


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	Coordinación de Calidad.
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.

Hoja: 1 de 18

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AESP 7 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, CENTINELA Y CUASIFALLA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and various initials like 'G', '18', '7', 'p', 'G', '7']

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	Coordinación de Calidad.
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.

Hoja: 2 de 18

1. PROPÓSITO.

Establecer un sistema de reporte de eventos cuasifallas, eventos adversos, y eventos centinelas en todas las áreas de atención del HRAE Ciudad Salud, para identificar, corregir y prevenir la repetición de estos, a través del registro y análisis con el objetivo de mejorar la atención basada en una cultura de calidad y seguridad al paciente.

2. ALCANCE.

2.1 A Nivel Interno: El supervisor y ó coordinador en turno realiza la supervisión del seguimiento de los eventos adversos, el Personal de Salud identifica, notifica y realiza el registro del evento adverso con el Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos para la Seguridad del Paciente, el Supervisor en turno recibe y entrega el formato requisitado al Secretario Técnico del Comité de Eventos Adversos y continua seguimiento del evento adverso y el Secretario Técnico es el responsable de realizar seguimiento una vez que se ha identificado el evento adverso para dar cumplimiento al Programa de Mejora.

2.2 A Nivel Externo: El paciente se integra a su ambiente familiar y social en la etapa óptima de recuperación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, Jefes de Departamento, Asistentes de Dirección, Jefes de Guardia de Enfermería y Médico, Jefes de Servicio de Enfermería, Difundir y Apoyar el reporte de Eventos Adversos, Evento Centinela y Cuasifalla de carácter no punitivo, asegurando que todo el personal que efectúe un reporte / notificación esté libre de represalias o castigos como resultado de este.


3.2 Todo el personal que labora en el HRAE Ciudad Salud está facultado para notificar incidentes relacionados con la atención en salud (eventos adversos, cuasifallas y eventos centinelas) de manera voluntaria y anónima.

3.3 Es responsabilidad del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo que labora en el HRAE Ciudad Salud, reportar mediante formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos (EA) a supervisoras en turno las que entregaran al Secretario Técnico de Eventos Adversos conforme al procedimiento establecido, todo evento centinela, adverso o cuasifalla observado o en el que haya sido participe.

3.4 Es responsabilidad del personal que identifica el evento notificar al supervisor en turno mediante el "Formato de Notificación y Reporte de Eventos Adversos" (Anexo 10.1 Formato de notificación de eventos adversos seguridad del paciente).

3.5 Es responsabilidad del personal de salud realizar inmediatamente cuando OCURRA el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados.

3.6 Es responsabilidad del Secretario Técnico del Comité de Eventos Adversos realizar el análisis causa-raíz en todos los eventos centinelas.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	Coordinación de Calidad.
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.

Hoja: 3 de 18

- 3.7 Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse los siguientes:
- a. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
 - b. Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
 - c. Riesgo potencial o inminente de que ocurran las primeras dos viñetas.
 - d. Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado;
 - e. Muerte materna;
 - f. Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
 - g. Suicidio.
 - h. Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
 - i. Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal.
 - j. Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal.
 - k. Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (aplicación de biológico).
- 3.8 Es responsabilidad del Secretario Técnico de Eventos Adversos del HRAE Ciudad Salud realizar el registro de eventos adversos de acuerdo al "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" establecido por la DGCES.
- 3.9 Es responsabilidad del Secretario Técnico de Eventos Adversos Coordinar la elaboración del Plan de Mejora Continua de acuerdo a la base de datos generada por los reportes de mayor incidencia de eventos adversos.
- 3.10 Los casos que se sesionaran en el comité de eventos adversos son los eventos centinela y eventos adversos graves.
- 3.11 Es responsabilidad del personal que testifica el evento dar prioridad a la atención del paciente cuando suceda un evento adverso.
- 3.12 Es responsabilidad del supervisor y ó coordinador en turno realizar el seguimiento de los eventos adversos y en caso de requerirse algún tipo de gestión para evitar eventos posteriores, se realicen.
- 3.13 Es responsabilidad del secretario técnico del Comité de Eventos Adversos presentar informe a la Dirección del Hospital.
- 3.14 Las descripciones de los tipos de eventos (cuasifalla, evento adverso, centinela) en los que se encuentra involucrado en los procesos el personal operativo serán de acuerdo lo siguiente:
- 3.14.1.- Cuasifalla: Son acontecimientos que estuvo a punto de generar un daño pero que por algún motivo se detuvo.
 - 3.14.2.- Evento adverso: Los que correspondan al listado del formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos, seguridad del paciente.
 - 3.14.3.- Centinelas: Los descritos en la política 3.7 del presente procedimiento. Además de los señalados en el formato de Notificación y Registro de eventos Adversos donde el incidente tiene como resultado un daño permanente al paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.


