



# Resolución Ejecutiva Directoral

Maguegua, 18 de febrero del 2022

#### VISTO:

El Informe N° 583-2021-DPTO-AP-DIRESA-HRM/19 de fecha 04 de enero del 2022, emitido por el Departamento Patología Clínica y Anatomía Patológica y el Informe N° 063-2022-DIRESA-HRM/05 de fecha 15 de febrero de 2022 emitido por la Unidad de Gestión de Calidad;

#### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado regular la, vigilancia y promoverla, garantizando una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA de fecha 29 de octubre del 2009, se aprobó la Política Nacional de Calidad en Salud, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en la Salud", el cual tiene como objetivo contribuir a la mejora de la calidad de atención en la salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas por la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, con Informe N° 583-2021-DPTO-AP-DIRESA-HRM/19 de fecha 04 de enero del 2022, el Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, eleva el el proyecto de "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES; INCIDENTES EVENTOS ADVERSOS, ERRORES, ACCIDENTES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", para la revisión por parte de la Unidad de Gestión de la Calidad,

Que, mediante Informe № 063-2022-DIRESA-HRM/05 de fecha 15 de febrero de 2022, la Unidad de Gestión de Calidad, emite oopinión favorable al "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES; INCIDENTES EVENTOS ADVERSOS, ERRORES, ACCIDENTES DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", recomendando su aprobación mediante el acto resolutivo correspondiente;

Que, el objetivo del Manual, es uniformizar criterios respecto a las definiciones de no conformidad, incidente, evento, daño, error accidente; estandarizar el proceso de registro y reporte de no conformidades; incidentes, eventos adversos, errores, accidentes en el Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional de Moquegua y hacer el seguimiento por medio de las medidas correctivas establecidas;

Qué; en atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM;

#### SE RESUELVE:

Artículo 1°: APROBAR, el "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES. INDICENTES, EVENTOS ADVERSOS, ERRORES, ACCIDENTES DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", que en anexos forma parte de la presente resolución en folios (21).











Maguegua, 18 de febrero del 2022

**Artículo 2º: ENCARGAR,** al Departamento Patología Clínica y Anatomía Patológica, la difusión, implementación monitoreo y supervisión y cumplimiento del Manual aprobado.

**Artículo 3°.- DISPONER**, que el encargado de la Pagina Web Institucional la publicación a través del portal institucional <a href="https://www.hospitalmoquequa.gob.pe">www.hospitalmoquequa.gob.pe</a> la presente Resolución Ejecutiva Directoral

#### **COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES: INCIDNETES, EVENTOS ADVERSOS, ERRORES, ACCIDENTES

Versión: 01 Año: 2021

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES: INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, ERRORES, ACCIDENTES

DEL SERVICIO DE LABORATORIO
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	
NOMBRE Y CARGO	<b>DRA. NADIA MENDOZA BANDA</b> PATÓLOGA CLÍNICA	DRA. GINA AGUILAR CASTRO PATÓLOGA CLÍNICA Jefe de Servicio de Laboratorio	M.E. RAUL FORTUNATO ZEA CALCINA	
FECHA	NOVIEMBRE 2021	DICIEMBRE 2021		

MOQUEGUA, DICIEMBRE 2021



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

#### PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE NO CONFORMIDADES: INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, ERRORES Y ACCIDENTES

#### 1. INTRODUCCIÓN

El laboratorio debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de este estándar internacional.

Dentro de este, el laboratorio debe tener un procedimiento para identificar y gestionar no conformidades en cualquier aspecto del Sistema de Gestión de la Calidad.

En la medida que el equipo de salud empiece a incorporar la necesidad de conocer los errores a fin de mejorar procesos de atención, identificar áreas susceptibles de mejorar para implementar programas de intervención eficientes, el reporte será más fluido y por lo tanto la vigilancia será cada vez de mejor calidad. Las *No Conformidades* pueden ocurrir en muchas áreas y se pueden detectar de la siguiente manera:

- Reclamos o quejas médicas, verificación de control de calidad interno, calibración de instrumentos, verificación de materiales consumibles, comparaciones inter-laboratoriales, verificación de informes, auditorías internas y externas e incluso comentarios del personal.
- Partiendo de estas notas se debe identificar el tipo de No Conformidad y catalogarla como Error, Accidente, Incidente o Evento Adverso.

