECUENTE	3	2	1	1
	REMOTO	3	2	1	1



ANEXO N° 02

LÍNEA DEL TIEMPO

Hecho/suceso 1	Hecho/suceso 2	Hecho/suceso 3	Hecho/suceso 4	Hecho/suceso 5
→	→	→	→	→
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora

Cuando?, donde?,
como?
y quienes?





Línea del Tiempo (Ejemplo)

23/04/2017	24/04/2017
HECHO/SUCESO 1 Emergencia 09:30 h Acude a Emergencia por presentar pérdida de líquido amniótico hace 3 horas y percepción de movimientos fetales disminuidos. F.V: PA: 100/50 y Pulso: 80x' DU: 1 en 10', que dura 25'' y de leve intensidad. FC: 140x' TV: 2cm de dilatación, l: 80% y cabeza en C-3 Indic: Pasa a Centro Obstétrico y Estimulación de Parto. Responsable: MAG Dx: Gtte de 40ss // TPFL //RPM 3horas) //ARO//Anemia leve//Ant.TBC // ITU recurrente Centro Obstétrico (DILATACIÓN) 10:30 h Dx: Gtte 40 ss //TPFL TV: (D=2cm) // Pcte. tranquila. IM3 refiere que Pcte. estaba pálida.Hb: 11.3mg/dl (marzo-2017) Plan: 1er ciclo de Oxitocina. Monitoreo de Paciente por IM1	HECHO/SUCESO 4 Puerperio 04:48 h Pacte. No pudo orinar; se quejaba de dolor, sudaba mucho y tenía cefalea. IM1 paciente con gran palidez y diáforesis profusa. FV: PA: 86/54, FC: 120x', pulso filiforme y RC de baja intensidad. OG3 MR 3A TV c/ gran volumen de coágulos (300cc). Llama por teléfono a MAG2 y da indicaciones vía telefónica. 2da vía periférica, poligelina a chorro y pruebas cruzadas. Responsable: MAG2, MR 3A, MR 2A y MR 3A. 04:50 h MR2A fue a buscar a MAG2 al Star Médico para que selle órdenes de transfusión de PG. IM va hasta en 2 ocasiones a Laboratorio para solicitar que personal suba a tomar muestra para Pruebas cruzadas, sin lograr su objetivo. Responsable: MAG2, MR 3A, MR 2A y MR 1A. 05:00 h MR3A llamó nuevamente a MAG2 Indicó se soliditen Paquetes Globulares, AGA, Hb/Hto y pruebas cruzadas (No bajo a ver a la Pcte.). MR 2A i/c a UCIM. PA:90/55, FC:120x' 05:10 h MR 3A volvió a llamar a MAG2, que acudió evalúa. Paciente con gran palidez, confusa, con sangrado abundante (aprox. 600cc). 05:27 h Pcte. es llevada a SOP por MAG2, MR 3A, MR 2B e IM2. HECHO/SUCESO 5 SALA DE OPERACIONES 5:30 h Paciente ingresó a SOP. 05:32 h AAG encuentra a paciente en Parto Cardiorrespiratorio (1er. Parto) RCP solicitada transfusión. MR 1A hizo órdenes y buscó al asistente de guardia de Emergencia para que coloque su sello. (05:38 h) Inicio Cirugía 05:40 h Paciente presentó 2do Parto Cardiorrespiratorio, masaje cardíaco MR 3A y MR de Anestesiología, por un lapso de 10'. Desfibrilador en la primera descarga se queman paletas por no uso de gel. Luego de 10', llegó otro desfibrilador. RCP avanzado (duración aprox. 25 min). 06:10 h Qx: Laparotomía Exp. + Histerectomía Subtotal + salpingooforectomía bilateral.Hallazgo: útero pálido, atónico, flácido, de aprox. 20 cm, trompa de falopio izquierda adherida a ligamento ancho. Transfusión 4 PG (1058cc), 4 Unid de PFC (575cc) y 9 Unid Plaq (471cc). Responsables: MAG1, MAG2, Residentes 3A y 2B 07:05 h Evaluación de UCI en SOP FV: PA: 46/30, FC: 215x', Sat: 92% Pupilas midriáticas y arreactivas, hipotensión arterial refractaria (c/adrenalina por vía periférica), sangrado vaginal activo. Lab: pH: 6.8, Gluc: 18, Lactato: 11, Indicó continuar Hemodervados, Vita K, Bicarbonato de Sodio, Dextrosa 33% + Dextrosa 10%. Se colocó CVC. SS Rx Tórax. No movilizar a Pcte. FV: FC:120x', PA: 76/42, Sat: 100% Responsables: AAG1 e AIG1 07:35 h Se retiran vías periféricas de MMSS Se inició Noradrenalina 8mg + CINA 0.9% (10cc/h) Paciente inestable hemodinámicamente, con evidente hipoperfusión y sangrado activo vía vaginal. 08:10 h Paciente con inestabilidad hemodinámica por coagulopatía de consumo. Se comunica a Intensiva de RETEN para Pase a UCI. HECHO/SUCESO 6 UCI 08:40 h FV: PA: 52/35, Sat: 94%, FC: 65x', con VM. Pasa con CVC permeable, vías periféricas en ambos MMII, SNG permeable. Edema en brazo derecho, mano izquierda y en genitales externos. Presenta apósito compresivo en zona operatoria. 16:20 h FALLECIMIENTO