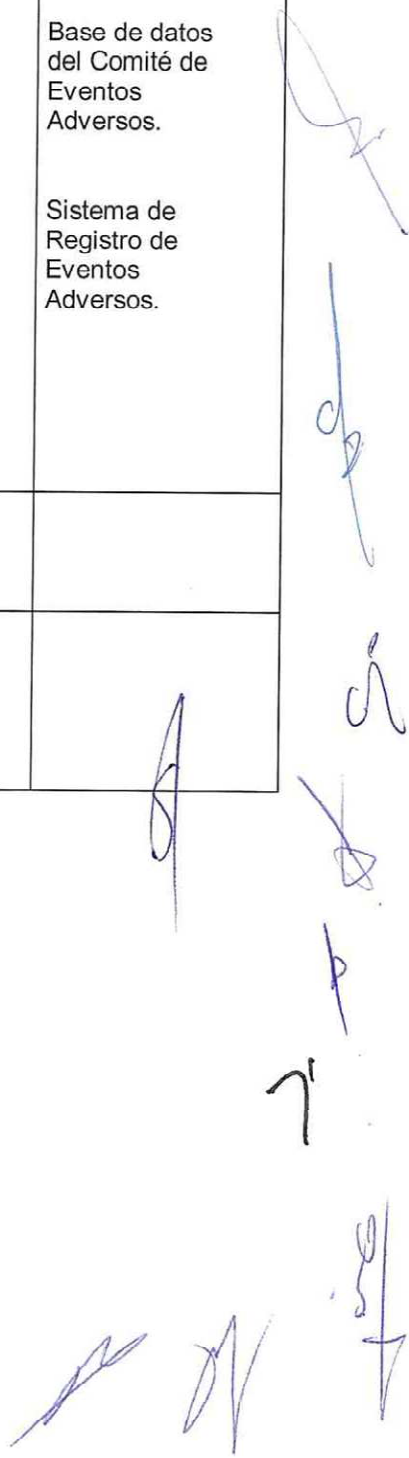
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Personal de Salud.	1	Identifica y notifica verbalmente al supervisor en turno el evento: <ul style="list-style-type: none"> • Cuasifalla. • Evento adverso. • Evento centinela. 	Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos.
	2	Realiza el registro del evento adverso en el Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos.	
	3	Entrega formato de notificación y registro de evento adverso al supervisor en turno ó gestor de calidad.	
Supervisor y ó coordinador de turno	4	Recibe reporte de notificación de evento adverso y entrega al Secretario Técnico del Comité de Eventos Adversos ó Gestor de Calidad	Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos
Secretario Técnico del Comité de Eventos Adversos.	5	Recibe reporte de notificación de evento adverso.	Memorándum
	6	Clasifica y asigna número de folio interno al Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos para su seguimiento correspondiente.	
	7	¿El evento causó daño?	
	8	No: Pasa a la actividad número 14.	
9	Si: Identifica que es un evento adverso grave o centinela		
10	Recolecta evidencia documental y/o por entrevista, en máximo 7 días naturales. Convoca a reunión extraordinaria del Comité de Eventos Adversos no extendiendo más de 10 días hábiles.		
Comité de Eventos Adversos.	11	Sesiona el Evento Adverso.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
	Coordinación de Calidad.	
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.	

