



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017


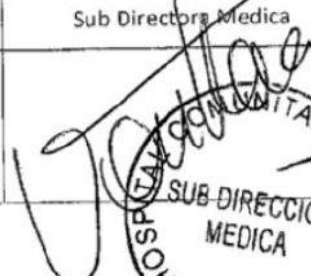
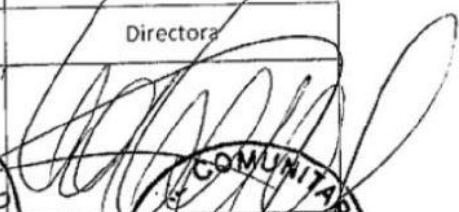
FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017




Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS
ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCION**
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
GCL – 2.3

	RESPONSABLE ELABORACIÓN	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	EU. Diego Silva Zuloaga	Dra. Valentina Orellana Naranjo	MT. Bárbara González Zúñiga
CARGO	Enfermero UCSP	Sub Directora Médica	Directora
FIRMA			



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

CONTENIDO

1.	INTRODUCCION	3
2.	OBJETIVOS	4
3.	ALCANCE.....	4
4.	DEFINICIONES.....	4
5.	RESPONSABLES.....	6
6.	LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN.	7
7.	SISTEMA VIGILANCIA.....	8
8.	ACCIONES INMEDIATAS.....	8
9.	PROCEDIMIENTO DE REPORTE.....	8
10.	ANÁLISIS EVENTOS ADVERSOS.....	9
11.	ANALISIS EVENTO CENTINELA	9
12.	INFORME DE ANALISIS EVENTOS CENTINELA	10
13.	PLAZOS DE RESPUESTA ANTE UN EVENTO.....	10
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
15.	ANEXOS	11
16.	HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO.....	14



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

1. INTRODUCCION

Los eventos adversos tienen un fuerte impacto y directo efecto sobre los usuarios del sistema de salud. En países en desarrollo las cifras aumentan debido a la brecha que existe para la especialización, mejoras de infraestructuras y recursos humanos. Dentro de los efectos podemos asociar los tipos de daños que pueden sufrir pacientes al interior del hospital, estos daños podrían causar incapacidad temporal o también incidentes mortales. Uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.

El impacto económico de los eventos adversos es muy elevado y dice relación principalmente con los costos relacionados como, por ejemplo:

- a) La prolongación de los días de estada hospitalaria debido a requerir de nuevas intervenciones administración de fármacos u otros procedimientos derivados de los efectos del evento adverso sobre el usuario y no de la situación que motivo su hospitalización.
- b) El costo económico para el estado en el pago de licencias médicas prolongadas.
- c) Otro costo no menor es el que dice relación con el pago de indemnizaciones a los usuarios por los juicios derivados de estos eventos adversos. Existen variados estudios que avalan la importancia de intervenir en prevención principalmente cuando analizamos los costos de la no seguridad el no invertir en profesionales y programas de prevención en una institución es una muy mala señal, esto debido a que además del impacto económico se debe considerar el impacto físico psicológico y social que implica para un individuo los efectos de un evento adverso.



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

2. OBJETIVOS

2.1. Generales

Mejorar la seguridad en la atención de salud de los pacientes, a través de la vigilancia de eventos adversos.

2.2. Específicos

Identificar los Eventos Adversos (EA) que se producen en las áreas de atención clínica y sus principales características.

Implementar un sistema de notificación de eventos adversos asociados a procesos asistenciales

Realizar análisis de las causas y factores que inciden en la ocurrencia de eventos adversos.

Formular planes de intervención que permitan mejorar las prácticas asistenciales y evitar la ocurrencia de futuros eventos adversos.

3. ALCANCE

El procedimiento descrito aplica a eventos adversos ocurridos a pacientes usuarios en las unidades clínicas y de apoyo clínico del Hospital Comunitario de Til til.

4. DEFINICIONES

Evento Adverso (EA): Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria (acción u omisión) recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo (aumento de la hospitalización, lesiones transitorias, discapacidad o muerte) y que no están relacionadas con el curso natural de la enfermedad

Evento Adverso Centinela (EAC): Es un hecho no esperado que implica la muerte, lesión física o psicológica grave y cualquiera otra variación en un proceso que pudiera producir un grave resultado adverso o necesidad de tratamiento en el paciente. Necesita una intervención inmediata.