ANEXO N° 03

MATRIZ DE FACTORES CONTRIBUYENTES

FACTORES	HECHO-SUCESO (Línea de tiempo)	Hecho 1 dd/mm/aa. Hora. Descripción. Actores involucrados.	Hecho 2	Hecho 3	Hecho 4	Hecho 5
Factor Paciente						
Factor Personal Asistencial de Salud						
Procedimientos						
Equipamiento / Insumos*						
Organización / Liderazgo**						
Formación y Entrenamiento						
Comunicación						
Ambiente***						

* Se refiere a factores relacionados con Equipos, Tecnología o Recursos Materiales.

** Se refiere a factores relacionados con Aspectos Organizativos, Estratégicos o con las Condiciones de Trabajo.

*** Se refiere a factores relacionados con la Infraestructura, Confort, Cultura Organizacional o con aspectos Sociales.





Matriz de factores contribuyentes (Ejemplo)

Factores contribuyentes y causas Fundamentales – Causa Raíz		Hecho 1	Hecho 2	Hecho 3	Hecho 4	Hecho 5	Hecho 6
HECHO/ SUCESO	F. Paciente	23/04/17 Emergencia 09:30 h Acude a Emergencia por presentar pérdida de líquido amniótico hace 3 horas y percepción de movimientos fetales disminuidos...	24/04/17 Centro Obstétrico (DILATACIÓN) 00:30 h Paciente c/contracciones leves; TV: 8cm, MR 2B realiza presión a nivel de fondo uterino, por espacio de 10 minutos...	23/04 20:30 h Centro Obstétrico (SALA EXPULSIVO) 02:15 h MR 1A atiende Parto... Nueva bradicardia fetal. Se llama a MAG2 (NO ACUDE AL LLAMADO). 02:30 h MR 2B y MR 3A realizan maniobra de Kristeller y Episiotomía. 02:55 am Se produgo Parto. Liqu. Amnio. verde ineconal C/impregnación cordón umbilical... (Sangrado en parto mayor al común)...	23/04 23:30 h Puerperio 04:48 h Paciente se quejaba de dolor, sudaba mucho y tenía cefalea, gran palidez y diaforesis profusa. FV: PA: 86/54, FC: 120x, pulso filiforme y RC de baja intensidad. OG3 MR 3A TV c/ gran volumen de coágulos (300cc). Llama por teléfono a MAG2 y da indicaciones vía telefónica...	24/04/2017 02:15 h SALA DE OPERACIONES 5:30 h Paciente ingresó a SOP. 05:32 h AAG encuentra a paciente en Paro Cardiorespiratorio (Paro) ... (05:38 h) Inicio Cirugía 06:40 h Paciente presentó 2do Paro Cardiorespiratorio... Desfibrilador en la primera descarga se queman paletas por no uso de gel... 06:10 h Ox: Laparotomía Exp. + Histerectomía Subtotal + salpingooforectomía bilateral. Hallazgo: útero pálido, atónico, flácido, de aprox. 20 cm...	24/04 03:40 h UCI 06:40 h FV: PA: 52/35, sat: 94%, FC: 65x, con VM. Pasa con CVC permeable, vías periféricas en ambos MMII, SNG permeable. Edema en brazo derecho, mano izquierda y en genitales externos. Presenta apsito compresivo en zona operatoria. 16:20 h FALECIMIENTO
	F. Personal Asistencial de Salud	Gestante ARO: anemia, afloja, infección urinaria recurrente, RPM.	Gestante ARO c/3h de estimulación y bradicardia fetal	Paciente agotada, con anemia, hemorragia puerperal.	Paciente con atonía uterina.	Paciente choque severo/ paro cardiorrespiratorio.	
	Procedimiento	No se realizó Diagnóstico completo de Gestante de ARO. Se subestimó el riesgo.	No permanencia del Médico Asistente en el Centro Obstétrico	Agotamiento y consorcio de los Médicos Residentes por guardia 24 h	Ausencia del Médico Asistente a pesar de haberse comunicado.	Ausencia del Médico Asistente a pesar de haberse comunicado.	
