

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 1 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

Procedimiento:

“Sistema de vigilancia de Eventos Adversos asociados a la atención”

Índice	
Sección	Página
Objetivo	2
Alcances	2
Responsabilidades	2
Definiciones	3
Referencias	4
Equipos y Materiales	4
Descripción del proceso	5
Documentos asociados	13
Anexos	13
Archivo	13
Revisiones y modificaciones de la versión original	14

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Alejandra Milles García Mariela Berrios Ardiles José Muñoz Meza Rossana Huerta Marchant Profesionales Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente • UCSP • EU Rosa Jirón Araya Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Dr. Juan Villarroel Villarroel Subdirector (s) médico EU Gloria Moraga Ordoñez Subdirectora enfermería MT. Andrea Rivera Mostroza Subdirectora matronería (s)	Dr. Pedro Usedo López Director (s) Hospital Regional Antofagasta APROBADO 25/04/2025

Este documento es propiedad del Hospital Clínico Regional de Antofagasta" Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 2 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

1. OBJETIVO

1.1. OBJETIVO GENERAL

Mantener el sistema de vigilancia de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas asociados a la atención, que permita analizar e implementar prácticas preventivas en la atención y cuidados proporcionados a los pacientes del Hospital regional de Antofagasta (HRA).

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.2.1. Identificar riesgos para la seguridad de atención en el HRA.
- 1.2.2. Promover la mejora continua a través de la retroalimentación y la corrección de errores.
- 1.2.3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el futuro.

2. ALCANCE

El procedimiento descrito aplicará a todas las Unidades clínicas y de apoyo del Hospital regional Antofagasta (HRA).

3. RESPONSABILIDADES

- 3.1. **Director** : Es responsable de conocer y velar por el cumplimiento de este procedimiento, tomar conocimiento de los Eventos Centinela (EC) y tomar las acciones correspondientes.
- 3.2. **Subdirector Médico, Subdirectora Enfermería, Subdirectora Matronería**: Son responsables de estar en conocimiento de este procedimiento y de los Eventos adversos (EA) que ocurren en el hospital, como también de la implementación de las medidas pertinentes a su competencia en las áreas de su dependencia, previo análisis de los casos entregados por unidad de calidad.
- 3.3. **Subdirección de concesiones**: Es responsable de gestionar y coordinar con Inspección fiscal los requerimientos asociados al sistema de vigilancia de eventos adversos relacionados con empresa concesionaria cuando corresponda.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 3 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

3.4. Jefe UCSP: Es responsable de implementar y mantener el cumplimiento de este procedimiento y a su vez actualizarlo oportunamente. Supervisar el cumplimiento del presente procedimiento.

3.5. Profesional UCSP: Es responsable de ejecutar este procedimiento, mantener una base de datos digital actualizada, para el análisis y reporte de los incidentes, EA o EC a nivel institucional y realizar seguimiento de las acciones de mejora . Colaborar en la actualización del procedimiento.

3.6. Funcionario HRA: Es responsable de notificar directamente a la UCSP los eventos detectados o identificados, además de participar ante la solicitud de su jefatura en los análisis causales y/o plan de mejora según corresponda.

3.7. Supervisor/Jefe de servicio/ responsable de calidad de la Unidad asistencial y/o apoyo: Es responsable de conocer, difundir y velar por el cumplimiento de este procedimiento, notificar a la UCSP, conocer sus eventos, realizar análisis causal y plan de mejora participativo, además de la ejecución de las acciones de mejora propuestas según corresponda a su ámbito de acción.

3.8. Médico tratante o de turno: Es responsable de conocer y aplicar el presente documento. Además deberá de informar al paciente y/o familiar o tutor legal del paciente, aquellos eventos adversos o centinelas confirmados durante su hospitalización o atención. Dejar registro del evento en ficha clínica del paciente.

4. DEFINICIONES

4.1. Notificación: Acción de reportar un Incidente o evento adverso, en forma voluntaria, por escrito o verbal.

4.2. Sistema de vigilancia: Recopilación continua sistemática oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre alguna condición de salud, cuyo análisis e interpretación debe servir como base para la mejora continua.

4.3. Evento adverso (EA): Es un suceso o acontecimiento inesperado relacionado con la atención de salud recibida por un paciente, que produce un daño físico y/o psicológico temporal

	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 4 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

como producto de éste y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad o enfermedad preexistente del paciente.

4.4. Evento centinela (EC): Es un suceso o acontecimiento inesperado, no relacionado con el curso natural de la enfermedad o enfermedad preexistente del paciente, con resultado de muerte, pérdida de una parte o función del cuerpo, incapacidad física o psicológica **permanente**.

4.5. Incidente: Acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de esta.

4.6. Se considera daño: La alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella.

4.7. UCSP: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

4.8. UPC: Unidad de pacientes críticos

4.9. HRA: Hospital Regional Antofagasta.

5. REFERENCIAS

5.1. MINSAL, *Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela*[online] disponible en http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_Norma.pdf

5.2. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos* [online] disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7103_recurso_1.pdf

5.3. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009 [online] disponible en http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

5.4. MINSAL (2024). Ley 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 5 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

6. EQUIPOS Y MATERIALES: No aplica

7. DESCRIPCION DEL PROCESO :

7.1. EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS A VIGILAR DE ACUERDO A REALIDAD ASISTENCIAL:

SERVICIO	EVENTOS ADVERSOS A VIGILAR	EVENTOS CENTINELAS A VIGILAR
PABELLONES - Pabellón central. - Pabellón cardiocirugía	- Error de medicación con daño temporal. - Caída con daño temporal. - Úlceras por presión (estadio I y II).	- Cirugía de paciente equivocado. - Cirugía de sitio equivocado. - Cuerpo extraño olvidado. - Cirugía equivocada.
HEMODINAMIA	- Error de medicación con daño temporal. - Caídas con daño temporal.	Shock anafiláctico grave a medio de contraste con causa de muerte o incapacidad física severa.
PARTO	- Dehiscencia de sutura. - Lesiones a RN asociadas al parto.	- Asfixia neonatal grave no recuperada. - Muerte materna sin patología asociada.
ENDOSCOPIA	- Error de medicación con daño temporal. - Caída con daño temporal.	- Error de medicación con daño permanente o muerte - Caída con daño permanente o con resultado de muerte.
UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: - Unidad de cuidados intensivos (UCI). - Unidad Tratamiento intermedio médico-quirúrgico (UTI 2° piso). - Unidad cuidados intensivos coronario (UCO). - Unidad de pacientes críticos 7° piso ala D (UTI).	- Error de medicación con daño temporal. - Úlceras por presión (estadio I, II, de tejido profundo, inclasificables). - Manejo de elemento invasivo inadecuado.	- Úlceras por presión (estadio III y IV). - Error de medicación con daño permanente o muerte.



Procedimiento:
Sistema de vigilancia de eventos adversos
asociados a la atención

Código: P0-UCSP- 02

Versión: 08

Páginas: 6 de 15

Fecha de emisión: abril 2025

Vigencia: 5 años

Unidad	Tratamiento		
• Unidad intermedio cardioquirúrgico.			
UPC PEDIATRÍA	• Error de medicación con daño temporal. • Manejo elemento invasivo inadecuado.	• Error de medicación con daño permanente o muerte. • Error de identificación de paciente.	
UPC NEONATAL	• Error de medicación con daño temporal. • Manejo elemento invasivo inadecuado. • Úlceras por presión (estadio I, II, de tejido profundo, inclasificables).	• Error de medicación con daño permanente o muerte. • Error de identificación de paciente.	
NEONATOLOGÍA	• Error de medicación con daño temporal. • Flebitis.	• Error de medicación con daño permanente o muerte. • Error de identificación de paciente.	
MÉDICO-QUIRÚRGICO (MQ) • Medicina • Cirugía adulto - BQ. • Especialidades • Médico-quirúrgico (MQ) 6° piso ala A • Cuidados quirúrgicos medios • Cuidados cardiológica medios	• Error de medicación con daño temporal. • Caída con daño temporal • Úlceras por presión (estadio I, II, de tejido profundo, inclasificables).	• Caída con daño permanente o con resultado de muerte • Úlceras por presión (estadio III y IV). • Error de medicación con daño permanente o muerte. • Enfermedad tromboembólica en paciente quirúrgico.	
CIRUGÍA INFANTIL PEDIATRÍA	• Error de medicación con daño temporal. • Flebitis	• Error de medicación con daño permanente o muerte. • Error de identificación de paciente. • Fuga de paciente menor de 15 años.	
OBSTETRICIA- GINECOLOGÍA	• Caída con daño temporal • Endometritis.	• Error en la entrega o intercambio de un Recién nacido. • Caída con daño permanente o con resultado de muerte. • Muerte fetal tardía.	
FARMACIA	• Error de medicación (medicamento dispensado incorrectamente)	• Muerte de paciente por quiebre de stock de medicamentos críticos.	

Este documento es propiedad del Hospital Clínico Regional de Antofagasta" Dr. Leonardo Guzmán". Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización de la Dirección del establecimiento.



Procedimiento:
**Sistema de vigilancia de eventos adversos
asociados a la atención**

Código: P0-UCSP- 02
Versión: 08
Páginas: 7 de 15
Fecha de emisión: abril 2025
Vigencia: 5 años

	- Medicamento mal rotulado. - Despacho de medicamentos vencidos.	Descompensación de patología de base del paciente por dispensación de fármaco equivocado.
QUIMIOTERAPIA - Oncología adulta - Oncología infantil ambulatorio. - Oncología infantil Atención cerrada.	- Error de medicación con daño temporal. - Caídas con daño temporal. - Extravasación.	- Error de medicación con daño permanente o muerte - Quemadura química por extravasación en grados AB y B
IMAGENOLOGIA	- Extravasación de medio de contraste. - Examen de imagenología con error de identificación	- Shock anafiláctico grave a medio de contraste con causa de muerte o incapacidad física severa. - Valor crítico no notificado
ANATOMIA PATOLOGICA	- Error en fijación o conservación de biopsia. - Error de identificación de muestra pesquisado previo a emisión de informe.	- Perdida de biopsia por extravió o inutilización accidental de las biopsias. - Error estudio histopatológico - Valor crítico no notificado. - Error en entrega de paciente fallecido.
TRANSPORTE (MOVILIZACIÓN)	Caídas con daño temporal.	Caída con daño permanente o con resultado de muerte.
DENTAL	- Fractura de punta activa de cureta de pulido periodontal - Aspiración o deglución de cuerpo extraño. - Fractura de instrumental endodóntico en cavidad bucal. - Quemadura de piel, mucosa y/o conjuntivas. - Error de medicación con daño temporal. - Caídas con daño temporal.	- Extracción de pieza equivocada. - Error de medicación con daño permanente o muerte. - Caída con daño permanente o con resultado de muerte. - Fractura de aguja en cavidad bucal, no retirada. - Muerte inesperada.



**Procedimiento:
Sistema de vigilancia de eventos adversos
asociados a la atención**

Código: P0-UCSP- 02
Versión: 08
Páginas: 8 de 15
Fecha de emisión: abril 2025
Vigencia: 5 años

	• Fractura de aguja en la cavidad bucal, retirada efectivamente.	
URGENCIA	• Error de medicación con daño temporal. • Caídas con daño temporal. • Úlceras por presión (estadio I y II).	• Error de medicación con daño permanente o muerte • Caída con daño permanente o con resultado de muerte.
ESTERILIZACION	• Almacenamiento de material vencido • Almacenamiento de materia estéril con envoltorios en mal estado.	• Distribución de material no estéril a los servicios clínicos.
BANCO SANGRE	• Procesamiento de prueba de compatibilidad con muestra vencida. • Pérdida de muestra de paciente para pruebas de compatibilidad.	• Transfusión del paciente o hemocomponente equivocado • Transfusión de componentes sanguíneos sin tamizaje microbiológicos conformes • Reacciones hemolíticas aguda por incompatibilidad de grupo sanguíneo. • Reacción por sobre carga de volumen. • seroconversión por un agente (Ej. VIH, hepatitis B, C) transmisible que se puede transmitir por transfusiones.

Este listado no excluye la posibilidad de notificación de otros eventos en estas u otras unidades que generen muerte, pérdida de una parte del cuerpo o una discapacidad o perdida de una función corporal irreversible y permanente, algún daño o consecuencia al paciente temporal o incidente, y que este se relacione con la atención de salud recibida y no al curso de la enfermedad.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 9 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

7.2. SISTEMA DE VIGILANCIA:

El sistema de vigilancia de nuestra institución es PASIVA, ya que la detección de eventos adversos es en base al reporte o notificación voluntaria y anónima por parte de los funcionarios respecto a las situaciones acometidas en las distintas unidades del establecimiento.

7.3. PROCEDIMIENTO DE REPORTE:

- 7.3.1. Se realiza a través de: notificaciones voluntarias a la UCSP, la cual puede ser realizada por cualquier funcionario del establecimiento que presencie o identifique la ocurrencia de un evento idealmente dentro de las primeras 48 horas (hábiles), llenando todos los campos del formulario destinado para ello.
- 7.3.2. La vía de notificación es a través de formulario de notificación, el cual puede ser enviado directamente a la UCSP en forma física o digital al correo electrónico asignado.
- 7.3.3. Otra vía de reporte es a través de formularios de solicitudes ciudadanas (reclamos asociados al ítem competencia técnica), enviados desde Unidad de Gestión de Usuarios (UGU) a UCSP, al correo electrónico asignado.

7.4. VALIDACIÓN O CONFIRMACIÓN DEL EVENTO NOTIFICADO.

- 7.4.1. Ingresado el reporte del evento notificado, el encargado del sistema de vigilancia debe verificar la información del formulario, solicitar información adicional a la unidad de origen del evento según corresponda, para posteriormente clasificarlo de acuerdo con el anexo N° 2. Una vez clasificado, se debe completar la información en el informe de investigación de evento adverso y centinela.
- 7.4.2. Si el evento se descarta, se debe indicar la causa, completar informe y realizar cierre de caso.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 10 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

7.4.3. Si existe un procedimiento o normativas asociadas a medidas preventivas, se verificará el cumplimiento de éstas. En caso de incumplimiento, se constatará en ficha clínica si existe justificación escrita por un profesional tratante o responsable del paciente.

7.4.4. Cuando existe una justificación registrada, debe ser analizada por el equipo de UCSP. Si es apropiada se cierra el caso.

7.4.5. Si la justificación registrada no es apropiada o no existe justificación escrita en ficha clínica, el encargado del sistema de vigilancia realizará una prevalencia breve, para verificar si las medidas preventivas omitidas en el caso se encuentran aplicadas a todos los pacientes evaluados.

7.4.6. Si se encuentran aplicadas las medidas preventivas omitidas en otros pacientes, se cierra el caso y se considera como un caso aislado.

7.4.7. Si las medidas no están aplicadas en los otros pacientes el encargado del sistema de vigilancia, solicita análisis causal y plan de mejora a supervisor/jefatura o responsable de la unidad o área, el cual debe ser entregado a la UCSP en plazo de 5 días hábiles desde la fecha de solicitud en formato digital o físico.

7.4.8. En los casos de aquellos eventos que podrían generar posibles daños, una repercusión futura a otros pacientes o de impacto mediático, la UCSP solicitará por vía correo electrónico al responsable de calidad, un análisis del caso y según este último, se pedirá planes de mejora o acciones directas, los cuales deben ser entregados en los plazos ya definidos.

7.4.9. Una vez finalizado los puntos anteriores, a todo reporte recibido se le asigna un número correlativo y se traspasa a una planilla de eventos adversos (consolidado de eventos).

7.4.10. Cada formulario es impreso y archivado en la UCSP.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 11 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

7.5. MANEJO DEL EVENTO CENTINELA

7.5.1. Una vez que la UCSP confirma la clasificación del EC, debe informar dentro de 24 horas (hábiles) vía mail al director.

7.5.2. Se realizará reunión de análisis causal con la Unidad involucrada en el evento, quien debe presentar durante la reunión, información recopilada al respecto, donde el equipo de la UCSP participa y apoya en la metodología de análisis causal.

7.5.3. El plan de mejora debe ser confeccionado por el responsable de calidad y/o supervisor y/o jefatura de la unidad donde ocurre el EC, en conjunto con el personal clínico que estime conveniente.

7.5.4. El plazo de entrega de este plan de mejora debe ser enviado a la UCSP en plazo de 5 días hábiles posterior a la reunión en formato digital y/o físico.

7.5.5. Posterior al análisis causal, UCSP emitirá un informe a director con copia a la subdirección(es) correspondiente(s) para toma de conocimiento y acciones que estime pertinentes.

7.6 SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA

7.6.1 El encargado del sistema de vigilancia de UCSP, verificará el cumplimiento de las medidas programadas al mes y a los 3 meses desde la fecha de entrega del plan de mejora según corresponda.

7.6.2 En el caso de incumplimiento de las medidas planificadas, será informado al responsable de la actividad del plan de mejora y a su jefatura directa para la implementación de las acciones en forma inmediata.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 12 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

7.7 INFORMACION DE EVENTOS ADVERSOS O CENTINELAS A PACIENTES O FAMILIARES.

7.7.1 Todo evento adverso o centinela confirmado, deberá ser informado al paciente, por parte del **médico tratante o de turno** donde ocurrió el evento.

7.7.2 En el caso que el/la paciente padezca de alguna condición que no le permita comprender la información o sea un menor de edad, el médico deberá informar al familiar o tutor legal.

7.7.3 Explicar el evento ocurrido y las medidas de intervenciones realizadas, según corresponda al caso. (ver punto 7.1).

7.7.4 Una vez entregada la información, el profesional médico (tratante/de turno) deberá dejar registro en ficha clínica: a quien se le entregó la información, el evento presentado, su gravedad, consecuencias y las medidas de intervenciones realizadas, según corresponda al caso.

7.7.5 Plazo de entrega de información: dentro de 72 horas hábiles desde la confirmación del evento.

7.7.6 CONSIDERACIONES PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

7.7.6.1 La entrega de información debe ser en un espacio adecuado, sin interrupciones.

7.7.6.2 Uso de un lenguaje respetuoso y sencillo.

7.7.6.3 Explicar de manera concreta, sin suposiciones, no crear falsas expectativas (se debe ajustar a la cartera de servicios del hospital o red de salud), expresando que lo ocurrido es un incidente imprevisto e indeseado.

7.8 EVALUACION

7.8.1 El sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención se evaluará mediante un informe anual, el cual será enviado en físico y/o digital a director y subdirectores clínicos.

	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 13 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

7.8.2 Además, se entregará en forma anual un certificado firmado por director y jefe de UCSP, que certifica la presencia o ausencia de eventos centinelas por unidad asistencial y/o apoyo.

8 DOCUMENTOS ASOCIADOS

- 8.1** Ficha clínica.
- 8.2** Programa de calidad anual de UCSP.
- 8.3** Formulario de notificación de eventos adversos/notificación y seguimiento de caídas
- 8.4** Formulario análisis causal y plan de mejora
- 8.5** Informe de evento adverso y centinela
- 8.6** Planilla de eventos adversos

9 ANEXOS

- 9.1 Anexo 1: Escala de gravedad de los incidentes o eventos adversos v/s clasificación del suceso según definición local.**

10 ARCHIVO:

Este documento será archivado en la Dirección, Unidades Asistenciales, de Apoyo y UCSP del Hospital Regional Antofagasta.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 14 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

11. REVISIONES Y MODIFICACIONES DE LA VERSION ORIGINAL:

Fecha	Sección	Modificación realizada	Responsable
21/07/2015	Descripción del proceso	Se establece concepto de sistema de vigilancia pasivo.	Equipo UCSP
08/03/2016	Documento	Se modifica el documento en su totalidad	Equipo UCSP
Marzo 2020	Documento	Se modifica el documento en su totalidad	Equipo UCSP
Enero 2023	Proceso	Se agrega definición de proceso de vigilancia pasiva. Se traslada anexo 1 al punto 7.1., se explicita sistema de vigilancia pasiva.	Equipo UCSP
Abril 2024	Documento	Se modifica el documento en su totalidad	Equipo UCSP
Abril 2025	Responsabilidades	Se agrega responsabilidad de médico tratante o de turno. Subdirecciones, se agrega acciones de acuerdo con análisis de informes de eventos entregados por UCSP.	Equipo UCSP
	Referencias	Se agrega Ley 20.584	
	Descripción del proceso	Se reordenan los puntos de verificación según pauta de cotejo. Se agrega punto de entrega de información al paciente o tutor por eventos adversos y centinelas presentados y consideraciones para la entrega de información.	

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento: Sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Código: P0-UCSP- 02
		Versión: 08
		Páginas: 15 de 15
		Fecha de emisión: abril 2025
		Vigencia: 5 años

Anexo N°1: ESCALA DE GRAVEDAD DE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS V/S CLASIFICACIÓN DEL SUCESO SEGÚN DEFICIÓN LOCAL.

CLASIFICACION EVENTO	ESCALA DE GRAVEDAD DE LOS EVENTOS (Desarrollado por la asociación Pensilvania para la Gestión de Riesgos en la atención en salud Sanitaria)	
INCIDENTE	NIVEL 1	Se produjo un evento, pero el paciente no sufrió ningún daño
	NIVEL 2	Se produjo un evento que dio lugar a la necesidad de evaluar el estado del paciente, pero no hubo cambios en los signos vitales del mismo, y no sufrió ningún daño.
ADVERSO	NIVEL 3	Se produjo un evento que dio lugar a la necesidad de aplicar un tratamiento o algún tipo de intervención, y se provocó un daño temporal al paciente.
	NIVEL 4	Se produjo un evento que dio lugar a la hospitalización o prolongación de la hospitalización del paciente, y se le causó un daño temporal.
CENTINELA	NIVEL 5	Se produjo un evento que causó un daño permanente en el paciente o que pudo haber ocasionado la muerte.
	NIVEL 6	Se produjo un evento que ocasionó la muerte del paciente