MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 016 -2023-DG-INMP/MINSA

Resolución Directoral

Lima, 20 de enero de 2023

VISTO:

HETD N° 22-24827-1, conteniendo el Memorando N° 367. OGC-INMP-2022, Memorando N° °007-OGC-INMP-2023, de fechas 24 de noviembre de 2022 y del 03 de enero de 2023, respectivamente del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Memorando N° 1059-2'22-DEOG/INMP, de fecha 05 de diciembre de 2022, del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Memorando N° 1680-2022-DAAAR/INMP, de fecha 02 de diciembre de 2022, del Jefe del Departamentos de Anestesia, Analgesia y Reanimación, el Informe N° 073-2022-UFO-OEPE-INMP, de fecha 21 de diciembre de 2022, de la Unidad Funcional de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013- 2006-SA, define a la Acreditación, como un Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, de conformidad con el artículo 9° del precitado, los establecimientos de salud, deben garantizar la calidad y seguridad de la atención que brindan a los pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerles íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfaces sus necesidades y expectativas en lo que corresponda a la prevención y recuperación de la salud;

Que, asimismo el inciso b) del artículo 37° y 90°, del precitado Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N0 013-2006-SA, respectivamente, el Director Médico del Establecimiento de Salud deben asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud. Los Establecimientos de Salud están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, la Octava Política del documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada con la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la

J. TASAYCO

C. ALVARADO

J.CHAPA

K. ZEVALLOS

I. PORTELLA

R. HINOJOSA

atención; con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente, aplicando las estrategias: Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo y la implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención;

Que, con la Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, de fecha 02 de abril de 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, Directiva sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud, la misma que en sus numerales 5.15 y 5.1.6. señala que el Evento Adverso, es una lesión o resultado indeseado, no intensional 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. En cuanto a Evento Centinela, es aquel evento adverse 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;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 764-2016-IGSS V.01, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 009-IGSSN.01 Análisis de eventos centinelas en las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPRES) y en las unidades de gestión de las instituciones prestadoras de los servicios de la salud (UGIPRES) Adversos, del Instituto de Gestión de los Servicios de la Salud IGSS, vigente a la fecha, tiene como objetivo, reducir la incidencia de eventos centinelas, asociados a la atención de la salud en la IPRES y UGIPRES, estableciendo, una cultura de aprendizaje colectivo a partir del análisis de los eventos centinelas con la participación activa de los funcionarios y el personal asistencia y administrativo de la IPRES;

Que el numeral 5.2.1.2. de la precitada Directiva, dispone que el equipo de análisis de los eventos centinela, debe ser reconocido mediante acto resolutivo del titular de la IPRESS y debe ser actualizado anualmente; Que, dentro del precitado marco normativa, mediante Resolución Directoral N° 142-2019-DGINMP/MINSA, de fecha 27 de junio de 2019, se Reconformo el Equipo de Análisis de los Eventos Centinela del Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que debe ser actualizado de acuerdo a los solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante el Memorando N° 321-2022-QGC-INMP, de fecha 21 de octubre de 2022, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", cuya finalidad es contribuir el fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y teniendo como objetivo, establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora. de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que tiene entre, sus objetivos específicos, la aplicación de etapas estandarizadas, trasparentes y explicitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud. En el numeral 6.1.2 del citado dispositivo legal, define a la Directiva como un Documento Normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas, y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal o reglamentaria de carácter general o de una NTS. Puede estar referida a la actuación sanitaria, administrativa (incluido los aspectos presupuestales), según corresponda, de sus órganos de línea, de apoyo, de asesoramiento, desconcentrados y/o Alta Dirección. Su aplicación es de carácter permanente, y de cumplimiento obligatorio de parte de los órganos, organismos o dependencias del Ministerio de Salud involucradas (...);

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante los documentos de vistos, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación de la Directiva del Sistema de Manejo, Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela en el Instituto Nacional Materno Perinatal, la cual ha sido revisada por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología Departamentos de Anestesia,

Analgesia y Reanimación, quienes a través de los documentos de vistos han emitido su informes con sus aportes correspondientes al respecto, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y visación de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal, en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504- 2010/MINSA y Resolución Ministerial N° 006-2022/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la ***"Directiva N° 001 -2023-DG-INMP/MINSA, Directiva del Sistema de Manejo, Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela"*** en el Instituto Nacional Materno Perinatal, por lo expuesto en la parte considerativa de la presente resolución, el mismo que contiene nueve (09) numerales, que incluye ocho (08) anexos, todo ello hace un total de veinte y seis (26) páginas y forman parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Las Direcciones Ejecutivas en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina Epidemiologia y Salud Ambiental, realizaran las acciones administrativas correspondientes, para el cumplimiento de la Directiva aprobado en el numeral precedente.

ARTÍCULO TERCERO: Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta
C.M.P. 19726 - R.N.E. 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO

J. TASAYCO

C. ALVARADO

J.CHAPA

K. ZEVALLOS

T. PORTELLA

R. HINOJOSA

FDAP/JCHR/RNVC
c.c.
- Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención en Neonatología
- Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
- Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pág. Web)
- Departamentos
- Archivo.

"SISTEMA DE MANEJO, REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

DIRECTIVA N° 001 -2023-DG-INMP/MINSA

I. FINALIDAD

Mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atención del Instituto Nacional Materno Perinatal, mediante la implementación del sistema de manejo, registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

II. OBJETIVO

Fortalecer el manejo, la cultura de registro, notificación y reporte de Incidentes, eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificarlos, analizarlos oportunamente y establecer las acciones de mejora necesaria para la reducción y mitigación de sus efectos durante la atención en salud a nivel Institucional.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de observancia **obligatoria** por el personal en general que labora o presta servicio bajo cualquier modalidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

IV. BASE LEGAL

- Ley Nº 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley 29414, Ley que establece Derechos de las Personas Usuarias en los Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo 1161. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo N° 1158, decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N° 08-2017/SA que aprueba el Reglamento y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°155-2017, Asignación de funciones del ROF del MINSA aprobado con DS N°08-2017/SA.

- Decreto Supremo N°031-2014-SA que Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP v.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- 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 Intrahospitalarias.
- 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 en Salud.
- 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 Nº 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGIPRESS v.02, "Norma Técnica de Salud Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención.
- Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS v.1, denominada "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente"
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 005-IGSS v.1, denominada "Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas"
- Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 009-IGSS v.1, denominada "Análisis de los eventos adversos centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de servicios de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial Nº 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 491-2012/MINSA que incorpora el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud categoría III-2" a la NTS N° 050-MINSA/DGSP v-02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de herramientas para la Gestión de la Calidad"

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Las acciones para la implementación del proceso de manejo, registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela reguladas en la presente directiva, comprenden los aspectos del manejo, , proceso de notificación, análisis, monitoreo y evaluación.