	Equipamiento/ Insumos		Ingreso a C. Obstétrico.	Se presentó segunda bradicardia fetal que no fue valorada adecuadamente.	No se valoró el sangrado durante el post parto y puerperio inmediato.	Se inició cirugía en paciente con paro CR sin haberla estabilizado previamente	
	Organización/ Liderazgo		Médico asistente sigue plan original, no opta por Cesárea. Subestima el riesgo incrementado.	No se diagnosticó oportunamente Shock Hipovolémico.	No se colocó el monitor multiparámetro a la paciente.	Retardo en el inicio de la transfusión del paquete globular.	
	Formación/ Entrenamiento		Falta de definición de roles y responsabilidades (reside e inter).	No había medicamentos necesarios (misoprostol).	Banco de sangre no proporcionó sangre oportunamente.	El equipo de desfibrilador se quemó. Banco de sangre no proporcionó sangre oportunamente.	
Comunicación			Ausencia de trabajo en equipo.	Ausencia de procedimientos y guías de Práctica Clínica no disponibles.	Ausencia de trabajo en equipo obstetra se desvincula del manejo puerperal.		
			Guías de procedimientos y guías de Práctica Clínica no disponibles.	No esta definido la organización ni las funciones de cada profesional	Pobre cultura de seguridad del paciente		
Ambiente			Personal en formación con debilidades en conocimientos y destrezas necesarias para el nivel en que se encuentran	Atención del parto de un embarazo de Alto Riesgo por médico R1 sin supervisión del asistente.	Personal en formación ha mostrado debilidades en conocimientos y destrezas que debería tener para el nivel en que se encuentran		
			No se realiza entrega de guardia estructurada. Dificultad de comunicación con los médicos asistentes.	No existe anexo telefónico en los sitios de descanso.	No se comunica a MA de complicación del paciente. Comunicación con otros servicios no es adecuada (UCI, Banco de Sangre C. quirúrgico).	Comunicación con otros servicios no es adecuada (UCI, Banco de Sangre).	
			Ambientes de Laboratorio alejados de centro obstétrico		Ambientes de Laboratorio alejados de centro obstétrico	Comunicación no adecuada a los familiares	
						Ambientes de Laboratorio alejados de centro quirúrgico	



ANEXO N° 04

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS RAÍZ O CAUSAS FUNDAMENTALES

FACTORES CONTRIBUYENTES	SI ÉSTA CAUSA NO HUBIERA ESTADO PRESENTE: ¿HABRÍA OCURRIDO EL EVENTO CENTINELA? (Responder SI o NO)	SI ÉSTA CAUSA ES ELIMINADA O SOLUCIONADA: ¿SE REPETIRIA EL EVENTO CENTINELA? (Responder SI o NO)	SI ÉSTA CAUSA ES ELIMINADA O SOLUCIONADA: ¿LAS DEMÁS CAUSAS QUE CONTINÚAN A ELLA Y QUE FAVORECERAN LA OCURRENCIA DEL EVENTO CENTINELA, HUBIERAN OCURRIDO? (Responder SI o NO)	CAUSA RAÍZ (Marcar con un aspa: "X")	FACTOR CONTRIBUYENTE (Marcar con un aspa: "X")

Se hace el análisis por cada factor contribuyente. Si la respuesta a cada una de estas tres preguntas es "No", estamos ante una **Causa Raíz o fundamental**, por el contrario, si por lo menos una de las respuestas a las preguntas es "Si" estaremos ante un factor contribuyente.