Incidente: es un suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente

Negligencia: Abandono, indolencia desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

Seguridad del Paciente: Ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica. La seguridad del paciente requiere tener en cuenta tres objetivos complementarios: identificar y analizar los eventos adversos, prevenir los eventos adversos y reducir sus efectos.

Sistema de Vigilancia de E.A: Acciones orientadas a detectar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos no deseados.

Notificación: reporte de daños sobre eventos adversos producidos en la atención de salud, lo que permite tomar medidas eficaces relacionadas con la seguridad del paciente.

EA asociados a medicación: Cualquier error relacionado con la prescripción, indicación, preparación y administración de un medicamento o solución, sea por error de dosis, tipo de medicamento, vía de administración, horario y paciente. Se considera EA si fue administrado al paciente, aun cuando no haya producido daño aparente.

Lesiones asociadas a la contención: Estrangulamiento, o pérdida de la integridad de la piel, hematoma, edema o necrosis asociada a la sujeción ejercida para contener o inmovilizar al paciente.

Caída: Se refiere a cualquier evento de desplome de un paciente al interior del recinto hospitalario, sea este desde la cama, camilla silla o estando de pie; esté acompañado o no por personal clínico o por familiares.

Úlcera por presión Grado I y II: Eritema local, sin pérdida de la integridad de la piel, producida **durante** la hospitalización como consecuencia de la presión constante ejercida por su propio cuerpo al permanecer en reposo o por algún dispositivo médico.

Úlcera por presión Grado III o superior: Pérdida de la integridad de la piel en cualquiera de sus grados, producida **durante** la hospitalización como consecuencia de la presión constante ejercida por su propio cuerpo al permanecer en reposo o por algún dispositivo médico.

Fuga de pacientes: Egreso voluntario del paciente antes de haber sido entregados los documentos correspondientes al alta hospitalaria. No se consideran los casos en que el paciente (o su tutor) solicite su egreso registrando su solicitud por escrito en la Historia clínica.

Trauma dental post intubación: Desprendimiento total o parcial de piezas dentarias en forma accidental, asociado a la intubación endotraqueal.

Muerte Inesperada: Muerte repentina asociada a la atención de salud o a la omisión de atención.

Error de medicación con medicamento de alto riesgo: Cualquier error relacionado con la indicación y administración de un medicamento o solución de alto riesgo:

Anticoagulantes (orales o endovenosos)

Hipoglicemiantes (orales, endovenosas, subcutáneas)

Anticonvulsivantes (orales o endovenosos)



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

Psicotrópicos (orales o endovenosos)

Corticoides (orales o endovenosos)

Drogas vasoactivas

Sales de potasio

Sea por error de dosis, tipo de medicamento, vía de administración, horario y paciente. Se considera EA si fue administrado al paciente, aún cuando no haya producido daño aparente.

Extravío de biopsias: Se considera centinela en el caso que la pérdida de la muestra signifique repetir el procedimiento de obtención de la biopsia o impida realizar el tratamiento correspondiente al paciente.

5. RESPONSABLES

RESPONSABLES	ACTIVIDAD
Funcionario Hospital Comunitario de Til Til	Si presencia o participa de un EA o EAC debe notificar a su jefatura directa
Profesional de Turno	Atención inmediata del paciente afectado si corresponde. Notificación de EA o EAC. Registro en ficha clínica del paciente En caso de EAC con consecuencia grave deberá contactar a la familia del paciente e informar inmediatamente de ocurrido el evento. (dejar citado a entrevista con Jefe de Servicio para el día hábil siguiente)
Jefe de Unidades Clínicas	Revisión de protocolo Difusión de protocolo Supervisar cumplimiento de protocolo Reportar existencia de EA a las autoridades del establecimiento. Recibir a la familia del paciente e informar del evento. Realizar análisis de causa y plan de mejora Aplicar medidas de mejora para la prevención de eventos adversos.
Encargado de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Revisión de antecedentes de los eventos reportados Realizar análisis con equipo involucrado Asesorar en plan de mejora y evaluación periódica de su aplicación. Elaborar Informe Anual de eventos adversos y centinelas