5.2 Definiciones Operativas:

- **Acción Insegura**: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
- **Barrera**: Es el control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir el mínimo daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Daño:** cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.
- **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).
- **Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o 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 de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- **Evento Prevenible:** Describe un evento se debe a un error o fallo del sistema, al que podría anticiparse y estar preparado para su aparición.
- **Evento adverso leve:** Daño de carácter transitorio y que remite espontáneamente sin intervención de salud.
- **Evento adverso moderado:** Daño de carácter reversible y que requiere tratamiento e intervención de salud para su curación, prolongando su estancia hospitalaria.
- **Evento adverso severo:** Muerte o daño de carácter permanente e irreversible con pérdida de órgano o de alguna función y que requiere intervención compleja de salud.
- **Equipo de Control de Crisis:** Equipo multidisciplinario con cargos de jefaturas y/o direcciones que se reúnen ante el reporte de un Evento Adverso Severo, para diseñar un plan de intervención inmediato que mitigue sus consecuencias en los aspectos de salud, sociales, psicológicas, familiares, legales, económicas y administrativas derivadas del caso.
- **Factor Contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.
- **Factores del Sistema:** Son fallos del diseño y fracasos de la organización y el entorno.
- **Incidente**: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño

- **Infección Asociada a la Atención de Salud**: Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa la presencia de un agente infecciosos o a su toxina que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente al momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluye infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
- **Jefe inmediato:** Jefe de servicio, jefe de guardia o personal que ejerce función de supervisión en cada turno de trabajo en los diferentes servicios asistenciales.
- **Mitigación:** Una acción o circunstancia que evita o controla la progresión de un incidente hacia hacerle daño a un paciente.
- **Práctica Insegura:** Actividad de salud realizada con falla, error, descuido u omisión y que pone en riesgo al paciente de sufrir un daño (evento adverso).
- **Reacción Adversa a Medicamentos:** Respuesta indeseable asociado al uso de un medicamento que compromete la eficacia terapéutica, incrementa la toxicidad o ambos.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Seguridad del paciente:** Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención de salud y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Del Requerimiento de los formatos:

6.1.1. La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) es la responsable del requerimiento del formato de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinelas a nivel institucional (Anexo 1).

6.2. De la Distribución de los formatos:

6.2.1. La OGC se encargará de distribuir los formatos a cada Dirección de Línea, quienes a su vez serán los responsables de distribuir los formatos a sus diferentes departamentos y servicios.

6.2.2. El jefe de servicio es el responsable de que el formato de notificación de eventos adversos se encuentre disponible y de fácil acceso para todo el personal a su cargo.

6.3. Del Registro:

6.3.1. El personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de una práctica insegura o evento adverso deberá registrar y dejar constancia del hecho en el formato de notificación de Incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela institucional. (Anexo 1)

6.3.2. El registro será de acuerdo con el manual de instrucción que se adjunta a la presente. (Anexo 2)

6.4. De la Comunicación de Prácticas Inseguras, Incidentes o Eventos Adversos leves y moderados:

6.4.1. El personal asistencial o administrativo que ha registrado la práctica insegura o eventos adversos leves o moderados deberá entregar el formato a su jefe inmediato superior según corresponda al término de su turno.

6.4.2. El jefe inmediato superior, una vez recepcionado el formato de notificación de eventos adversos, deberá custodiar el mismo y remitirlo al jefe del servicio correspondiente.

6.4.3. El jefe de servicio recepcionará todos los formatos de notificación de eventos adversos de su servicio y consolidará la información en la *Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela* del servicio cada mes (Anexo 3).

6.4.4. El jefe de servicio deberá comunicar y remitir la *Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela* dentro de los cinco primeros días útiles de cada mes al jefe de Departamento, adjuntando todos los formatos de notificación. En caso de no haberse presentado ninguna practica insegura o evento adverso se procederá a remitir la matriz de consolidación a su departamento, indicando que no se reportaron prácticas inseguras ni eventos adversos durante el mes.

6.4.5. El jefe de Departamento deberá remitir a la Oficina de Gestión de la Calidad, la *Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela* de todos los servicios que se encuentran bajo su responsabilidad, adjuntando los formatos de notificación en original de ser posible.

6.4.6. El jefe responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP deberá recepcionar e integrar todas las matrices de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela de todos los servicios del INMP en una sola matriz; asimismo deberá clasificar los incidentes y eventos adversos registrados según categorías y tipo de evento adverso y consolidar en una sola matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela del INMP (Anexo 4). Finalmente, esta Matriz deberá ser remitida de forma mensual a la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud.

6.5. Del Manejo de Incidentes, Eventos Adverso leves y moderados

6.5.1. Los incidentes, eventos adversos leves y moderados serán analizados en reunión conjunta multidisciplinaria del servicio donde ocurrió el incidente o evento adverso. Esta reunión será mensual, será convocada por el jefe de servicio, y permitirá analizar las causas que llevaron al evento adverso, proponiendo las acciones de mejora que van a implementarse para evitar una nueva ocurrencia del evento. Se deberá llevar un acta de cada reunión las mismas que serán guardadas por el servicio ya que van a ser requeridas en las Rondas por la Seguridad del Paciente.

6.6. De la Comunicación de Eventos Adversos Centinela:

6.6.1. El personal asistencial o administrativo que evidencia o tiene conocimiento de un evento adverso centinela, deberá implementar acciones inmediatas de corresponder el caso y dejara constancia registrando lo ocurrido en el formato de notificación de Incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela institucional; la misma que deberá ser entregada inmediatamente a su jefe inmediato superior según corresponda.

6.6.2. El jefe inmediato superior una vez recepcionado el formato de notificación y con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del servicio

la ocurrencia del evento centinela remitiendo el formato de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela institucional.

6.6.3. El jefe de servicio verificará de inmediato la ocurrencia del evento centinela en el INMP y con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del Departamento la ocurrencia del Evento Centinela, remitiendo el formato de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela institucional en original; quedándose con una copia para su información mensual y reporte de la *Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela.*

6.6.4. El jefe de Departamento con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente, la ocurrencia del evento adverso centinela al director general del INMP y al jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remitiendo el formato de notificación de Incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela institucional en original.