Matriz de Identificación de Causas Raíz o Causas Fundamentales (Ejemplo)

FACTOR CONTRIBUYENTE		SI ÉSTA CAUSA NO HUBIERA ESTADO PRESENTE: ¿HABRÍA OCURRIDO EL EVENTO CENTINELA?	SI ÉSTA CAUSA ES ELIMINADA O SOLUCIONADA: ¿SE REPETIRÍA EL EVENTO CENTINELA?	SI ÉSTA CAUSA ES ELIMINADA O SOLUCIONADA: ¿las demás causas que continúan a ella y que favorecerán la ocurrencia del evento centinela, hubieran ocurrido?	CAUSA RAÍZ	FACTOR CONTRIBUYENTE
Factor Personal Asistencial de Salud	No permanencia del Médico Asistente en Centro Obstétrico.	NO	NO	SI		X
	Ausencia del médico Asistente a pesar de habérsele comunicado anteriormente, se le reitera llamado.	NO	NO	NO	X	
	Agotamiento y cansancio de los Médicos Residentes por guardia 24 h	NO	SI	SI		X
	No se realizó Diagnóstico completo de Gestante de ARO, Se subestimó el riesgo.	NO	SI	SI		X
Factor Procedimiento	No se realizó evaluación a paciente al ingreso a C.Obstétrico.	NO	NO	NO	X	
	Médico asistente sigue plan original, no opta por Cesárea. Subestima el riesgo incrementado.	NO	NO	NO		
	Se presentó bradicardia en 2 oportunidades fetal que no fue valorada adecuadamente.	SI	SI	SI		X
	No se valoró adecuadamente el estado general de la paciente y el sangrado durante el post parto y puerperio inmediato.	NO	NO	NO	X	
Factor Equipamiento/ Insumos	No se diagnosticó oportunamente Shock Hipovolémico, ni se maneja adecuadamente.	NO	NO	NO	X	
	Médico de UCI no acudió al llamado oportunamente y en Sala de Operaciones no apoyó con el manejo conjunto del paciente.	NO	SI	SI		X
	Se inició intervención quirúrgica en paciente en paro cardíaco sin haberla estabilizado previamente.	NO	NO	NO	X	
	No había medicamentos necesarios (misoprostol).	SI	SI	SI		X
Factor organización/ liderazgo	No se colocó el monitor multiparámetro a la paciente.	SI	SI	SI		X
	El equipo de desfibrilador se quemó.	NO	NO	NO		
	Banco de sangre no proporcionó sangre oportunamente por lo que inicio de la transfusión del paquete globular fue tardía.	NO	NO	NO	X	
	Falta de definición de roles y responsabilidades (reside e inter).	SI	SI	SI		X
Formación/ Entrenamiento	Pobre cultura de seguridad del paciente	SI	SI	SI		X
	Existen guías de Práctica clínica, pero no están disponibles	SI	SI	SI		X
	Ausencia de trabajo en equipo	SI	SI	SI		X
	Personal en formación ha mostrado debilidades en conocimientos y destrezas que debería tener para el nivel en que se encuentran	NO	NO	NO	X	
Factor comunicación	No se realiza entrega de guardia estructurada: ni verbal, ni escrita.	SI	SI	SI		X
	No existe anexo telefónico en los sitios de descanso.	SI	SI	SI		X
	No se comunica a MA de complicación del paciente.	NO	NO	NO	X	
	Comunicación con otros servicios no es adecuada (UCI, Banco de Sangre, Centro quirúrgico).	NO	SI	SI		X
Factor Ambiente	Comunicación no adecuada a los familiares.	SI	SI	SI		X
	Ambientes de Laboratorio alejados de centro obstétrico, centro quirúrgico	SI	SI	SI		X



ANEXO N° 05

MATRIZ PARA ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN

CAUSA RAÍZ / FACTOR CONTRIBUYENTE	ACCIÓN CORRECTIVA*	VERIFICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN

* ¿Qué medidas se necesitan para evitar que ésta causa vuelva a ocurrir?