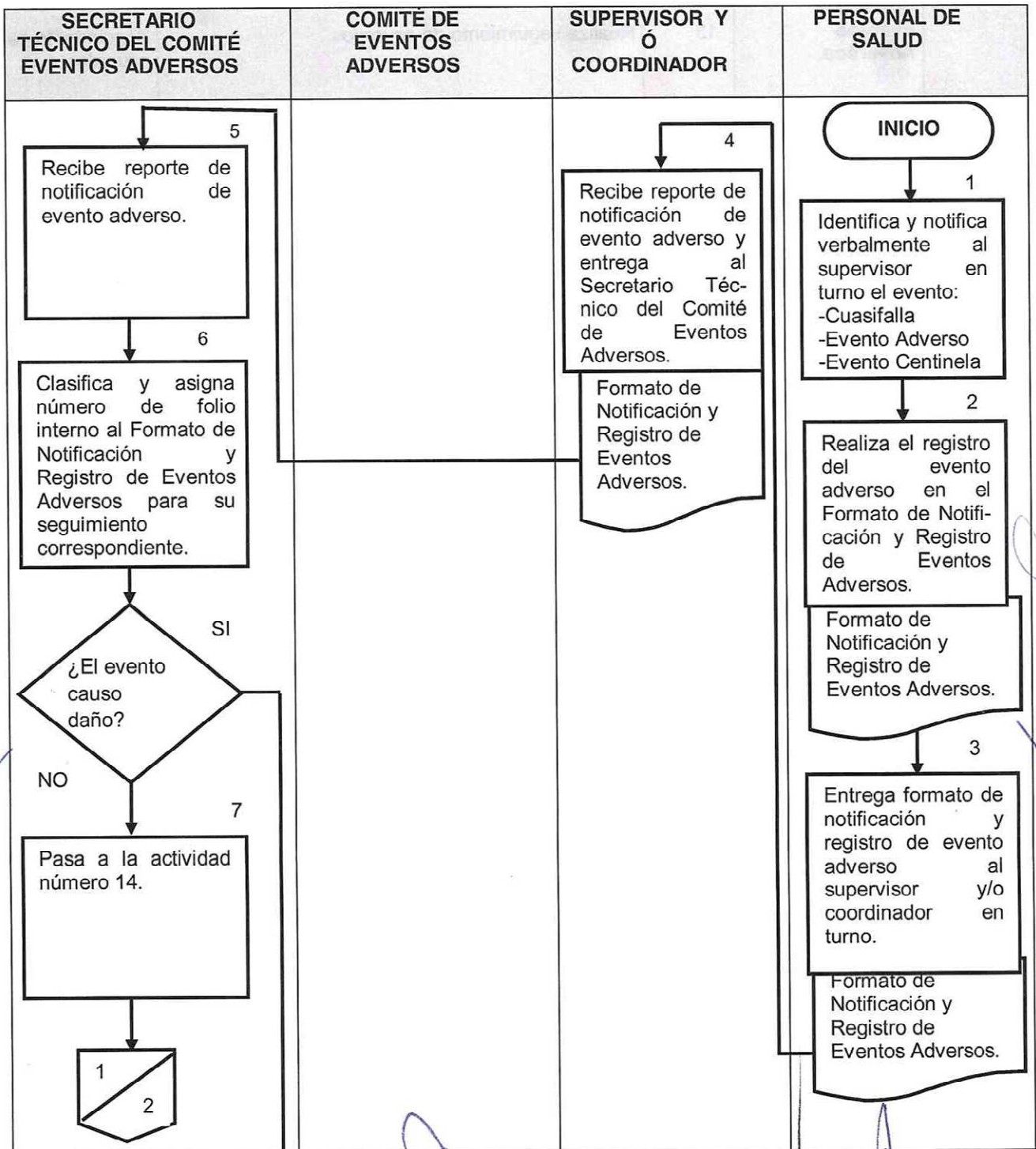
Hoja: 5 de 18

Secretario Técnico del Comité de Eventos Adversos.	12	Emite recomendación a las áreas involucradas.	Minuta de reunión.
	13	Realiza seguimiento de acuerdos.	Seguimiento de acuerdos
	14	Registra el evento adverso en la base de datos interna del Comité de Eventos Adversos.	Base de datos del Comité de Eventos Adversos.
	15	Documenta el evento en el sistema de registro de eventos adversos de la DGCES y se obtiene un folio único.	Sistema de Registro de Eventos Adversos.
	16	Integra evidencias en la Carpeta del Comité de Eventos Adversos.	
Comité de Eventos Adversos.	17	Identifica acciones de mejora para establecerlas en el Programa Anual.	
Supervisor y ó coordinador de turno.	18	Realiza supervisión del seguimiento de los eventos adversos. TERMINA	

9

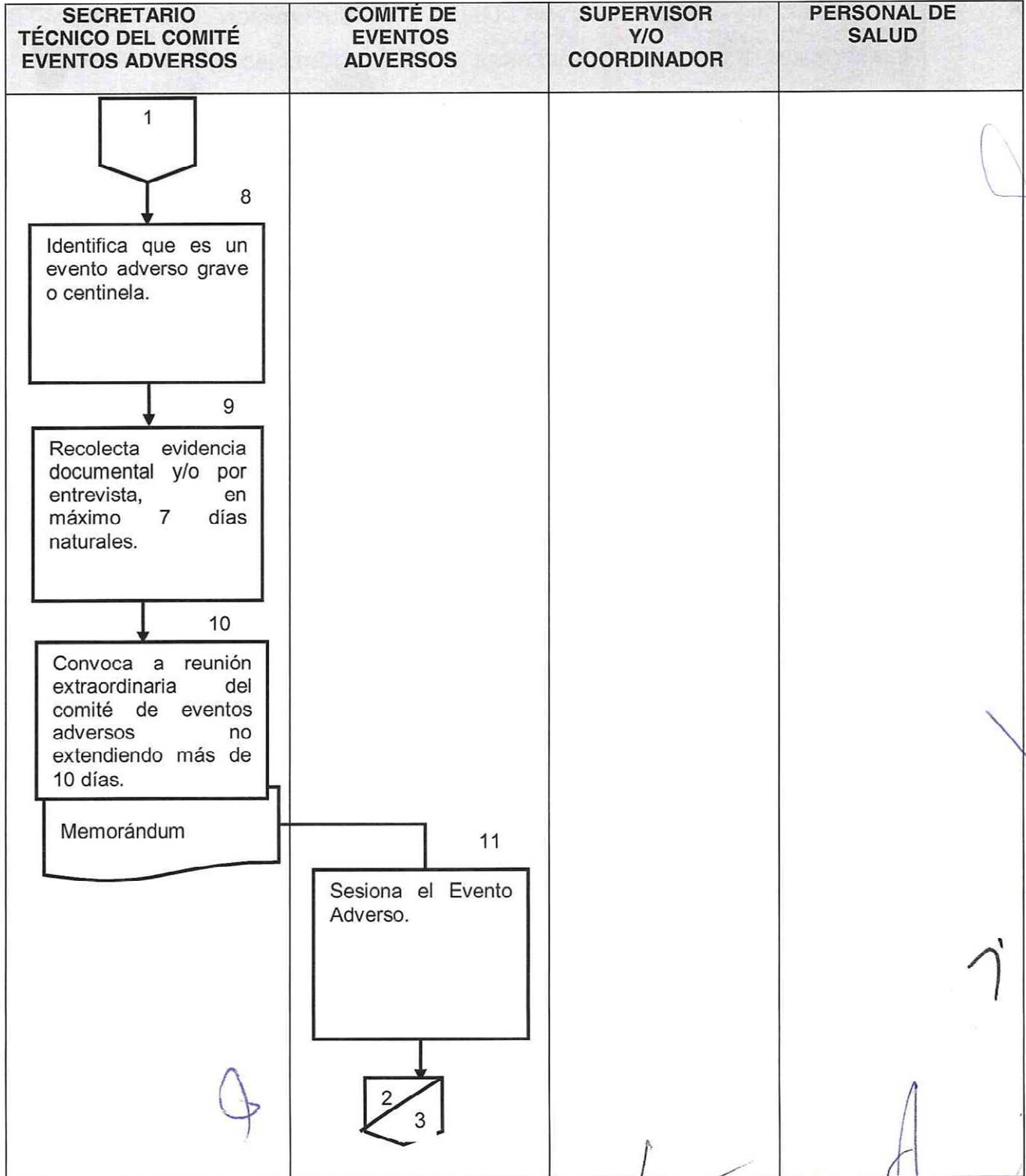
5 DIAGRAMA DE FLUJO.