6.6.5. El director general del INMP convocará de inmediato al Equipo de Análisis de eventos adversos centinela del INMP dentro de las 24 horas siguientes de ocurrido el evento adverso centinela siguiendo la directiva correspondiente para el análisis de los eventos adversos centinela en el INMP.

6.7. De la Conformación del Equipo de Análisis de Eventos Centinela del INMP:

6.7.1. El director general del INMP es el encargado de conformar el equipo de análisis de los eventos adversos centinela en el INMP.

6.7.2. El equipo de análisis de eventos adversos centinela será reconocido oficialmente con resolución directoral.

6.7.3. El Equipo de Análisis de los Eventos Adversos Centinela del INMP estará conformado por los siguientes miembros:

- Director General del INMP quien preside el equipo
- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología.
- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología.
- Director Ejecutivo de Apoyo de especialidades Médicas y Servicios Complementarios.
- Director de la Oficina de Administración
- Jefe de la Oficina de Asesoría Legal
- Jefe de la Oficina de Comunicaciones imagen institucional
- Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

6.7.4. Para el análisis del evento centinela el equipo invitara a participar al Jefe de Servicio y Departamento donde ocurrió el evento centinela y al personal de salud involucrado en la atención directa del paciente desde su ingreso hasta ocurrido el evento centinela.

6.7.5. El jefe de Oficina de Gestión de la Calidad será encargado de la asesoría en el uso de las herramientas de calidad para el análisis del evento centinela según la metodología del Protocolo de Londres.

6.8. De las funciones a realizar por el Equipo de Análisis de Eventos adversos Centinela del INMP

6.8.1. El líder del equipo de análisis de eventos adversos centinela del INMP convocará al equipo, dentro de las 24 horas de ocurrido y notificado el evento adversos centinela.

6.8.2. El jefe de la OGC en su cargo de secretario técnico es el responsable de la custodia del formato, registro y consolidado de toda la información en relación con el análisis de los eventos adversos centinela.

6.8.3. Todos los miembros integrantes participan en el análisis del evento adverso centinela aplicando el Protocolo de Londres.

6.8.4. El análisis, informe y recomendaciones a las que concluya el equipo deberá mantener el marco de recomendar acciones de prevención y no ser de ninguna forma punitiva.

6.8.5. Todos los participantes del equipo de evento centinela deberán firmar el informe con las recomendaciones emitidas, así como el plan de acciones de mejora y elevarlo a la Dirección Ejecutiva donde ocurrió el evento y a la Dirección General, con copia a OGC.

6.8.6. El equipo de eventos centinela tiene la potestad de referir el evento adverso centinela para el comité de auditoria médica y su respectivo informe y recomendaciones si así lo amerite.

6.8.7. En los casos de que el evento centinela esté relacionado a Muerte Materna o Muerte Neonatal se remitirá el análisis correspondiente al Comité de Prevención de Mortalidad Materna, fetal y Neonatal del INMP, para su respectivo análisis y seguimiento de las recomendaciones.

6.8.8. El equipo de análisis de eventos adversos centinela deberá socializar el informe final con el equipo de gestión y remitir las recomendaciones al departamento y servicio donde ocurro el evento para su implementación.

6.8.9. La OGC será la encargada de realizar el seguimiento y monitoreo de los acuerdos y plan de acción de las recomendaciones emitidas en el informe final.

6.9. De la ejecución del análisis del evento centinela:

6.9.1. El Equipo de análisis de eventos centinela procederán a realizar el análisis del evento siguiendo la metodología del Protocolo de Londres identificando los factores contributivos que propiciaron las acciones inseguras para la ocurrencia del evento. (Anexo 5)

6.9.2. El jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad registrará todas las actividades realizadas en los formatos del Protocolo de Londres y las custodiará hasta el final del informe. Asimismo, llevará las actas de las reuniones que se realicen.

6.9.3. El Equipo de eventos adversos centinela elaborar el informe final y el plan de acción conjuntamente con los jefes del servicio donde ocurrió el evento.

6.10. Del Monitoreo:

6.10.1. El jefe de servicio será el responsable de monitorear que los formatos se encuentren a disposición del personal a su cargo y que éste tenga pleno conocimiento de los objetivos y la forma de cómo realizar el registro de este.

6.10.2. La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de monitorear la disponibilidad y accesibilidad de los formatos en los diferentes servicios del Instituto.

6.10.3. La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable del seguimiento y monitoreo de la implementación de recomendaciones de mejora en los servicios.

6.11. Evaluación:

6.11.1. La evaluación se realizará teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

N°	Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Frecuencia de Evaluación
1	Número de Formatos de notificación de Eventos Adversos notificados	Número de Formatos de Eventos Adversos notificados	Formatos de notificación de Eventos Adversos	Mensual
2	Porcentaje de Notificación de eventos Adversos por Servicio	Número de Formatos de Eventos Adversos notificados en el Servicio X ---------- x 100 Número Total de Formatos de Eventos Adversos notificados	Formatos de notificación de Eventos Adversos	Mensual
3	Porcentaje de eventos adversos analizados	Número de Eventos en Adversos analizados ---------- x 100 Número Total de Eventos en Adversos notificados	Informe de análisis	Mensual
4	Porcentaje de Implementación de recomendaciones	Número de recomendaciones implementadas ---------- x 100 Número Total de recomendaciones planteadas	Informe de análisis	Mensual

VII. RESPONSABILIDADES

La presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio de todos los servicios y áreas del INMP.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

8.1 El abastecimiento de los formatos de registro de eventos adversos se llevará a cabo mediante los procesos logísticos establecidos

8.2 La OGC, en coordinación con el Comité de Seguridad del Paciente del Instituto evaluará periódicamente la operatividad del presente instrumento, proponiendo las mejoras a la Dirección General.

8.3 La OGC sistematizará la información generada mediante el diseño y aplicación de una base de datos

8.4 El Equipo de Control de Crisis o Contingencia se constituirá una vez ocurrido el evento adverso severo el cual estará presidido por el Director General o su representante el Director Ejecutivo de Línea del área involucrada y por los siguientes integrantes: Jefe del Departamento del área involucrada, Jefa del Servicio de Trabajo Social, Responsable del Seguro Integral de Salud, Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, Directora de la Oficina de Comunicaciones, Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, Director de la Oficina de Asesoria Legal, Jefa del Departamento de Obstetrices y Jefa del

Departamento de Enfermería según sea el caso, éste equipo será de carácter temporal.

IX. ANEXOS

9.1 **Anexo 1:** Formato de Notificación de Eventos adversos del INMP.