Listar primero las causas-raíz identificadas y a continuación los factores contribuyentes.





Matriz para elaborar el Plan de Acción (Ejemplo)

CAUSA RAÍZ/FACTOR CONTRIBUYENTE	¿Qué medidas se necesitan para evitar que ésta causa vuelva a ocurrir?	VERIFICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
Ausencia del médico Asistente a pesar de haberse comunicado anteriormente, se le reitera llamado.	1. Establecer mecanismos organizativos que garanticen la presencia continua de médico asistente en Sala de Partos. 2. Supervisar la permanencia del personal médico en la Guardia. 3. Determinar la suficiencia de médicos en la guardia.	1. Documento que establece la permanencia del médico Asistente en sala de partos. 2. Informes y actas de supervisión.	Dirección Médica Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	15 días
No se valoró adecuadamente el estado general de la paciente y el sangrado durante el post parto y puerperio inmediato.	1. Capacitar a personal sobre guías de práctica clínica hemorragia postparto. Guía de procedimiento asistencial atención de parto, Atención de Parto de Alto Riesgo. 2. Realizar monitoreo a pacientes de alto riesgo de hemorragia durante todo el proceso de parto y puerperio. 3. Actualizar y Capacitar a personal sobre guías de práctica clínica de Shock Hipovolémico. 4. Establecer el monitoreo por personal con competencias de pacientes con riesgo de hemorragia Post parto. 5. Actualizar la Directiva del Código Rojo e implementarla.	1. Informes de la Capacitación del Personal de Gineco Obstetricia. 2. Monitoreo realizado y registrado en instrumentos del CLAP (PCR) partograma con curva de alerta. 3. Guía de práctica clínica de Shock hipovolémico actualizada. 4. Informes de la Capacitación del Personal de Gineco Obstetricia. 5. Monitoreo realizado y registrado en instrumentos del CLAP (PCR) partograma con curva de alerta, etc. 6. Directiva de código Rojo Actualizada y aprobada.	Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal Jefe de Servicio de Obstetricia	30 días
No se diagnosticó ni manejo adecuado ni oportunamente el Shock Hipovolémico.	1. Revisar la Guía de Procedimiento de intervenciones Quirúrgicas. 2. Capacitar a personal sobre la guía de procedimiento de intervenciones Quirúrgicas. 3. Reuniones para recordar el cumplimiento de la lista de verificación de Seguridad de la Cirugía (con énfasis riesgo de sangrado y disponibilidad de sangre).	1. Guía de Procedimientos revisada y aprobada. 2. Informes de la Capacitación del Personal de Gineco Obstetricia y Anestesiología. 3. Acta de Reunión del Personal de Anestesiología.	Dirección Médica Jefe de Dpto de Anestesiología y Centro Quirúrgico Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal	60 días
Se inició intervención quirúrgica en paciente en paro cardiorrespiratorio sin haberla estabilizado previamente.	Revisar Proceso para entrega de Sangre de manera oportuna ante situaciones de emergencia.	Proceso de Entrega de Sangre durante EMG.	Dirección Médica Jefe de Dpto. Ayuda al Diagnóstico Jefe de Patología Clínica Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia	45 días
Banco de sangre no proporcionó sangre oportunamente por lo que inicio de la transfusión del paquete globular fue tardía.	Establecer para personal en formación (internos, residentes) competencias necesarias mínimas (logros mínimos) a lograr al término de sus rotaciones como: Fisiología del Trabajo de Parto, Atención de Parto de Alto Riesgo, Shock Hipovolémico, estrés/distres fetal y reanimación intrauterina.	Documento en la que este expresamente indicado estos logros en la competencias en el personal en formación.	Jefe de Of. de Docencia e Investigación Jefe de Dto. Gineco Obstetricia.	15 días.