#### 2. FINALIDAD

Fortalecer la detección de *No Conformidades* para identificar oportunidades para la mejora de la calidad técnico – asistencial en el proceso de atención en el Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional Moquegua.

#### 3. OBJETIVOS

- ➤ Uniformizar criterios respecto a las definiciones de *No Conformidad*, incidente, evento, daño, error y accidente.
- ➤ Estandarizar el proceso de registro y reporte de *No conformidades*: incidentes, eventos adversos, errores, accidentes en el Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional Moquegua.
- Hacer el seguimiento por medio de las medidas correctivas establecidas.



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

#### 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Formato de Registro y Reporte de *No Conformidades*: incidentes, eventos adversos, errores, accidentes es de aplicación para el Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional Moquegua.

#### 5. CONSIDERACIONES GENERALES

La secuencia más común, aunque no la única, para el tratamiento de las no conformidades es la siguiente:

Etapa 1. Identificación de la no conformidad.

Etapa 2. Acción inmediata.

Etapa 3. Análisis de causa raíz.

Etapa 4. Acción correctiva.

Etapa 5. Verificación de la eficacia de la acción correctiva.

#### Debilidades en la gestión de no conformidades:

- Existen muchas razones por las que no se registran todas las no conformidades que ocurren en el sistema, las causas de este hecho son principalmente:
  - a. Implementación de modelos centrados en la persona donde se busca al culpable del error.
  - b. Falla en la identificación de no conformidades. Frente a algunos hechos puntuales, el personal duda, si realmente, es una no conformidad.
  - c. Sistemas de notificación y registro complejos.
  - d. Falta de confianza en la utilidad de la gestión de no conformidades (consecuencia de la causa 2 y 3, mencionadas a continuación
- Lentitud para el análisis de la información.
- No se logra identificar la causa raíz, la acción correctiva no es la adecuada y se reiteran los mismos errores.
- > No somos capaces de asegurar la eficacia de las acciones tomadas.

Ante todo, es necesario implementar y, principalmente, trabajar con todo el personal la cultura de no conformidades centradas en el sistema. El modelo utilizado debe hacer hincapié en que la principal responsabilidad de los errores es atribuible al diseño, a la organización y al funcionamiento del sistema.

Es necesario generar un sistema de notificación y registro fácil y breve que incluya los datos mínimos necesarios para la gestión de la no conformidad y que todo el personal pueda registrar situaciones indeseables del trabajo diario sin





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

tener que decidir si es o no una no conformidad. Luego, el equipo de calidad será quien determine si el evento es o no una no conformidad a ser gestionada.

Se debe establecer un equipo de calidad que determine un responsable para el seguimiento de las no conformidades y de la misma forma formar equipos multidisciplinarios para el análisis de causa y determinación de acciones correctivas cuando las no conformidades son complejas y por último notificar al personal las mejoras implementadas a raíz del análisis de no conformidades.

## 6. DEFINICIONES OPERATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 6.1 No Conformidad

La Norma ISO 15189 describe la No Conformidad como el incumplimiento del requisito especificado.

Todo laboratorio debe tener políticas y procedimientos documentados para actuar cuando algún aspecto de los procesos realizados no está conforme con sus requisitos del sistema de gestión de la calidad o con lo requerido por el médico o lo esperado por el paciente.

Más comúnmente, una no conformidad significa un error, un evento adverso, un incidente, o un suceso producto del cual no se alcancen los requisitos para la calidad de un cliente.

El banco de sangre debe identificar dichas no conformidades y tomar acciones para controlar sus consecuencias.

El banco de sangre deberá identificar la responsabilidad y autoridad para el manejo de las no conformidades, las acciones que se deben tomar en especial para detener las pruebas analíticas y hacer frente a los informes erróneos de la prueba cuando es necesario.

#### 6.2 Incidente:

Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Es frecuente que un evento adverso sea confundido con un incidente, pero este se trata de un suceso que *no ha causado daño*, pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso.

#### 6.3 Evento adverso:

Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

#### 6.4 Evento Adverso Centinela:

Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las injurias serias, la pérdida de una parte o función del cuerpo. Es un evento que no debiera ocurrir.