9.2 **Anexo 2:** Instructivo para el llenado del formato de **notificación** de eventos adversos del INMP.

9.3 **Anexo 3:** Flujo del reporte de notificación de eventos adversos leves y moderados.

9.4 **Anexo 4:** Flujo del reporte de notificación de evento adversos severos y centinela.

9.5 **Anexo 5:** Matriz de consolidación de los incidentes, evento adverso y eventos centinela para los servicios.

9.6 **Anexo 6:** Matriz de consolidación de los incidentes, evento adverso y eventos centinela del INMP

9.7 **Anexo 7:** Protocolo de Londres

9.8 **Anexo 8**:

ANEXO N° 1

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

(de carácter anónimo NO punitivo cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención)

DATOS DEL PACIENTE

N° de Historia Clínica [ ] Sexo: [ ] Edad: [ ]

Nombres y Apellidos: [ ]

Diagnóstico: [ ] Fecha Ingreso: [ ]

EVENTO ADVERSO: Lesión, daño, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud *(Plan Nacional Seguridad de Paciente RM Nº 676 - 2006 / MINSA)*.

Lugar de ocurrencia: [ ] Fecha: [ ] Hora: [ ]

Marque con un aspa (X) en el recuadro correspondiente al evento adverso producido.
si el evento adverso no figura, verifique en la parte posterior y marque según corresponda

Mortalidad
- [ ] Muerte materna
- [ ] Óbito fetal intrahospitalario
- [ ] Muerte Neonatal

Infeciones Intrahospitalarias
- [ ] Infección de herida operatoria
- [ ] Endometritis
- [ ] Sepsis neonatal intrahospitalaria
- [ ] Sepsis post operatoria
- [ ] Flebitis

Relacionado a Medicamentos
- [ ] Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)
- [ ] Reacción adversa por medicamentos

Relacionado a Equipamiento
- [ ] Evento relacionado con equipo Biomédico

Relacionado a procedimientos
- [ ] Complicaciones anestésicas
- [ ] Cuerpo extraño post cirugía
- [ ] Lesión intraoperatoria del recién nacido
- [ ] Complicaciones en el intra-post operatorio (lesión órgano adyacente)
- [ ] Perforación uterina post legrado uterino
- [ ] Evento adverso relacionado a intubación
- [ ] Caída de paciente
- [ ] Reacción transfusional
- [ ] Error de identificación y/o sexo de Recién Nacido

Trauma obstétrico neonatal
- [ ] Cefalohematoma
- [ ] Lesión de plexo braquial
- [ ] Fractura de clavícula
- [ ] Asfixia neonatal
- [ ] Síndrome de aspiración de liquido amniótico

Trauma obstétrico Materno
- [ ] Desgarro vaginal
- [ ] Hematomas
- [ ] Ruptura uterina
- [ ] Desgarro cervical
- [ ] Anemia aguda post procedimiento
- [ ] Retención de gasa vaginal post parto
- [ ] Otros (en la parte posterior)

Describa el **evento adverso** notificado:

_____

_____

_____

_____

¿El evento adverso era para usted prevenible? SI [ ] NO [ ]

¿Cómo? _____

_____

_____

FECHA DE NOTIFICACIÓN: [ ]

OTROS EVENTOS ADVERSOS

- ☐ Laceración por esparadrapo
- ☐ Quemaduras química, térmica y eléctrica.
- ☐ Neumonía asociada a ventilador mecánico
- ☐ Dehiscencia de episiorrafía
- ☐ Óbito fetal extrahospitalario
- ☐ Infección del tracto urinario post catéter
- ☐ Conjuntivitis en recién nacido
- ☐ Onfalitis
- ☐ Piodermitis Neonatal
- ☐ Otras fracturas del Recién Nacido
- ☐ otros especifique……

_____

ANEXO N° 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

Aspectos Generales:

- El llenado del formato será con letra clara y legible.
- Se llenará con lapicero azul o negro.
- La notificación es anónima.

I parte

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
(de carácter anónimo NO punitivo cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención)

DATOS DEL PACIENTE

N° de Historia Clínica [ ] Sexo: [ ] Edad: [ ]

Nombres y Apellidos: [ ]

Diagnóstico: [ ] Fecha Ingreso: [ ]

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

- Consignar obligatoriamente los datos de la paciente motivo de la notificación, se registraran: Nº de la historia Clínica, sexo, edad, nombres y apellidos, diagnostico y fecha de ingreso de la paciente.

II parte

EVENTO ADVERSO: Lesión, daño, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud *(Plan Nacional Seguridad de Paciente RM Nº 676 - 2006 / MINSA)*.

Lugar de ocurrencia: [ ] Fecha: [ ] Hora: [ ]

- Consignar datos respecto al evento adverso teniendo en consideración que evento adverso es la lesión, daño, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente directamente asociado con la atención de salud.

III parte

Marque con un aspa (X) en el recuadro correspondiente al evento adverso producido.
si el evento adverso no figura, verifique en la parte posterior y marque según corresponda

Mortalidad
- ☐ Muerte materna
- ☐ Óbito fetal intrahospitalario
- ☐ Muerte Neonatal

Infeciones Intrahospitalarias
- ☐ Infección de herida operatoria
- ☐ Endometritis
- ☐ Sepsis neonatal intrahospitalaria
- ☐ Sepsis post operatoria
- ☐ Flebitis

Relacionado a Medicamentos
- ☐ Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)
- ☐ Reacción adversa por medicamentos

Relacionado a Equipamiento
- ☐ Evento relacionado con equipo Biomédico

Relacionado a procedimientos
- ☐ Complicaciones anestésicas
- ☐ Cuerpo extraño post cirugía
- ☐ Lesión intraoperatoria del recién nacido
- ☐ Complicaciones en el intra-post operatorio (lesión órgano adyacente)
- ☐ Perforación uterina post legrado uterino
- ☐ Evento adverso relacionado a intubación
- ☐ Caída de paciente
- ☐ Reacción transfusional
- ☐ Error de identificación y/o sexo de Recién Nacido

Trauma obstétrico neonatal
- ☐ Cefalohematoma
- ☐ Lesión de plexo braquial
- ☐ Fractura de clavícula
- ☐ Asfixia neonatal
- ☐ Síndrome de aspiración de liquido amniótico

Trauma obstétrico Materno
- ☐ Desgarro vaginal
- ☐ Hematomas
- ☐ Ruptura uterina
- ☐ Desgarro cervical
- ☐ Anemia aguda post procedimiento
- ☐ Retención de gasa vaginal post parto
- ☐ Otros (en la parte posterior)

OTROS EVENTOS ADVERSOS
- ☐ Laceración por esparadrapo
- ☐ Quemaduras química, térmica y eléctrica.
- ☐ Neumonía asociada a ventilador mecánico
- ☐ Dehiscencia de episiorrafía
- ☐ Óbito fetal extrahospitalario
- ☐ Infección del tracto urinario post catéter
- ☐ Conjuntivitis en recién nacido
- ☐ Onfalitis
- ☐ Piodermitis Neonatal
- ☐ Otras fracturas del Recién Nacido
- ☐ otros especifique.....