Handwritten notes in blue ink:
 7.
 a
 af

Handwritten mark in blue ink:
 a

Handwritten marks in blue ink:
 a
 a

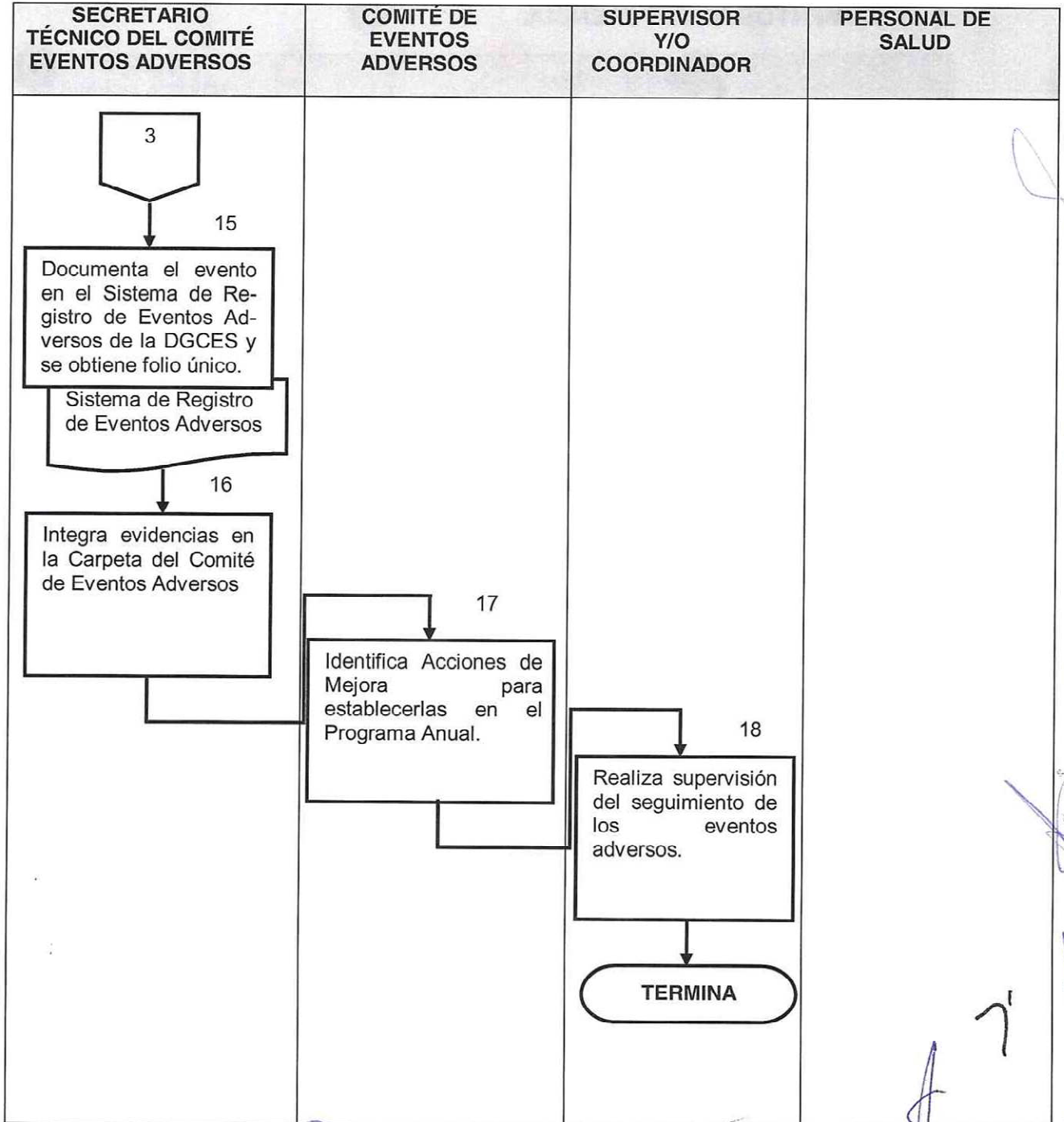



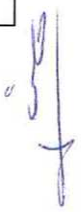


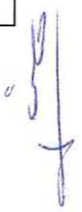
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad. Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.		Hoja: 8 de 18