Personal en formación ha mostrado debilidades en conocimientos y destrezas que debería tener para el nivel en que se encuentran	1. Establecer la obligatoriedad de los Residentes de comunicar toda complicación con el paciente y no tomar decisiones sin consulta previa a médico asistente. 2. Establecer mecanismos de comunicación del personal con el médico asistente para informar cualquier eventualidad ocurrida con el paciente durante la atención.	1. Reuniones y documentos que sustenten las acciones realizadas.	Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal	30 días
No se comunica a Médico Asistente de complicación del paciente.	1. Establecer mecanismos organizativos que garanticen la presencia continua de médico asistente en Sala de Partos. 2. Supervisar la permanencia en la Guardia del personal médico. 3. Se recomienda la visita conjunta de por lo menos 2 médicos asistentes al inicio de guardia. 4. Recordar al equipo médico la realizar evaluación integral y completa del paciente, evaluando todas sus comorbilidades. 5. Administración de oxitocina solo bajo indicación médica (médico asistente).	1. Documentos que establece la permanencia del médico Asistente en sala de partos. 2. Informes y actas de supervisión.	Dirección Médica Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	15 días
No permanencia del Médico Asistente en Centro Obstétrico.	1. Establecer mecanismos organizativos que garanticen la presencia continua de médico asistente en Sala de Partos. 2. Supervisar la permanencia en la Guardia del personal médico. 3. Se recomienda la visita conjunta de por lo menos 2 médicos asistentes al inicio de guardia. 4. Recordar al equipo médico la realizar evaluación integral y completa del paciente, evaluando todas sus comorbilidades. 5. Administración de oxitocina solo bajo indicación médica (médico asistente).	1. Acta de Reunión del Personal del Dpto Gineco Obstetricia. 2. Monitorear su cumplimiento.	Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal	30 días
No se realizó Diagnóstico completo de Gestante de ARO. Se subestimó el riesgo.	1. Establecer mecanismos organizativos que garanticen la presencia continua de médico asistente en Sala de Partos. 2. Supervisar la permanencia en la Guardia del personal médico. 3. Se recomienda la visita conjunta de por lo menos 2 médicos asistentes al inicio de guardia. 4. Recordar al equipo médico la realizar evaluación integral y completa del paciente, evaluando todas sus comorbilidades. 5. Administración de oxitocina solo bajo indicación médica (médico asistente).	1. Documentos que establece la permanencia del médico Asistente en sala de partos. 2. Informes y actas de supervisión.	Dirección Médica Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	15 días
El equipo de desfibrilador se quemó.	Establecer un Plan de Mantenimiento Preventivo y correctivo de los equipos médicos en Centro Quirúrgico	Plan de Mantenimiento Preventivo y correctivo de Equipos Médicos.	Jefe de Servicios Generales Jefe de Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico	30 días
Pobre cultura de seguridad (los diversos actos inseguros no generan respuesta en el equipo).	1. Programar reuniones técnicas sobre seguridad del paciente y fomentar una cultura de seguridad. 2. Crear una organización de cajas claves: rojas y amarillas.	1. Informe de las reuniones técnicas. 2. Cajas claves: rojas y amarillas implementadas.	Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal	40 días
No se realiza entrega de guardia estructurada: ni verbal, ni escrita.	El personal de guardia debe documentar la entrega de esta, donde se especifiquen en breves líneas los diagnósticos actuales, condición de los pacientes y tareas pendientes.	Documento de entrega de guardia.	Jefe del Dpto Gineco Obstetricia Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal	30 días
No existe a nexo telefónico en los sitios de descanso.	Realizar el requerimiento de instalación de un anexo telefónico para la sala de descanso de Médicos de guardia.	Sala de descanso médico cuenta con anexo telefónico.	Dirección Médica Dirección Administrativa Jefe de Dpt Gineco Obstetricia	30 días