_____

- Marcar con un aspa (X) en el recuadro correspondiente al evento adverso producido según listado, pudiendo ser más de uno. En caso de no hallarse el evento adverso en el listado, verifique también en la parte posterior del formato y marque según corresponda. Si aun no se encuentra, marcar en el ítem de otros y especifique el nombre del evento adverso a notificar.

IV parte

Describa el **evento adverso** notificado:

_____
_____
_____
_____

¿El evento adverso era para usted prevenible? SI ☐ NO ☐

¿Cómo? _____
_____
_____

FECHA DE NOTIFICACIÓN: ☐

- Describa de manera breve el evento adverso que usted esta notificando. Registre si el evento adverso pudo prevenirse según su punto de vista y detalle brevemente la forma en la que se podría evitar su recurrencia. Finalmente consigne la fecha de la notificación es decir la fecha en la que llena este formato.

ANEXO N° 3

FLUJO FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS LEVES Y MODERADOS

Del Proceso de Notificación de Eventos Adversos leves y moderados

Responsable	Actividad
Testigo o participe	1. Identifica la ocurrencia del evento adverso
	2. Registra y remite el formato de notificación al jefe inmediato superior del turno
Jefe Inmediato Superior	3. Recepciona, custodia y remite el formato de notificación al jefe de Servicio
Jefe de Servicio	4. Recepciona y custodia todos los formatos de su servicio y consolida la información en la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos adversos y eventos centinela del Servicio de forma mensual.
	5. Comunica y remite al jefe de Departamento dentro de los 5 días primeros del mes siguiente, la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos adversos y eventos centinela del Servicio del mes, adjuntando todos los formatos originales y si no hubieran reportado ningún evento adverso de igual forma deberá consignar que no hubo ningún evento en le mes.
Jefe de Departamento	6. Deberá remitir a la OGC todas las Matrices de todos los servicios que estén bajo su responsabilidad. 7. Convocará a todos los jefes de sus servicios y realizará el análisis de las prácticas inseguras y eventos adversos notificados con la finalidad de implementar acciones de mejora.
Jefe de OGC	8. Recepciona e integra todas las Matrices y luego consolida en la Matriz de consolidación de incidentes, evento adverso y eventos centinela del INMP. 9. Remitir la Matriz consolidada de forma mensual a la DG para ser remitida al MINSA
Director General del INMP	10. Recepción de la Matriz consolidada por OGC 11. Remitir la Matriz consolidada a la UFGCS del MINSA.

ANEXO N° 4

FLUJO FORMATO DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS SEVEROS (EXCEPTO MUERTE MATERNA)

Del Proceso de Notificación de Eventos Adversos Severos y Centinela

Responsable	Actividad
Testigo o participe	1. Identifica la ocurrencia del evento adverso severo o centinela
	2. Registra y remite el formato de notificación al jefe inmediato superior del turno, indicando las acciones inmediatas realizadas según corresponda.
Jefe Inmediato Superior	3. Recepciona y comunica con carácter obligatorio de forma inmediata del evento al Jefe de Servicio; asimismo, remite el formato de notificación simultáneamente.
Jefe de Servicio	4. Recepciona y verifica de inmediato la ocurrencia del evento adverso severo/centinela en el INMP.
	5. Comunica de inmediato y con carácter de URGENCIA al jefe del Departamento, la ocurrencia del Evento severo/centinela adjuntando el formato de notificación original, quedándose con una copia para su consolidado mensual.
Jefe de Departamento	6. Recepciona comunica de forma inmediata y con carácter de URGENCIA al director de Línea, jefe de OGC y director general del INMP, remitiendo el formato de notificación original. 7. Guarda una copia para su consolidación mensual.
Jefe de OGC	8. Recepciona el evento centinela del INMP, ingresa en Matriz de consolidación. 9. Acude a reunión convocada por director general y equipo de Análisis de Eventos Adversos centinela según la directiva correspondiente.
Director General del INMP	10. Recepción de formato, convoca inmediatamente al equipo de Análisis de eventos centinela del INMP para el análisis respectivo y las acciones a implementar. 11. Solicita de ser necesario la Auditoria del caso al Comité de Auditoría médica

* En caso de muerte materna el director ejecutivo informará y convocará al Comité de Mortalidad Materna y Perinatal quienes seguirán las disposiciones descritas en la RM Nº 4533 – 2006/MINSA y las respectivos RD Nº 042-DG-INMP-2006 Y RD Nº 253-DG-INMP-2007.

ANEXO N° 5

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ DE CONSOLIDACION Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS PARA LOS SERVICIOS

	UPSS:	SERVICIO:	
	MES /AÑO DEL REPORTE:	RESPONSABLE:	

N°	N° de Ficha	Fecha de Notificación	Paciente	H.C.	Sexo	Edad	Diagnostico principal	Servicio de ocurrencia	Categoria del Incidente/Evento adverso/Evento centinela	Fecha del Incidente/Evento adverso	Hora aprox. Incidente/Evento adverso	Descripcion del evento	Acciones inmediatas adoptadas en el servicio	Acciones de mejora	Responsable	Plazo	Implementado SI/NO /PROCESO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ANEXO N° 6

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ DE CONSOLIDACION Y SEGUIMIENTO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

NOMBRE DE LA IPRESS: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	MES/AÑO DEL REPORTE:
N° DE LA UPSS/SERVICIO DE LA IPRESS:	N° DE LA UPSS/SERVICIO DE LA IPRESS QUE REPORTAN:

N° de Ficha	Fecha de Notificación	Nombre del establecimiento	H.C.	Sexo	Edad	Diagnostico principal	UPSS/ Servicio	Incidente	Evento Adverso	Evento Centinela	Fecha del Incidento/evento	Hora aprox. Incidente/evento	Descripción del evento		Categoria del EA	Tipo del EA
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD · INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

ANEXO N° 7

PROTOCOLO DE LONDRES

El Protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos. Constituye una Guía de práctica para administradores de riesgo y propone una metodología para el proceso de investigación, análisis y recomendaciones.