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ EVENTOS ADVERSOS	COMITÉ DE EVENTOS ADVERSOS	SUPERVISOR Y/O COORDINADOR	PERSONAL DE SALUD
			

Handwritten notes and signatures in blue ink on the left side of the page, including a large '7' and several illegible signatures.

Handwritten notes and signatures in blue ink on the right side of the page, including several illegible signatures and a large 'X' mark.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad.		Hoja: 10 de 18
Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 06 Septiembre 2013
6.2 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017.	N/A
6.3 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF. 08/09/2017.	N/A

7. REGISTROS.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos.	5 años	Área de Calidad	N/A
7.2 Minuta de reunión.	5 años	Área de Calidad	N/A
7.3 Seguimiento de acuerdos.	5 años	Área de Calidad	N/A
7.4 Base de datos del Comité de Eventos Adversos.	5 años	Área de Calidad	N/A
7.5 Sistema de Registro de Eventos Adversos.	5 años	DGCES	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO.

8.1 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP). Las 8 Acciones esenciales de seguridad del paciente son recomendaciones para la atención libre de daños accidental y que los establecimientos de salud aseguren sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de error. Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

8.2 Comité de calidad y seguridad del paciente (COCASEP): Órgano de carácter técnico-consultivo, que vincula y conduce la calidad y seguridad de los/las pacientes, es un comité

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad.		Hoja: 11 de 18
Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.			

integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora que se desarrollan en los establecimientos de atención médica.

8.3 Cuasifalla: Es un acontecimiento que estuvo a punto de generar un daño pero que por algún motivo se detuvo.

8.4 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

8.5 Evento adverso: Todo aquel daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención servicios de salud que se le otorguen en el HRAE Ciudad Salud.

8.6 Evento centinela: "Todo hallazgo que involucra la muerte imprevista o la pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente". Se encuentra:

8.7 Fallas en la atención: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- Maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema
- Muerte materna.
- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.

8.8 Seguridad del paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos. subyacente del paciente.

- Suicidio
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Violación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	27/04/2022	Se modifica en su totalidad el procedimiento considerando cadena de mando, toma de decisiones de cada etapa del procedimiento.

0


(Handwritten signatures and marks)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad. Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.		Hoja: 12 de 18

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

- 10.1. Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos.
- 10.2 Instructivo de llenado para el Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos.
- 10.3 Análisis causa raíz para los eventos adversos.

10.1. FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD
Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos
Seguridad del paciente

Foto interno
 Foto Plataforma

DATOS DEL PACIENTE

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

2. FECHA DE NACIMIENTO: _____ 3. NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

4. EDAD DEL PACIENTE: _____

5. SEXO DEL PACIENTE: Masculino Femenino

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

6. ¿EN QUÉ LUGAR O ÁREA OCURRIÓ EL EVENTO ADVERSO?

<input type="checkbox"/> Archivo Clínico	<input type="checkbox"/> Ginecología/	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Vigilancia
<input type="checkbox"/> Caja	<input type="checkbox"/> Obstetricia	<input type="checkbox"/> Recepción	<input type="checkbox"/> (acceso)
<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Trabajo Social	<input type="checkbox"/> Otra Área
<input type="checkbox"/> (Quirófano)	<input type="checkbox"/> Imagenología Y	<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Unidad C.I.
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Adultos
<input type="checkbox"/> Estacionamiento	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Externa	
<input type="checkbox"/> Farmacia			

Otra área: _____

7. ¿EN QUÉ TURNO SE PRESENTÓ EL EVENTO ADVERSO?

Matutino Vespertino Nocturno Jornada Acumulada

8. ¿QUÉ PERSONAL ESTUVO DIRECTAMENTE INVOLUCRADO? (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN)

Médico Enfermera Camillero Técnico Otro Personal en Formación

Otro tipo de personal: _____

9. FECHA DE OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO: ____/____/____

Hora: ____ : Minutos: ____

Hora desconocida

10. ¿QUÉ PERSONAS PRESENCIARON EL EVENTO ADVERSO? (SI FUERON DIFERENTES AL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO, ESPECIFICAR EN OTRO)

Médico Enfermera Camillero Técnico Otro Acompañante

Especificar otro: _____

TIPO DE INCIDENTE

11. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE INCIDENTE?:

a) DE MEDICACIÓN:

<input type="checkbox"/> Paciente Equivocado	<input type="checkbox"/> Error en el Horario	<input type="checkbox"/> Error en la Administración del Medicamento	<input type="checkbox"/> Medicamento Caducado
<input type="checkbox"/> Medicamento Incorrecto	<input type="checkbox"/> Velocidad de la Administración Incorrecta	<input type="checkbox"/> Contraindicación de la medicación	<input type="checkbox"/> Reacción Adversa al Medicamento
<input type="checkbox"/> Error en las Dosis	<input type="checkbox"/> Vía de Administración Equivocada	<input type="checkbox"/> Omisión de la Dosis	<input type="checkbox"/> Dispensación Errónea del Medicamento
<input type="checkbox"/> Error en la frecuencia de Administración/			

b) DE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

- Documentos Ausentes o No Disponibles
- Retraso en el Acceso a los Documentos
- Información poco clara, confusa, ilegible e incompleta en los documentos

c) DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN MÉDICA. SELECCIONE EL SITIO DE LA INFECCIÓN:

- Absceso
 - Catéter Intravascular
 - Neumonía
 - Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica
 - Prótesis Infeccionada
 - Sitio Quirúrgico
 - Sonda Urinaria
 - Tejidos Blandos
 - Torrente Sanguíneo
- Seleccione el tipo de organismo:
- Bacteria
 - Virus
 - Hongo
 - Causal no definido
 - Parásito
 - Protozoario
 - Rickettsia
 - Prion
 - Microorganismo

d) DE HEMODERIVADOS:

- Almacenamiento Equivocado
- Cantidad Equivocada
- Contraindicación
- Dosis Omitida
- Etiquetado Erróneo
- Frecuencia Equivocada
- Frecuencia Equivocada
- Instrucciones de Dispensación Equivocada
- Paciente Equivocado
- Reacción Adversa
- Sangre/Hemoderivado-Caduco
- Sangre/Hemoderivado-Equivocado

e) DE NUTRICIÓN:

- Dieta Equivocada
- Paciente Equivocado
- Cantidad Equivocada
- Frecuencia Equivocada
- Consistencia Equivocada
- Almacenamiento Equivocado
- Omisión de la Instrucción

f) DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS:

- Desconexión / Mala Conexión / Retirar
- Error de Usuario
- Falla / Mal Funcionamiento
- Falta de Disponibilidad
- Inapropiado para la Indicación Médica
- Inexistente en el Hospital
- Presentación o Empaque Inadecuado
- Retiro del Dispositivo / Equipo no Indicado
- Sucio / No Estéril

g) DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O MÉDICOS:

- Error de Anestesia
- Error de Equipo
- Error Instrumental
- Órgano o Estructura Equivocada
- Paciente Equivocado
- Posición del Paciente Equivocada
- Presentación o Empaque Inadecuado
- Procedimiento Equivocado
- Sitio Equivocado
- Error en la Técnica

h) DE CAÍDAS. SELECCIONE EL LUGAR:

- De la Cuna
- De la Cama
- De la Silla
- De la Camilla
- En el Baño
- De las Escaleras
- En el Pasillo
- Con Equipo Terapéutico
- Transporte del Paciente dentro del Establecimiento
- Otro

• Seleccione el tipo:

- Desmayo
- Perdida del Equilibrio
- Resbalón
- Tropiezo
- Otro

Especificar otro: _____

i) DE PATOLOGÍA/LABORATORIO CLÍNICO/IMAGENOLÓGIA:

- Almacenamiento Equivocado de la Muestra
- Error en el reporte de los resultados
- Error en la toma de muestra
- Estudio Equivocado
- Muestra Equivocada
- Muestra mal Etiquetada
- Entrega tardía de resultado
- Paciente Incorrecto
- Procesamiento Incorrecto



j) OTRO INCIDENTE: _____

GRAVEDAD DEL DAÑO

12. GRAVEDAD

- * Sin daño Incidente que pudo causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.
- Bajo Incidente que causó un daño mínimo al paciente y que requiere una observación adicional o tratamiento menor.
- Moderado Incidente que causó un daño significativo pero no permanente al paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento.
- Grave Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.

(Handwritten signatures and marks are present throughout the page, including a large '4' on the left and various scribbles on the right side.)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Coordinación de Calidad.	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Rev. 0:
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.		Hoja: 14 de 18

ACCIONES DE MEJORA

19. ¿SE REALIZÓ ALGUNA ACCIÓN CORRECTIVA DESPUÉS DEL EVENTO ADVERSO?

Sí No

20. ¿CUÁLES SON LAS ACCIONES DE MEJORA QUE SE REALIZARON? PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- Capacitación al personal de nuevo ingreso y estudiantes.
- Mejoramiento de la infraestructura.
- Gestión de los recursos (humanos, financieros y materiales) alineado a la mejora continua.
- Fortalecimiento de una cultura de calidad y seguridad del paciente mediante el Modelo de Gestión de la Calidad.
- Impulso al apego de las Guías de Práctica Clínica.
- Implementación de mecanismos de supervisión operativa para el monitoreo de la calidad y la seguridad del paciente.
- Desarrollo de un Programa de Calidad y Seguridad del Paciente para el establecimiento.
- Capacitación a pacientes y familiares para prevenir eventos adversos.
- Otra: _____

21. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL EVENTO ADVERSO (Narración de los hechos):

22. NOMBRE DE LA PERSONA QUE REGISTRA: _____

23. FECHA EN QUE REALIZA EL REPORTE _____

*2-
M
t
o
r
e*

ci

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad.		Hoja: 15 de 18
Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.			