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

6. LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN.

UNIDAD	EVENTOS ADVERSOS QUE SE VIGILAN	EVENTOS CENTINELAS
URGENCIA	Flebitis y extravasación en zona de infusión Caída del paciente, sin daño Error de medicación, sin consecuencia en el paciente Reacción adversa a medicamento	Muerte inesperada de paciente Caída de paciente, con daño Lesión asociada a la contención física Error de medicación, con consecuencia en el paciente Trauma dental post intubación
HOSPITALIZADOS	Error de medicación, sin consecuencia en el paciente Ulceras por presión grado 1 y 2 Flebitis y extravasación en zona de infusión Reacción adversa a medicamento Entrega errónea de documento al alta Caída del paciente, sin daño	Caída de paciente, con daño Úlcera por presión grado 3 y 4 Error de identificación de exámenes Lesión asociada a la contención física Error de medicación con consecuencia en el paciente Fuga de paciente Trauma dental post intubación
ESTERILIZACIÓN	Material estéril caducado almacenado en unidades Recepción de material estéril con elementos corto punzantes	Material estéril caducado, usado en paciente.
DENTAL	Aspiración o deglución de cuerpos extraños Laceración de tejidos blandos	Extracción de pieza dental equivocada Reacción anafiláctica por anestesia local.
TOMA DE MUESTRA BOX ATENCIÓN MATRONA	Error de identificación de exámenes, sin consecuencia en el paciente.	Error de identificación de exámenes, con consecuencia en el paciente Extravío de biopsias
VACUNATORIO	Error en administración de vacunas	Reacción anafiláctica por vacunación Administración de vacunas con pérdida de cadena de frío
FARMACIA	Error en identificación y almacenamiento de medicamentos. Falla en cadena de frío de los medicamentos que lo requieran Despacho erróneo de medicamentos a otras unidades o pacientes Prescripción errónea de medicamentos	Error en identificación y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo Despacho erróneo de medicamentos a otras unidades o pacientes, con consecuencias en el paciente.
TRANSPORTE	Caída del paciente, sin daño	Caída del paciente, con daño



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

7. SISTEMA VIGILANCIA

En el Hospital Comunitario de Til Til se realizará un sistema Vigilancia Pasivo.

Vigilancia Pasiva: es la notificación espontánea de un evento adverso, la obtención de los datos se realiza desde el interior del servicio clínico y el responsable es cualquier funcionario que detecte la problemática ocurrida.

8. ACCIONES INMEDIATAS

Dar aviso de inmediato al médico de turno y/o profesional de enfermería de turno responsable del paciente.

En el caso de atención ambulatoria se dará aviso a la Jefa de consultorio y/o a la Subdirección medica

Se deben adoptar medidas inmediatas para: contener, prevenir y/o mitigar el daño, al mismo paciente o a otros.

Además se deben establecer y proteger evidencias que ayuden en el análisis posterior del evento. Dejar registro en la ficha clínica de todas las acciones tomadas.

El Jefe del Servicio Clínico informara inmediatamente, en función de la gravedad e impacto del EA a autoridades del establecimiento (Director(a), Subdirectores) y Unidad de Calidad.

Además deberá informar a familiares y paciente.

9. PROCEDIMIENTO DE REPORTE

Todo funcionario que detecte un evento adverso deberá notificarlo a jefe directo, y registrarlo en la hoja de reporte de evento adverso, llenando todos los datos solicitados. Esta hoja de reporte de evento adverso debe ser enviada a Unidad de Calidad del paciente del Hospital Comunitario de Til til quedando el original en la ficha clínica del paciente si corresponde, si el paciente fuera ambulatorio y no tuviera ficha clinica, el reporte lo archivara la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

La notificación tendrá el carácter de espontánea, no punitiva, se notificaran EA a través de formulario único correspondiente (anexos 15.1, 15.2 y 15.3).

La Unidad de Calidad analizara la información para detectar fallos del sistema o errores involucrados en el proceso asistencial, con el fin de retroalimentar y plantear soluciones o indicar normas y/o protocolos en conjunto con el equipo involucrado con evento adverso.

El Encargado de Calidad emitirá informes trimestrales, con el fin de generar programa de intervención en los servicios clínicos involucrados.

La notificación de los EA centinela será de responsabilidad del Jefe del Servicio o Unidad involucrada en el evento.