A continuación, se describe los pasos:

Paso 1: IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR

Una vez ocurrido el evento adverso el servicio o área debe decir si se inicia o no el proceso. Por lo que debe de tener en cuenta la gravedad del evento y el potencial aprendizaje organizacional.

Paso 2: SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo deberá seleccionara entre 3 a 5 personas con diversas competencias, así mismo es importante que el equipo investigador elija un líder, quien será el encargado de conducir al equipo.

Paso 3: OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente
- Declaraciones y observaciones inmediatas
- Entrevistas con los involucrados
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vidas de los equipos involucrados, etc.)
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son

- En esta fase, el equipo de investigación haciendo uso de diversas fuentes y técnicas diferentes, recaba información para poder establecer con claridad los hechos.

Técnicas de Investigación:

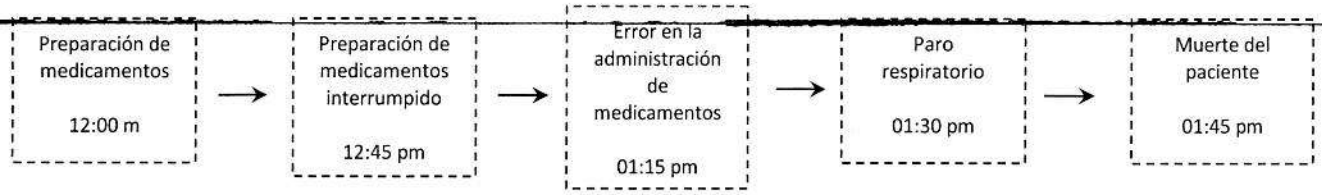
1) Revisión documentaria: Técnica mediante el cual el equipo o investigador
2) Entrevista la entrevista debe ajustarse a un procedimiento cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis u conclusiones cercanas a la realidad. Este protocolo o procedimiento se ilustra en la siguiente tabla tomada de la directiva sanitaria 09.

PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA	
Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee
Explique el propósito	• Explique al entrevistado el motivo de la entrevista • Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse en estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	• Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación • Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como el entrevistado (a) lo vivió • Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento
Identifique las acciones inseguras	• Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. • Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por algo si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación
identifique los factores contributivos	• Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. • Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos

Paso 4: PRECISE LA CRONOLOGIA DEL INCIDENTE

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron en el incidente junto con la historia clínica deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió el investigador debe identificar cualquier discrepancia entre las fuentes y proceder a hacer la cronología del incidente. Para ello se utiliza las siguientes 3 técnicas:

- **Narración.** tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología de lo ocurrido que permite entender cómo sucedieron los hechos y se puede realizar una narración descriptiva de lo que ocurrió.
- **Línea de tiempo.** es el seguimiento del incidente y permite descubrir las partes del proceso en que se han producido problemas este enfoque es útil cuando un equipo trabaja en conjunto para generar una cronología. Por ejemplo:



- **Cuadro Tiempo/Persona:** permite realizar un seguimiento de los movimientos de las personas antes coma durante y después de un incidente. Ejemplo:

	9:02 am	9:04 am	9:06 am	9:08 am
Médico	Con el paciente	En la estación de médicos	En la estación de médicos	Con el paciente
Director	En la oficina	En la oficina	Con el paciente	Con el paciente
Enfermera	Con el paciente	Con el paciente	Con el paciente	Con el paciente

- **Diagrama:** los movimientos de personas materiales y documentos también se pueden representar mediante un dibujo o dibujos esquemáticos que ilustren la secuencia de hechos cómo se dieron y como si hubieran dado,de haber ocurrido de acuerdo a las políticas y procedimientos institucionales, con ello se puede realizar una comparación.

Paso 5 : IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS

Ahora llega el momento de identificar y puntualizar las acciones inseguras que se hayan encontrado, las que se han estado identificado al revisarla documentación, a las que se agregan o confirman con las entrevistas. De ser posible se debe organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que puedan revisar conjuntamente las acciones inseguras encontradas. Generalmente los involucrados son capaces de identificar el motivo por el cual ocurrió el evento adverso o la acción insegura. Es preferible identificar conductas específicas que observaciones generales tales como mala comunicación o trabajo de equipo deficiente, que pueden existir pero que corresponden más a factores contributivos que a acciones inseguras. Dejar los factores contributivos para el final.

Paso 6: IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS

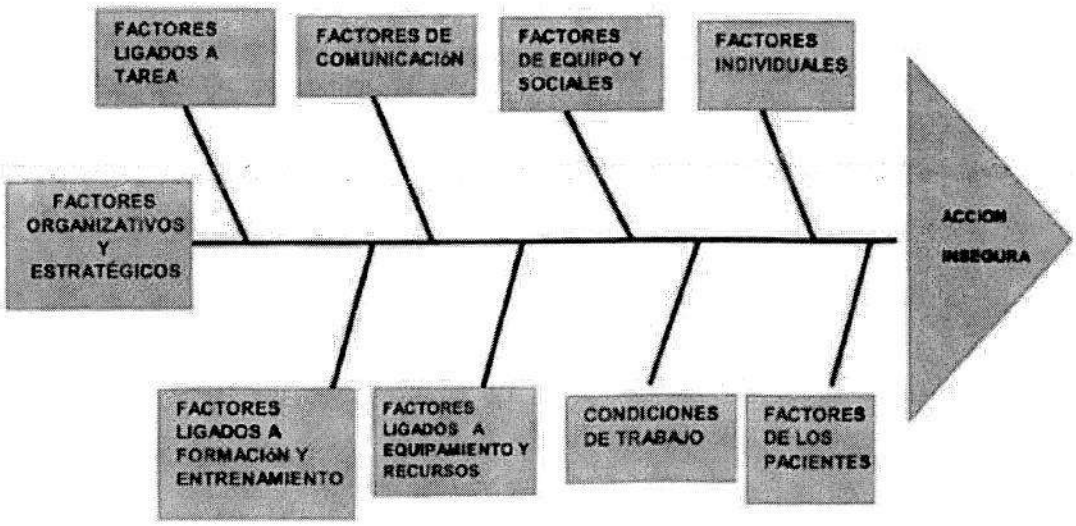
Ahora este es necesario identificar las condiciones asociadas a cada acción insegura. el factor contributivo que está asociado. Cuando hay un gran número de acciones inseguras hay que seleccionar las más importantes y analizarlas una a una porque generalmente cada una tiene varios un conjunto de factores contributivos que se asocian a ella es posible que la acción insegura está asociada a varios factores como por ejemplo la desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). Se puede utilizar el siguiente gráfico para poder este organizarlos y ordenarlos.