10.2 INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS.



**CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS
 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD
 COORDINACIÓN DE CALIDAD
 INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DE EVENTOS ADVERSOS**

1. **Nombre del paciente:** Anotar los apellidos y nombre (s) de la persona que presenta el evento adverso.
2. **Fecha de nacimiento:** Registrar día, mes y año del nacimiento del paciente
3. **Número de expediente:** Anotar el número de identificación asignado por archivo clínico
4. **Edad del paciente:** Anotar numéricamente la edad del paciente en años cumplidos.
5. **Sexo del paciente:** Corresponde a Masculino (M) o Femenino (F)
6. **¿En qué lugar ocurrió el evento adverso?:** Marcar con una X el área física donde ocurrió el evento adverso.
7. **¿En qué turno se presentó el evento adverso?:** Marcar con una X el horario en el que ocurrió el evento adverso.
8. **¿Qué personal estuvo directamente involucrado?:** Marcar con una X la especialidad o profesión que estuvo relacionado con el evento adverso (puede seleccionar más de una opción)
9. **Fecha de ocurrencia del evento adverso:** Anotar día, mes y año de la fecha, así como también mencionar la hora y minutos en el que se presentó el evento adverso. En caso de desconocer el horario mencionarlo.
10. **¿Qué personas presenciaron el evento adverso?:** Marcar con una X el personal que fue testigo del evento adverso. Seleccionar una opción.
11. **¿Cuál fue el tipo de incidente?:** Marcar con una X UNO de los 16 ítems que se encuentran en orden alfabético, posteriormente subrayar la causa o evento relacionado.
12. **Gravedad:** Seleccionar con una X la gravedad del daño de acuerdo a la descripción correspondiente.
13. **En caso de daño grave o muerte ¿Se realizó análisis causa raíz?:** Marcar con una X donde corresponda.
14. **¿Cuáles son los factores que contribuyeron al incidente?:** Seleccionar con una X el factor que se relacione con el incidente, y/o escribirlo en la opción de otro. (se puede seleccionar más de una opción).
15. **¿Considera que se pudo haber evitado el evento adverso?:** Seleccionar con una X sí o no
16. **¿Cómo considera que pudo haberse evitado el evento adverso?:** Anotar las acciones que se pudieron haber implementado para evitar el incidente, si su respuesta es No omita la pregunta.
17. **¿Se le proporcionó información al paciente o a su familiar relacionada con el evento adverso?:** Marcar con una X sí o no se le proporcionó información al paciente o familiar.
18. **¿Quién la proporcionó?:** Anotar al técnico o profesionista que proporciona la información, omitir la pregunta si no se le proporciona
19. **¿Se realizó alguna acción correctiva después del evento adverso?:** Marcar con una X sí o no se realizó acción correctiva.
20. **¿Cuáles son las acciones de mejora que se realizaron?:** Identificar y registrar las políticas que sean necesarias para implementarlas con el paciente. (puede seleccionar más de una opción).
21. **Descripción detallada del evento adverso:** Realizar redacción de los hechos de forma clara y concreta. (máximo 700 caracteres)
22. **Nombre de la persona que registra:** Anotar el nombre del personal que documenta el evento en el formato
23. **Fecha en que realiza el reporte:** Anotar la fecha del llenado del formato

NOTA: El recuadro de folio interno y folio de plataforma es de uso exclusivo para la coordinación de calidad.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad.		Hoja: 16 de 18
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.		

10.3 ANÁLISIS CAUSA RAÍZ PARA LOS EVENTOS ADVERSOS

Se adopta la recomendación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de utilizar un modelo de análisis causa-raíz (ACR) para estudiar los incidentes con daño a los pacientes, ocurridos en los hospitales públicos del sector salud, para identificar, registrar, evaluar, disminuir y evitar su ocurrencia. Es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas latentes que contribuyen a la ocurrencia de incidentes con daño, considerado como una estrategia para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, se desarrolla a partir del involucramiento y la participación activa del equipo de salud, así como de profesionales con capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios.

Con el ACR se podrán identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores que ocasionan las fallas del sistema, el análisis es de carácter NO PUNITIVO, por lo tanto, las autoridades, directivos y gestores se adhieren a este principio como filosofía que sustenta la práctica del análisis dentro del comité de eventos adversos. Se espera que la probabilidad de la repetición del incidente con daño se minimice. El objetivo es establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?

Se utilizan los siguientes pasos:

1. Identificar el incidente por investigar.
2. Recopilar información del incidente con daño.
3. Elaborar el mapa de los hechos.
4. Analizar la información.
5. Categorizar las causas y analizar las barreras.
6. Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.
7. Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas.

Paso 1.- Identificar el incidente por investigar.

- Identificar el tipo de evento en alguno de los siguientes apartados (cuasifalla, evento adverso y evento centinela), se da prioridad a los eventos centinela los cuales deben sesionarse en las primeras 72 horas de suscitado el evento.
- Identificar las acciones incorrectas u omisiones.
- El resultado para el paciente.