#### 6.5 Daño:

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

#### 6.6 Error:

La Organización Internacional de Normalización (ISO) define error de laboratorio [clínico] como el fracaso de una acción planificada, que no se cumple como estaba previsto, o el uso de un plan equivocado para la consecución de un propósito, que ocurre en cualquier parte del proceso del laboratorio, desde la petición de las determinaciones hasta la emisión de los resultados correspondientes y su adecuada interpretación y acciones consecuentes. En la práctica sanitaria el error puede deberse a tres causas: realizar acciones innecesarias o sin precaución, realizar de forma incorrecta acciones necesarias o la omisión de estas acciones. Las dos primeras serían errores de comisión y la última por omisión.

#### 6.7 Accidente de trabajo

Se considera accidente de trabajo a toda lesión orgánica o perturbación emocional, causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza exterior externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.

#### 6.8 Seguridad del paciente:

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

#### 7. CRITERIOS PARA CONSIDERAR UN EVENTO ADVERSO

Dado que de los tipos de no conformidades mencionados el evento adverso afecta al paciente, es necesario especificar lo siguiente:

#### 7.1 Daño en el paciente:

Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, Por ejemplo, en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad

Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración

<u>Grave</u>: En este caso 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: En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

#### 7.2 Daño producto de la atención en salud:

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

#### 7.3 Daño no intencional:

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define Seguridad del Paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

#### 8. IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE NO CONFORMIDADES

Procedimiento documentado para identificar y gestionar *No Conformidades* en el Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo todos los procesos que estén involucrados en las actividades de pre analítica, analítica y post analítica.

#### Fase previa al examen:

- Identificación incorrecta del paciente:
- Información de diagnóstico incorrecta y faltante.
- Interpretación incorrecta de la solicitud médica.
- Preparación incorrecta del paciente.
- Contenedor de recogida o conservante incorrecto.
- Etiquetado incorrecto del contenedor de recolección.











"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

- Técnica de flebotomía incorrecta.
- Mezcla incorrecta de la muestra.
- Tiempo de recolección incorrecto.
- Condiciones y tiempos de transporte incorrectos.

#### Fase de examen

- Resultado de control de calidad discrepante.
- No conformidad procesal.
- Error de equipo o reactivo
- Tiempo de finalización retrasado (tiempo de respuesta)
- Control de calidad inválido de los equipos, reactivos y materiales.
- Errores de personal (operativo, cognitivo y no cognitivo).
- Errores latentes (sistémicos)
- En la fase de validación del examen: documentación insuficiente o incorrecta de la evidencia científica para la validez analítica o validez cínica de cualquier procedimiento de examen.
- No validar o verificar el procedimiento de examen en la población de pacientes apropiado
- Seleccionar métodos de exámenes inapropiados
- Utilizar valores de referencia incorrectos o inapropiados.
- Exactitud determinada incorrectamente, sensibilidad y especificidad analítica, rango / valores de corte reportable, entre otros.
- Procedimientos de examen no optimizados.

#### Fase posterior al examen

- Resultado incorrecto.
- Transcripción incorrecta del resultado.
- Informe ambiguo.
- Resultado atribuido al paciente incorrecto.
- Informe enviado a persona incorrecta.







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

 Falta de información sobre las restricciones en las interpretaciones de los resultados.

# Fase de recepción previa al laboratorio (generalmente responsabilidad del personal de salud que transporta la muestra o solicita el examen)

- Identificación incompleta o incorrecta del paciente.
- Información clínica incorrecta o incompleta proporcionada.
- Recogida de muestra incorrecta, por ejemplo, preservante.
- Identificación incorrecta o incompleta de la muestra.
- Desajuste de la muestra, el contenedor de la muestra y el formulario de solicitud, es decir, la muestra en contenedores etiquetados incorrectamente.
- Transporte incorrecto de muestras al laboratorio.

## Fase de recepción posterior al laboratorio - adhesión de muestras

La recepción inicial y el ingreso al laboratorio médico es un área crítica de riesgo. Para aliviar los riesgos, se podrían considerar lo siguiente:

- Verificación adecuada de la muestra y solicitud; sería recomendable que se realicen dos verificaciones independientes para garantizar la coincidencia de la muestra y el formulario de solicitud, incluida la conciliación entre el número de registro y el de acceso; para evitar que haya incongruencias.
- Cualquier discrepancia en el etiquetado se registra y se sigue durante todo el proceso con un seguimiento completo y reporte de los problemas identificados en el informe final.
- Las muestras que no cumplen los requisitos mínimos de etiquetado se registran en el sistema de información de laboratorio (LIS) y se informan en el informe final;
- Las muestras inadecuadas/sin etiquetar pueden volver a etiquetarse en el laboratorio para su trazabilidad, pero se conserva la etiqueta original; y se reporta en el informe final.
- Se recepciona e identifica una muestra a la vez para minimizar el riesgo de mezcla de muestras.