MAPEO CRONOLOGICO DE LAS ACCIONES INSEGURAS Y FACTORES CONTRIBUTIVOS ASOCIADOS

	CRONOLOGIA						
	→	→	→	→	→	→	←
	TIEMPO						
Acciones inseguras							
Factores contributivos							
Recomendaciones							

En el siguiente gráfico se muestra un diagrama de espina de pescado asociado a una acción insegura y que representa la misma información del factor contributivo en formato alternativo

DIAGRAMA DE ISIKAWA MODIFICADO POR LA NACIONAL PATIENT SECURITY AGENCY (NPSA)



Paso 7: RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

El paso final de la investigación y análisis y la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura y corresponde ahora hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas se recomienda en el plan de acción incluir la siguiente información:

- priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes
- lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador asignar un responsable de implementar las acciones
- definir tiempo de implementación de las acciones

- identificar y asignar los recursos necesarios
- hacer seguimiento a la ejecución del plan
- cierre formal cuando la implementación sea efectuada
- fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción

Las recomendaciones deben ser realistas con el fin de que se traduzcan en mejoramientos que puedan ser comprobados por toda la organización hay que tener en cuenta la complejidad los recursos que se requieren y el nivel de control de qué depende.
Se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control en que va a depender individual grupal local, el departamento, dirección, organización, autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar la ejecución promoviendo así la cultura de seguridad pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramiento se entiende su importancia y se apropia de él.

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

ANEXO N° 8

FICHA DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS LEVES Y MODERADOS

- Fecha en que el Jefe de Servicio recepciona el Evento Adverso: | | | |

- Fue posible mitigar el Evento Adverso. Si ☐ No ☐ Que se hizo?

_____

_____

- Tipo de Evento Adverso: Leve ☐ Moderado ☐

Para el análisis del **Evento adverso leve o moderado** debe realizar lo siguiente:

1. El Jefe de Servicio convocará al equipo multidisciplinario del mismo una vez al mes para analizar los eventos ocurridos.

   * Registrar Fecha de la Reunión | | | |

2. Realizar el Análisis de Evento Adverso mediante el análisis Causa efecto: (seguir los siguientes pasos)

Paso Nº 1: Recolectar información

1.- Revisión documentaria: la revisión debe hacerse previa a la reunión:

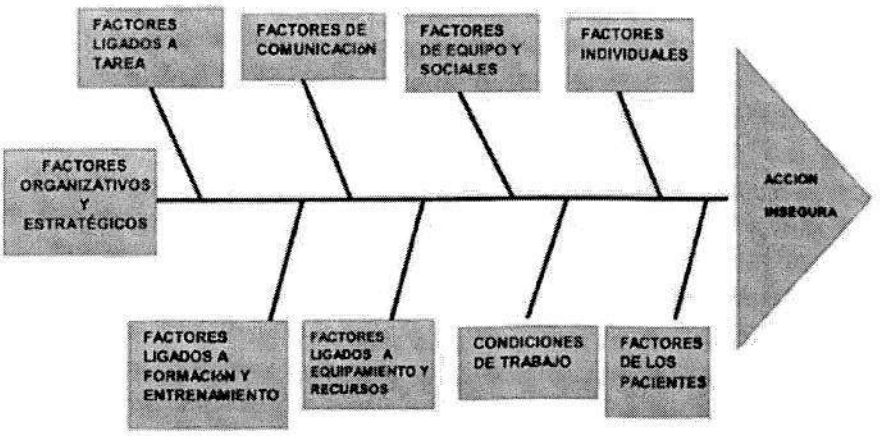
a. Revisión crítica de la Historia Clínica: Si ☐ No ☐
b. Solicitud y revisión de informes de ser necesario Si ☐ No ☐
c. Revisión de otros documentos ☐ Si ☐ No

   Especifique:_____

d. Entrevistas al personal involucrado Si ☐ No ☐
e. Visita el lugar de los hechos. Si ☐ No ☐

Paso Nº 2: Estructurar la línea de tiempo o secuencia cronológica de los hechos RELEVANTES. (Adjuntar en hoja adicional)

Paso Nº 3: Diseñar el Diagrama de Espina de Pescado e identificar las causas raíces (adjuntar hoja adicional si es necesario)



Paso Nº 4: Priorizar las causas raíz según Frecuencia, Relevancia y Factibilidad (Listar las causas raíces priorizadas)