Paso 2.- Recopilar información del incidente con daño.

El secretario técnico del Comité de Eventos Adversos es el encargado de recopilar la evidencia que es la información para comprender el evento reportado.

Tipos de evidencia:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Coordinación de Calidad.		Rev. 0:
	Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.		Hoja: 17 de 18

Entrevistas: es una herramienta que nos permite conocer la perspectiva del personal involucrado (de las disciplinas inmiscuidas en el evento e incluso personal de los diferentes turnos los cuales estuvieran implicados), de los familiares e incluso del paciente, es importante conocer los diferentes enfoques e información que cada uno de ellos nos puede proporcionar

Visita al sitio donde ocurrió el incidente: De forma directa identificamos el área donde ocurrió el incidente, puede ser (hospitalización, área quirúrgica, ambulatoria ó administrativa)

Evidencia física: vinculada al incidente con daño, para identificar las fallas del proceso. Son relevantes todas las muestras de laboratorio, documentos, equipo utilizado para la atención, entre otros.

Expediente clínico, como evidencia se guarda una copia de los documentos vinculados al paciente que sufrió el evento, como hoja de referencia, historia clínica, hoja de ingreso, indicaciones médicas, hoja de enfermería, check list, resultados de laboratorio, resultados de anatomía patológica o estudios complementarios, todo tipo de documento que describa el estado de salud o el proceso de atención del paciente que sufrió el evento.

Documentos vinculados a las políticas o procedimientos: protocolos, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, indicadores de calidad, acciones

esenciales para la seguridad del paciente, reglamentos del servicio o de la institución.

Documentos vinculados al recurso humano: lista de asistencia, incidencias del personal, resultados de la evaluación del desempeño profesional con la finalidad es conocer si la institución a brindado los cursos para capacitar o mantener al personal con las competencias necesarias y conocer su impacto en el área operativa.

Estadísticas del servicio sobre los procesos de atención o resultados vinculados al evento que se analiza.

Mantenimiento de los equipos: se enfoca en bitácoras y controles para conocer el funcionamiento del equipo; protocolos de trabajo para los responsables de mantenimiento; verificación y realización de mantenimiento de los equipos.

Paso 3.- Elaborar el mapa de los hechos.

Descripción detallada de dónde y cuándo ocurrió el evento (lugar, fecha, día de la semana, hora). Identificación de las áreas, servicios y personal de salud relacionados con el evento.

Paso 4.- Analizar la información.

Esta etapa permitirá definir las causas que originaron el evento adverso

Diagrama de Ishikawa: la relación entre un evento adverso y todas sus posibles causas, se utiliza para simplificar el análisis y para mejorar la solución de cada problema.

Paso 5.- Categorizar las causas y analizar las barreras.

- Se identifican las protecciones o barreras que fallaron para que se haya producido el incidente, barreras físicas, naturales, humanas o administrativas, se realiza un listado

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0:
	Coordinación de Calidad.		Hoja: 18 de 18
Procedimiento para la Implementación de la AESP 7 Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.			

- Causas proximales: Son fallas del sistema que natural y directamente producen una consecuencia.
- Errores.
- Omisiones.
- Deficiencias del sistema.
- Competencias inadecuadas.
- Deficiente documentación o comunicación.
- Deficiencias en las instalaciones o equipos.
- Deficiencias en la habilidad o disponibilidad de equipos de salud.
- Ausencia de gestión.
- Causas subyacentes Son fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales:
- Factores humanos: relación paciente/profesionales, turnos, fatiga, formación
- Factores del proceso: fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos de proceso
- Equipamiento: obsolescencia, disponibilidad, mantenimiento preventivo y correctivo
- Factores ambientales: ruido, espacio y mobiliario.
- Gestión de la información: comunicación.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- Supervisión inadecuada.

Paso 6.- Elaborar estrategias de mejora y plan de acción.

Definidas las causas que ocasionaron el evento adverso, se elaboran las estrategias de mejora y se plasman en recomendaciones del comité hacia el o las áreas correspondientes, para prevenir y/o reducir la ocurrencia de eventos adversos derivados de la atención médica.

Para dar seguimiento a las recomendaciones emitidas se lleva un control de seguimiento de acuerdos para corroborar su implementación

Paso 7.- Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas.

Recomendaciones del Comité de Eventos Adversos en el establecimiento de salud:

A partir de los hallazgos derivados de la atención basada en evidencias, el cumplimiento de la normativa vigente, de los acuerdos adoptados por el comité de calidad y seguridad del paciente y las acciones previstas en el plan de mejora continua del establecimiento médico, los acuerdos del Comité de Eventos Adversos adoptarán siempre la forma de recomendaciones que se incluirán en la minuta de sesiones.

Las recomendaciones del Comité de Eventos Adversos se trasladarán al equipo directivo y personal operativo de acuerdo al área o servicio donde se presente el evento y si aplica posteriormente se podrá hacer extensivo a todo el establecimiento de salud con el objetivo de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Se omite el nombre del personal involucrado en los eventos o incidentes.