ANEXO N° 06

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO O IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS

Fecha de seguimiento: _____

CAUSA RAIZ/FACTOR CONTRIBUYENTE	ACCIÓN CORRECTIVA	VERIFICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCION CORRECTIVA	FECHA DE CUMPLIMIENTO DEL VERIFICADOR	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN		RESPONSABLE (PROXIMA FECHA)
				Ninguno	En proceso	Implementado

Nombre y Firma del que realiza el seguimiento





Matriz de Seguimiento del Cumplimiento o Implementación de las Acciones Correctivas (Ejemplo)

Fecha de seguimiento: 20 de julio del 2017

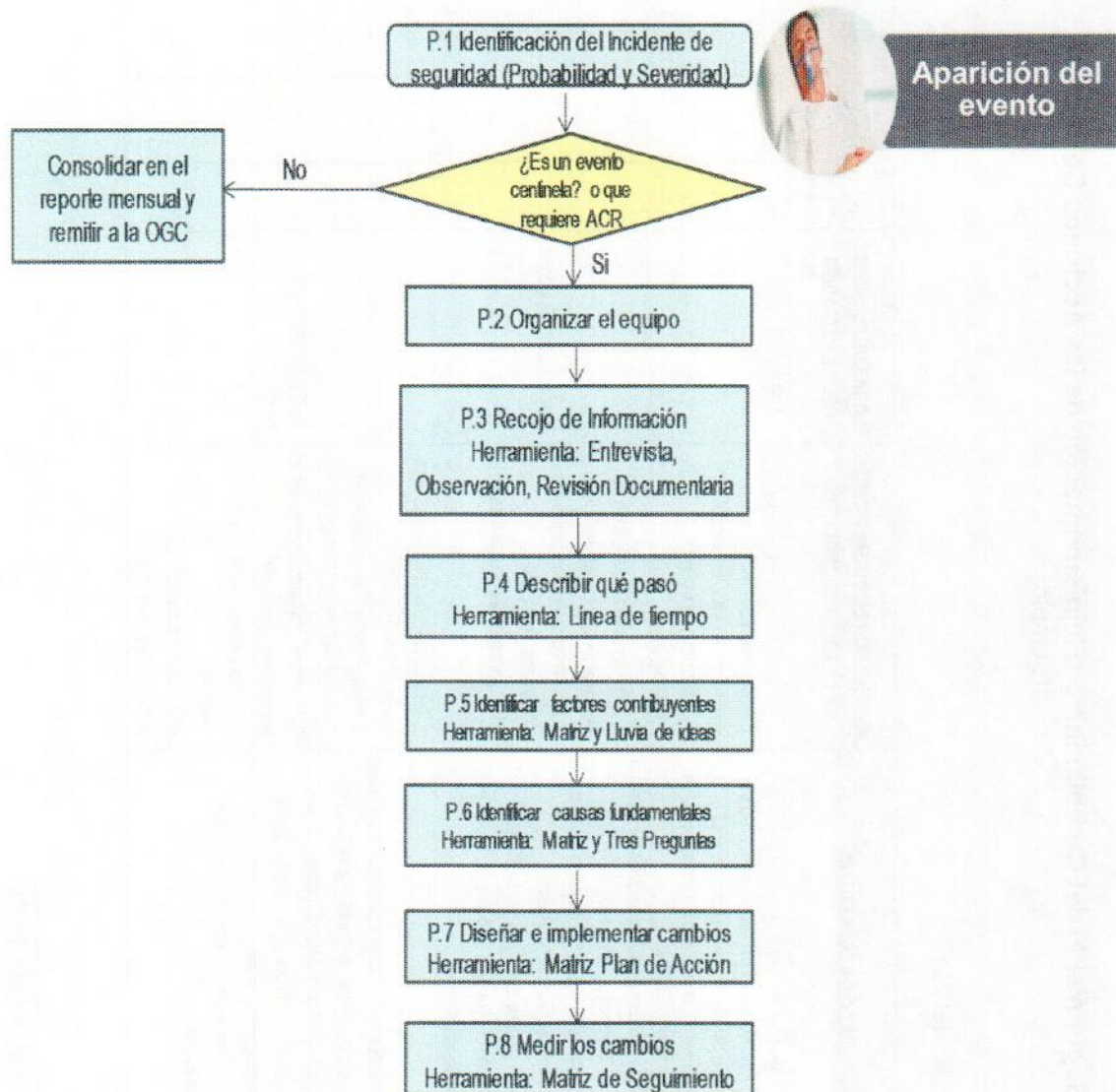
ITEM	CAUSA RAIZ/FACTOR CONTRIBUYENTE	ACCIÓN CORRECTIVA	VERIFICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN CORRECTIVA	FECHA CUMPLIMIENTO DEL VERIFICADOR	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN			RESPONSABLE (PROXIMA FECHA)
					Ninguno	En proceso	Implementado	
1	Ausencia del médico Asistente a pesar de habersele comunicado anteriormente, se le reitera llamado.	1. Establecer mecanismos organizativos que garanticen la presencia continua de médico asistente en Sala de Partos. 2. Supervisar la permanencia del personal médico en la Guardia	1. Documento que establece la permanencia del médico Asistente en sala de partos. 2. Informes y actas de supervisión.	30 DE MAYO 2017				. Dirección Médica . Jefe de Dpto. . Gineco Obstetricia
2	No se valoró adecuadamente el estado general de la paciente y el sangrado durante el post parto y puerperio inmediato.	1. Capacitar a personal sobre guías de práctica clínica hemorragia postparto, Guía de procedimiento asistencial atención de parto, Atención de Parto de Alto Riesgo. 2. Realizar monitoreo a pacientes de alto riesgo de hemorragia durante todo el proceso de parto y puerperio.	1. Informes de la Capacitación del Personal de Gineco Obstetricia. 2. Monitoreo realizado y registrado en instrumentos del CLAP (HCP, partograma con curva de alerta)	15 DE JUNIO DEL 2017				. Jefe del Dpto . Gineco Obstetricia . Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal . Jefe de Servicio de Obstetricia
3	No se diagnóstico ni manejo adecuadamente ni oportunamente el Shock Hipovolémico.	1. Actualizar y Capacitar a personal sobre guías de práctica clínica de Shock Hipovolémico 2. Establecer el monitoreo por personal con competencias de pacientes con riesgo de hemorragia Post parto. 3. Actualizar la Directiva del Código Rojo e implementarla.	1. Guía de práctica clínica de Shock hipovolémico actualizada 2. Informes de la Capacitación del Personal de Gineco Obstetricia. 3. Monitoreo realizado y registrado en instrumentos del CLAP (HCP, partograma con curva de alerta, etc). 4. Directiva de código Rojo Actualizada y aprobada	30 DE AGOSTO DE 2017				. Dirección Médica . Jefe del Dpto . Gineco Obstetricia . Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal . Jefe de Servicio de Obstetricia

Nombre y Firma del que realiza el seguimiento



ANEXO N° 07

FLUJOGRAMA DE LA METODOLOGÍA PARA EL ANALISIS CAUSA RAIZ



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Seguridad del paciente*. [online] Available at: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
2. Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios. Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. (2017). Artículo de revisión. Aproximación a las bases metodológicas de investigación en seguridad del paciente en cirugía de tiroides. [online] Available at: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4756736.pdf>
3. Revista Clínica Electronica en Atención Primaria. (2017). Promover la seguridad del paciente de forma reactiva. [online] Available at: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a8.pdf.
4. Martínez-Sabater A, Ballestar-Tarín ML, Casal-Angulo MC, Domínguez Romero A. La seguridad del paciente a través del análisis de Anatomía de Grey; temporada 6, capítulo 6. Vi lo que vi. Rev Med Cine [Internet] 2016; 12(2): 82-90.
5. Directiva Sanitaria N°009-2016-IGSS/v.01 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y las UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
6. Directiva Sanitaria para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad en el HONADOMANI San Bartolomé, aprobada con Resolución Directoral N° 310-DG-HONADOMANI-SB/2014, del 18 de Junio 2014.
7. Guía de Análisis Causa Raíz. UNICEF, 2011.
8. Guidance for Performing Root Cause Analysis. QAPI, 2014.
9. VHA National Patient Safety Improvement Handbook, March 4, 2011. National Center for Patient Safety (NCPS) de los EE.UU.



REPORT ON THE PROGRESS OF THE WORK DURING THE YEAR 1900

The following is a summary of the work done during the year 1900, and of the progress made in the various branches of the study.

The first part of the report deals with the general progress of the work, and with the results of the various investigations. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The second part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The third part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The fourth part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The fifth part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The sixth part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The seventh part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

The eighth part of the report deals with the progress made in the various branches of the study. It is found that the work has been carried out in accordance with the plan laid down at the beginning of the year, and that the results are of a satisfactory nature.