1._____

2._____

3._____

4._____

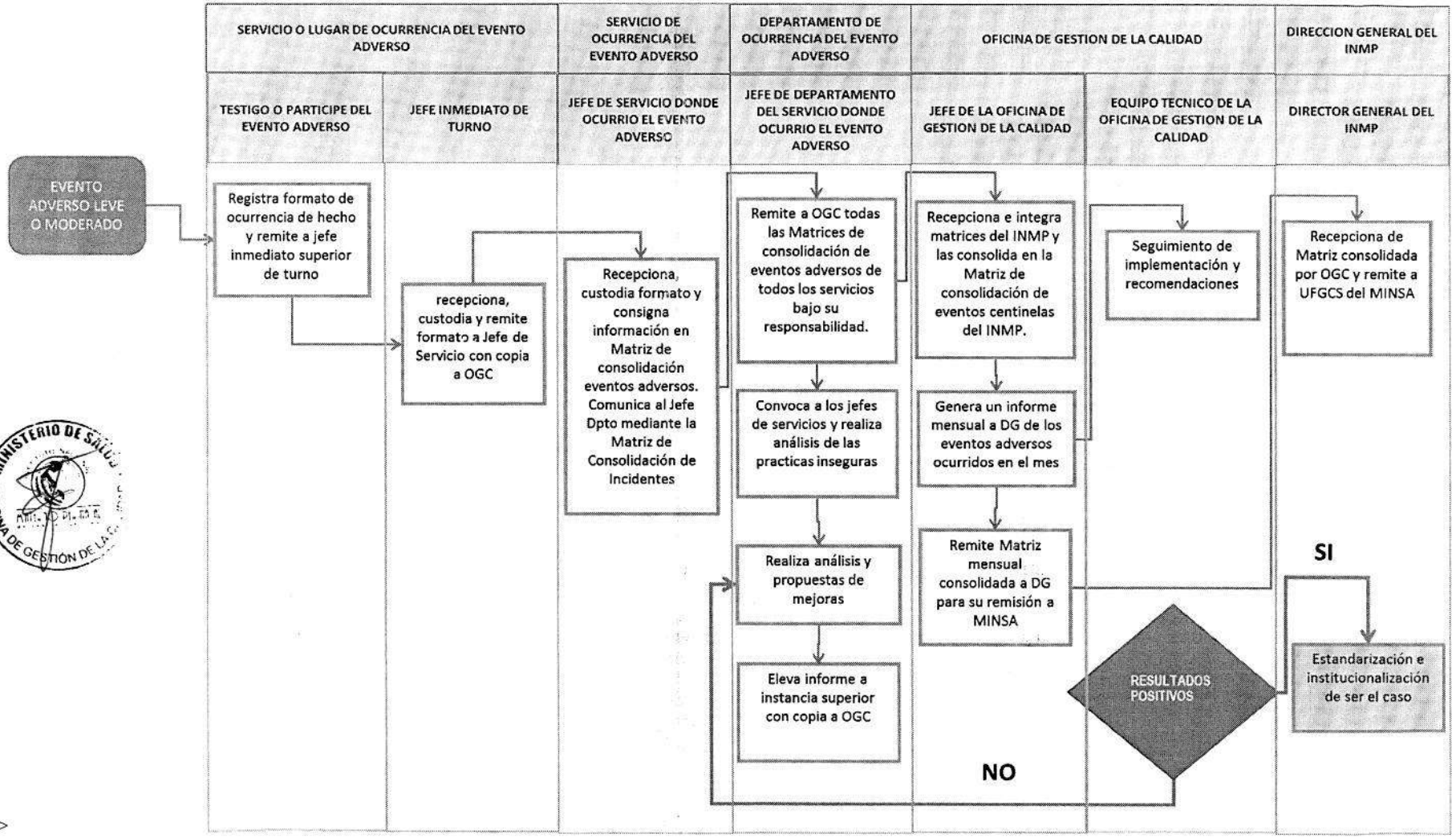
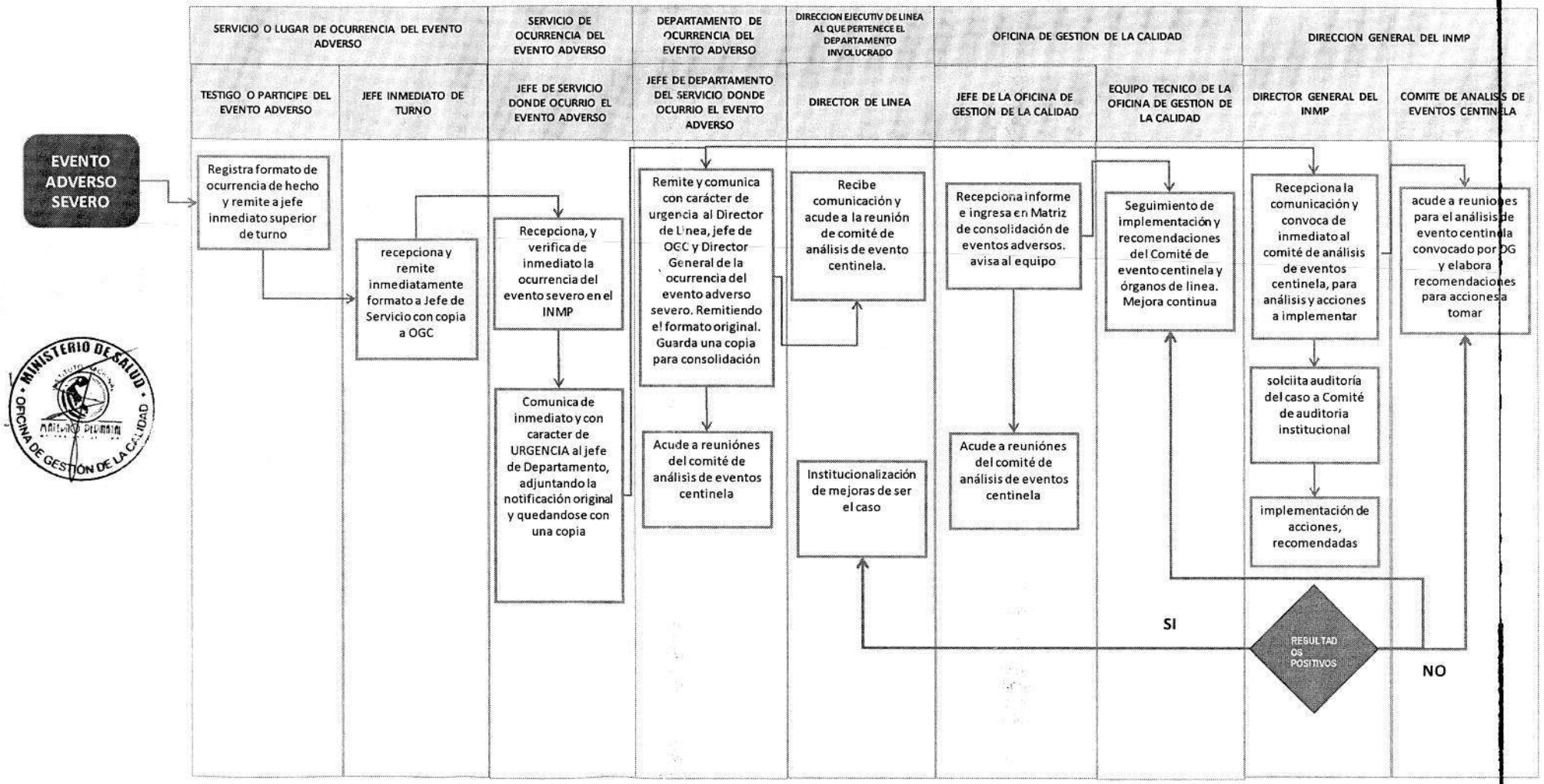
5._____

Paso Nº 5: Formato de Gestión de Cambios . (adjuntar hoja adicional si es necesario)

Causa raíz priorizada	Cambio propuesto	Proceso afectado	Responsable	Modo de introducir el cambio	Objetivo e indicador de medida	Fecha del cambio	Fecha de revisión	¿Aplicable a algún otro proceso?	¿Introduce algún nuevo riesgo?

Esta ficha será almacenada en el servicio y mostrarse a requerimiento de la la Oficina de Gestión de la Calidad.

FLUJO NOTIFICACION Y MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS LEVES Y MODERADOS EN EL INMP



FLUJO DE MANEJO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS SEVEROS (EXCEPTO MUERTE MATERNA)