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3

Nº RESOLUCIÓN
612 / 13-07-2017

FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017

Nº VERSIÓN 02

FECHA REVISIÓN: Julio 2022

Nº PAGINAS 14

La notificación de los **EVENTOS CENTINELAS** será recibida por el encargado de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, el cual se encargara de entrevistar cuando corresponda, ya sea al paciente, familiares y funcionarios que participen del EVENTO CENTINELA. Los EVENTOS CENTINELAS se analizarán en profundidad para establecer las relaciones **CAUSA-RAIZ** respecto de fallos o errores.

10. ANÁLISIS EVENTOS ADVERSOS

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente clasifica los Incidentes, **EVENTOS ADVERSOS** de acuerdo al **tipo y gravedad**

Escala de gravedad de los eventos (Desarrollada por la Asociación de Pensilvania para la Gestión de Riesgos en la Atención Sanitaria)	
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.
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.
Nivel 5	Se produjo un evento que causó un daño permanente en el paciente o que pudo haberle ocasionado la muerte.
Nivel 6	Se produjo un evento que ocasionó la muerte del paciente.

11. ANALISIS EVENTO CENTINELA

Toda vez notificado, la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente se constituirá en el servicio clínico donde han acontecido los hechos para iniciar la investigación y desarrollar un **análisis causa raíz**. Como parte de esta metodología, se realizan entrevistas a los involucrados en el evento centinela, generando reuniones planificadas con los involucrados y jefaturas de los servicios clínicos y se establecen acciones de mejora. Una vez concluido el análisis con las personas y servicios involucrados se genera un informe que es validado y luego enviado a las jefaturas de los servicios correspondientes y a la Dirección del Hospital. Los servicios involucrados implementarán los cambios acordados a través de los equipos de calidad locales, quienes procurarán que las mejoras realizadas sean sostenibles en el tiempo.

12. INFORME DE ANALISIS EVENTOS CENTINELA

Se realizara en conjunto con personal de las Unidades involucradas desarrollando la metodología de Causa-Raíz. Elaborando el análisis con los siguientes campos si corresponde:

- Listado de Funcionarios que participan de la elaboración del informe
- Descripción del Evento centinela
- Identificación del paciente y Unidad de salud involucrada
- Recopilación de Entrevistas realizadas
- Elaboración del mapa de los hechos
- Clasificación de causas
- Análisis de la información
- Barreras de prevención
- Diagrama causa raíz
- Desarrollo de soluciones y plan de acción

13. PLAZOS DE RESPUESTA ANTE UN EVENTO

EVENTO ADVERSO - Etapas de vigilancia	Plazo
Notificación y descripción del hecho	24 horas
Análisis de causas y plan de mejora	15 días
Evaluación del plan de mejora	30 días
Difusión de resultados	Semestral
EVENTO CENTINELA - Etapas de vigilancia	Plazo
Notificación y descripción del hecho	24 horas
Análisis de causas y plan de mejora	7 días
Evaluación del plan de mejora y difusión de los resultados	15 días
Difusión de resultados	Semestral

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Revisión NORMA Nº 002 SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN RESPECTO DE: REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

Revisión Nota técnica SISTEMAS DE VIGILANCIA Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS, Abril 2011. Superintendencia de Salud

Procedimiento de vigilancia, reporte y manejo de eventos adversos y centinelas en la atención de salud. Hospital Regional Rancagua

Protocolo de vigilancia y notificación de eventos adversos y centinelas e incidentes asociados a la atención. Clínica Mayor.



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3	Nº RESOLUCIÓN 612 / 13-07-2017
FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017	Nº VERSIÓN 02
FECHA REVISIÓN: Julio 2022	Nº PAGINAS 14

15. ANEXOS

15.1. NOTIFICACION DE CAIDAS

**NOTIFICACION DE CAIDAS
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **RUT:** _____
DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____
SERVICIO: _____ **SALA:** _____ **FECHA DE CAIDA:** _____ **HORA:** _____

Lesión como consecuencia de la caída. Marque todas las casillas que correspondan

Abrasión/erosión	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>	Esguince	<input type="checkbox"/>
Corte/contusión	<input type="checkbox"/>	Hematoma	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>
Sin lesión	<input type="checkbox"/>	Muerte	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Localización de la lesión _____