#### Fase de recepción posterior al laboratorio - entrada de datos

 Falla en la entrada de datos tomada directamente del formulario de solicitud o del escaneo de la etiqueta de listado de exámenes.



## "Año del Fortalecimiento de la Soberania Nacional"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

- Cualquier discrepancia entre el formulario de solicitud y la muestra registrada en el Sistema de información y gestión de laboratorio (LIS, por sus siglas en inglés: Laboratory information and management system).
- Falla al vincular las muestras y las solicitudes de exámenes para garantizar que las notas de origen se graben correctamente.

#### No conformidades asociadas con la tecnología de la información

- Falla en la transferencia de datos.
- Compromiso de seguridad (es decir, falta de cierre de sesión en un terminal, compromiso de la contraseña, violación de seguridad de la base de datos [malware], transferencia insegura de datos fuera de una red protegida, como por correo electrónico).
- Falla de hardware o software de datos (falla de la unidad de disco, falla de la USB dispositivo magnético).
- Fallas debido a infracciones en la ciberseguridad.

Luego de haber tenido en cuenta todo lo anterior y haber clasificado a la *No Conformidad* se debe realizar lo siguiente:

- > Definir las responsabilidades de detención y reanudación de exámenes
- > Tomar las acciones inmediatas para detener las pruebas analíticas
- Adoptar mecanismos para la identificación de resultados no conformes o potencialmente no conformes ya liberados.
- > Identificar cuando proponer la reanudación de análisis
- Determinar el alcance de la no conformidad
- Analizar la importancia clínica e informe al solicitante
- Revisión periódica de registros de no conformidades para detectar tendencias e inicio de acciones correctivas

Cuando se determine que en los procesos podría volver a ocurrir una *No Conformidad* se deben de tomar acciones para identificar, documentar y eliminar la(s) causa(s) así mismo se deben determinar y documentas las acciones correctivas que se tomen.



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

9. IMPLEMENTACION DE LA FICHA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, ERRORES Y ACCIDENTES - FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.

En cumplimiento al tercer dominio de acción establecidos por la Alianza para la Seguridad del Paciente: Taxonomía, la cual indica formular una clasificación que sirva para identificar eventos adversos y en cumplimiento de la 8<sup>va</sup> Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante *R.M N°* 727 – 2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la "Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos", la recomendación de la Norma ISO 15189 para la identificación de No Conformidades se ha elaborado unas Fichas de Registro y Reporte de incidentes, eventos adversos, errores y accidentes y el Formato para la consolidación de incidentes y eventos adversos.

#### Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos

- a. Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un incidente o un evento adverso
- b. Llenar la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (Anexo N° 1) detallando el suceso.
- c. Entregar la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos al responsable de control de calidad.

## Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Errores

- a. Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un error
- b. Llenar la Ficha de Registro y Reporte de Errores (Anexo N° 2) detallando el suceso.
- c. Entregar la Ficha de Registro y Reporte de Errores al responsable de control de calidad

### Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Accidentes

- a. Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un accidente
- b. Llenar la Ficha de Registro y Reporte de Errores (Anexo N° 3) detallando el suceso.





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

c. Entregar la Ficha de Registro y Reporte de Accidentes al responsable de control de calidad

#### 9. BIBLIOGRAFIA

- https://www.ifcc.org/media/214854/Errores%20en%20el%20laboratorio% 20cl%C3%ADnico.pdf
- GUÍA DEL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, REPORTE, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD – ESSALUD. 2011
- NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD. 2019 V.01
- NTP ISO 15189: Laboratorio Clínico: requisitos particulares para la calidad y competencia. INACAL 2014
- NTP ISO 22367: Laboratorios Clínicos. Aplicación de la Gestión del Riesgos para Laboratorios Clínicos. 2020
- Sistemas de Gestión de la Calidad para el Laboratorio Clínico. James O. Westgard, Ph.D. 2014
- VIGILANCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.
   MINSA/DGSP/DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD EN SALUD. 2008

#### . ANEXOS

- Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (Anexo N° 01).
- Formato de consolidado de incidentes y eventos adversos en el establecimiento de salud (Anexo N° 02).
- Registro de Errores en los Procesos (Anexo N° 03)
- Registro de Accidentes durante los Procesos (Anexo N° 04).
- Flujograma N°1: Secuencia de Atención de No Conformidades











"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

# ANEXO N° 01: FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

ŀ	) FE	ECHA DE NOTIFICACION:
i	I) SI	ERVICIO:
ı	II) PI	ERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:
		☐ Médico
		No medico (Especificar:)
	Г	Personal en formación (Especificar:)
Į,	V) Se	egún las definiciones escritas, el suceso se trata de un:
OTIAL REGI	] Ind	cidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño necesario a un paciente.
#	ind	ento adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e deseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la áctica, productos, procedimientos
OHAL DE MODILE	De	e ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de ento adverso es según las consecuencias de este suceso.
THE STANKS		Leve: El paciente presenta síntomas leves o las perdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.
		Moderado: Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
		Grave: En este evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
		Muerte: En este caso, el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

V) DATOS DEL PACIENTE		
EDAD:	SEXO: M ( ) F ( )	
DIAGNOSTICO:		
\$ 225 man a man man a ser a man a ser a se		
VI) DESCRIPCION DEL SUO	CESO:	
	CESO: Hora:	
VI) DESCRIPCION DEL SUC Fecha del suceso:		





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

## ANEXO N° 02: FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS	No se realiza cuando está indicado		11012100
CON LA	Incompleto o inadecuado		
ADMINISTRACIÓN	No disponible		
CLÍNICA	Paciente erróneo		
	Proceso o servicio erróneo		
SUBTOTAL		108546 1100	
RELACIONADOS	No se hizo cuando estaba indicado		
CON PROCESOS O			
PROCEDIMIENTOS	No disponible		
ASISTENCIALES	Paciente erróneo		
	Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo		
	Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS	Documentos ausentes o no disponibles		
CON ERRORES EN LA	Demora en el acceso a los documentos		
DOCUMENTACIÓN	Documentos para un paciente erróneo		
	o documento erróneo		
	Información en el documento poco clara/ambigua/ ilegible/ incompleta		
SUBTOTAL	32.83 (EST) 15 (A)	E Haralton	
RELACIONADOS	Torrente sanguíneo		
CON UNA	Sitio quirúrgico		
INFECCIÓN	Absceso		
ASOCIADA A LA	Neumonía		
ATENCIÓN	Cánulas intravasculares		
SANITARIA	Sonda/drenaje urinario		
	Tejidos blandos		
SUBTOTAL			244
RELACIONADOS	Paciente erróneo	ALC: NO.	
CON LA	Medicamento erróneo		
MEDICACIÓN O DE	Dosis o frecuencia Incorrecta		
SU	Prescripción o presentación errónea		
ADMINISTRACIÓN	Vía errónea		
	Cantidad errónea		
	Información/ instrucciones de dispensación errónegs		
	Contraindicación		
	Omisión de medicamentos o de dosis		
Ì	Medicamento caducado		
	Reacción adversa al medicamento		
SUBTOTAL		100000	State Service











"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS	Paciente erróneo		
CON LA SANGRE	Sangre / Producto sanguíneo erróneo		
O SUS DERIVADOS	Dosis o frecuencia errónea		
	Cantidad incorrecta		
	Información/instrucciones de		
	dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación		
	inadecuadas		
	Omisión de medicación o la dosis		
	Sangre / derivado sanguíneo caducado		
	Efecto adverso		
SUBTOTAL		120 37. 12.51	
RELACIONADOS	Paciente erróneo		
CON LA	Dieta errónea		
NUTRICIÓN	Cantidad errónea		
	Frecuencia errónea		
	Consistencia errónea		
1.34	Condiciones de conservación		
	Inadecuadas		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS	Paciente erróneo		
CON LA	Gas/vapor erróneo		
ADMINISTRACIÓN	Velocidad/concentración/caudal		
DE OXÍGENO O	erróneo		
GASES	Modo de administración erróneo		
MEDICINALES	Contraindicación		
	Condiciones de conservación		
	inadecuadas		
	Ausencia de administración		
	Contaminación		
SUBTOTAL		10.450 102 111	
RELACIONADOS	Presentación/envasado deficiente		
CON LOS	Falta de disponibilidad		
DISPOSITIVOS Y	Inadecuación a la tarea		
EQUIPOS	Sucio/no estéril		
MÉDICOS	Avería/mal funcionamiento		
	Desplazamiento/conexión		
	incorrecta/retirada		
	Error del usuario		
SUBTOTAL	LITOT GET USUGITO		
VODIVIAL			











"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS	Incumplidor/no colaborador/obstructivo		715 72400
CON EL COMPORTAMIENT			
O DEL PERSONAL	Arriesgado/imprudente/peligroso		
	Problema de uso/abuso de sustancias		
	Acoso		
	Discriminación/prejuicio		
	Vagabundeo/fugas		
	Autolesión deliberada/suicidio		
	Agresión verbal		
	Agresión física		
	Agresión sexual		
	Agresión a objeto inanimado		
	Amenaza de muerte		
SUBTOTAL		The synthesis in the	
RELACIONADOS	Incumplidar/no colaborador/obstructivo		
CON EL COMPORTAMIENTO	Desconsiderado/grosero/hostil/ inapropiado		
DEL PACIENTE	Arriesgado/imprudente/peligroso		
	Problema de uso/abuso de sustancias		
	Acoso		
	Discriminación/prejuicio		
2	Vagabundeo/fugas		
	Autolesión deliberada/suicidio		
CALADAO	Agresión verbal		
	Agresión física		
	Agresión sexual		
	Agresión a objeto inanimado		
	Amenaza de muerte		
SUBTOTAL			70 1 1 1







"Decenío de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CATEGORIA	PROBLEMA		INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
		Contacto con objeto o animal		
	Fuerza no penetrante	Contacto con persona		
		Aplastamiento		
		Abrasión/roce		
	Fuerza punzante/	Rasguño/corte/desgarro/sección		
	penetrante	Pinchazo/herida punzante		
		Mordedura/picadura/inoculación de veneno de animal		
		Otra fuerza punzante/penetrante		
		especificada Afectado por una explosión		
RELACIONADOS	Otra fuerza mecánica	Contacto con maquinaria		
CON ACCIDENTES DEL		Calor excesivo/fuego		
PACIENTE PACIENTE		Frío excesivo/congelación		
		Amenaza mecánica para la respiración		
)		Ahogamiento/cuasi ahogamiento		
		Reclusión en lugar con faita de oxígeno		
		Intoxicación por producto químico u otra sustancia		
		Corresión por producto químico u otra sustancia		14.
		Exposición a electricidad/radiación		
	ļ ļ	Exposición a sonido/vibración		
		Exposición a presión de aire		
		Exposición a gravedad baja		
		al efecto de fenómenos os, catástrofes naturales u otras		







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CATEGORIA		PROBLEMA		INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
		Tipo de	Tropezón		
			Resbalón		
	Caídas	caídas	Desmayo		
			Pérdida de equilibrio		
SUBTOTAL	E21-22-E34	Market Sign			
RELACIONADOS	Inexistente/inadecuado				
CON LA	Dañado/ defectuoso/ desgastado				
RELACIONADOS	Excesiva carga de trabajo				
CON LOS RECURSOS/GESTION DEL	Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios				
ESTABLECIMIENTO	Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal				
	Organización de equipos/personas				
	Disponibilidad/idoneidad de				
	protocolos/políticas/procedimientos/ directrices				
SUBTOTAL	22511003				
TOTAL	15 5 7 1 7 5				











"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

## ANEXO N° 03: REGISTRO DE ERRORES EN LOS PROCESOS

	1)	FECHA DE NOTIFICACION:
	II)	PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA
		Médico
		No médico (Especificar):
	III)	TIEMPO DEL ERROR:
		Analítico: Pre analítico: Post analítico:
OSPITAL A	IV)	DESCRIPCIÓN DEL SUCESO: Fecha del suceso: Hora:
* 8		
CA - ALCO		i i i i i i i i i i i i i i i i i i i
SECURAL DE MODULES		
( Lale)	8	
W		
DE TO BE		
V		







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

## ANEXO N° 04: REGISTRO DE ACCIDENTES DURANTE LOS PROCESOS

	1)	FECHA DE NOTIFICACIÓN:
	ll)	PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:
	III)	TIEMPO DEL ACCIDENTE:  Analítico: Pre analítico: Post analítico:
	IV)	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:
		Fecha del accidente: Hora:
THE REAL PROPERTY OF THE PARTY		
	V)	REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO EN EMERGENCIA .
		_ si
		□ NO

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

#### FLUJOGRAMA Nº 1: SECUENCIA DE ATENCIÓN DE NO CONFORMIDADES