Descripción breve de la caída

Lugar. Marque lo que corresponda

Habitación	<input type="checkbox"/>	Recinto baño	<input type="checkbox"/>	Pasillo	<input type="checkbox"/>	Exterior	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------

Equipo- mobiliario. Marque lo que corresponda

Cama	<input type="checkbox"/>	Camilla	<input type="checkbox"/>	Silla	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Existen barandas	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Barandas arriba	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Frenos puestos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Barras de apoyo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Taza WC	<input type="checkbox"/>	Ducha	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="checkbox"/>							

Entorno. Marque lo que corresponda

Paciente solo al momento de la caída	<input type="checkbox"/>	Acompañado	<input type="checkbox"/>	Iluminación suficiente	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Timbre de llamado funcionando	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Espacio libre de riesgo en sitio de caída	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Actividad asociada. Marque lo que corresponda

Deambulando	<input type="checkbox"/>	Cambio posición	<input type="checkbox"/>	traslado silla /cama	<input type="checkbox"/>
Eliminación WC	<input type="checkbox"/>	Aseo	<input type="checkbox"/>	Alcanzando objetos	<input type="checkbox"/>

Uso Medicamentos

Opiáceos	<input type="checkbox"/>	Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	Sedantes	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	Hipotensores	<input type="checkbox"/>	Diuréticos	<input type="checkbox"/>

Estado del paciente antes de la caída

Historia de caídas previas. Marque lo que corresponda

Nunca	<input type="checkbox"/>	Si en domicilio	<input type="checkbox"/>	Si en hospital	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Estado de conciencia. Marque lo que corresponda

Alerta	<input type="checkbox"/>	confuso	<input type="checkbox"/>	Agitado	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------

Alteración o déficit sensorial. Marque lo (s) que corresponda

Ninguna	<input type="checkbox"/>	Audición disminuida	<input type="checkbox"/>	Visión disminuida	<input type="checkbox"/>	Alteración Equilibrio	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Movilidad. Marque lo que corresponda

Completa	<input type="checkbox"/>	Usa ayuda técnica	<input type="checkbox"/>	Restringida	<input type="checkbox"/>	En cama	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------	--------------------------

Paso o Caminata. Marque la o las que corresponda

Estable	<input type="checkbox"/>	Con temblor	<input type="checkbox"/>	Inestable	<input type="checkbox"/>	Dificultad de transferencia	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Observaciones

Identificación persona que reporta: _____

Fecha: _____



**SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
ASOCIADOS A LA ATENCION
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: GCL 2.3	Nº RESOLUCIÓN 612 / 13-07-2017
FECHA ELABORACIÓN: Julio 2017	Nº VERSIÓN 02
FECHA REVISIÓN: Julio 2022	Nº PAGINAS 14

15.3. NOTIFICACION DE UPP

**NOTIFICACION DE UPP
HOSPITAL COMUNITARIO TIL TIL
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **RUT:** _____
DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____
SERVICIO: _____ **SALA:** _____ **FECHA DE APARICION UPP:** _____

Característica de la UPP: Grado. Marque todas las casillas que correspondan

Grado 1– eritema de la piel no blanqueable intacta	<input type="checkbox"/>	Grado 2 - pérdida cutánea limitada a la epidermis o dermis	<input type="checkbox"/>
Grado 3 - necrosis cutánea con compromiso del tejido subcutáneo; puede comprometer la aponeurosis sin atravesarla	<input type="checkbox"/>	Grado 4 - compromiso muscular u óseo.	<input type="checkbox"/>

Característica de la UPP: Localización (lesión principal si son varias)

Característica de la UPP: Numero de lesiones

Característica de la UPP: Descripción

¿Existe evaluación de riesgo de UPP registrada en la ficha clínica?

_____ **¿Cuál?** _____

Factores contribuyentes

Incontinencia urinaria / fecal	<input type="checkbox"/>	Postración / inmovilidad	<input type="checkbox"/>	Compromiso de conciencia	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>
Asociada a contención física	<input type="checkbox"/>						

Medidas de prevención en uso antes de aparición de la UPP

Ninguna	<input type="checkbox"/>	Colchón anti escaras	<input type="checkbox"/>	Cambios de posición	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Estado del paciente antes de la caída

Observaciones

Identificación persona que reporta:

Fecha:

