



SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)

Equipo de Trabajo:



- Dr. Nelda Nuñez Caamal
- LE: Glendy Bojorquez Sabido
- LE: Valeria Mguel Cárdenas
- LE: Leydi Buenfil Vera
- QFB: Abraham Arcos Díaz

Responsables de Área:

- Dr. Juan Pablo Flores Tapia
- C.P. Iván Rogelio Mitre López
- Dra. Judith Elena Ortega Canto
- Dr. Marcos Bernardo Rivero Ojeda
- M.C.E. Paula A. Juárez Rodríguez

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 2 de 25

1.0 Propósito

- 1.1 Implementar un sistema de notificación, análisis y seguimiento de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas, que pongan en riesgo de complicaciones a los pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY), durante su atención médica.

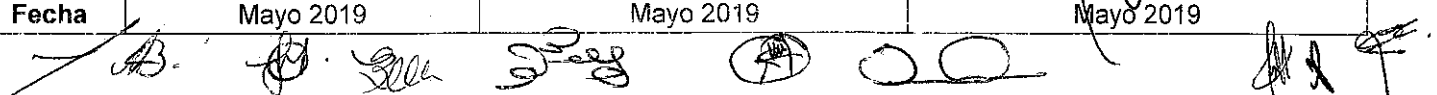
2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a todo el personal médico, paramédico, enfermería, administrativo y de servicio que laboran en el HRAEPY.
- 2.2 A nivel externo, este procedimiento no aplica.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Este documento normativo sustituye al procedimiento; "HRAEPY/DPEI-005/2013 QPS Procedimiento para la notificación, definición y análisis de Evento Adverso, Centinela y Cuasifalla" con fecha de actualización Julio de 2013.
- 3.2 Para el HRAEPY se considera **Evento Centinela**, todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.
- 3.2.1 Muerte imprevista que no se relaciona con el curso natural de la enfermedad del paciente.
- 3.2.2 Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- 3.2.3 Cirugía en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto o paciente equivocado.
- 3.2.4 Muerte materna.
- 3.2.5 Muerte neonatal.
- 3.2.6 Transmisión de una enfermedad crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplante de órganos o tejidos.
- 3.2.7 Suicidio de paciente.
- 3.2.8 Violación a paciente.
- 3.2.9 Homicidio de paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 3 de 25

- 3.2.10 Infección asociada al cuidado de la salud que dé como resultado la muerte del paciente.
- 3.2.11 Administración de medicamento que cause algún problema que afecte un órgano vital o la muerte de manera inesperada.
- 3.3 Para el HRAEPY es **Evento Adverso**, el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica. Para la notificación de eventos adversos se integra la siguiente clasificación:
- 3.3.1 Incidente o evento de identificación del paciente.
- 3.3.2 Incidente o evento de comunicación verbal o escrita.
- 3.3.3 Incidente o evento de medicación.
- 3.3.4 Incidente o evento quirúrgico.
- 3.3.5 Infección asociada a la atención a la salud.
- 3.3.6 Incidente o evento relacionado a la anestesia y/o sedación.
- 3.3.7 Incidente o evento relacionado con el uso o aplicación de sangre o hemoderivados.
- 3.3.8 Incidente o evento relacionado con procesos de nutrición.
- 3.3.9 Incidente relacionado con oxígeno, gases o vapores.
- 3.3.10 Incidente o evento relacionado con material, equipo médico o dispositivo.
- 3.3.11 Accidente o lesiones asociadas a los cuidados, técnicas o procedimientos.
- 3.3.12 Caídas en paciente hospitalizado.
- 3.3.13 Incidente o evento relacionado a la administración y organización clínica, o derivados de la omisión o retraso en la atención.
- 3.4 Se considera **Cuasifalla**: Evento o situación que podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no se hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.
- 3.4.1 Cuando cualquier error en la medicación es detectado previo a la aplicación del paciente: por ejemplo, medicamento incorrecto, paciente incorrecto, dosis incorrecta, hora incorrecta, vía de administración incorrecta.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 4 de 25


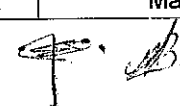
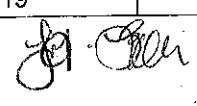
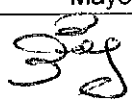
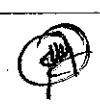
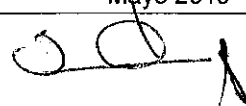
- 3.4.2 Cuando cualquier error en la realización de un procedimiento o cirugía se detecta previo a iniciar dicho procedimiento: por ejemplo, paciente incorrecto, procedimiento incorrecto, lugar incorrecto, técnica incorrecta, sin marcaje quirúrgico, técnica del cuidado de catéter incorrecta.
- 3.4.3 Error u omisión de técnicas para la prevención de úlceras por presión en los pacientes, pero que aún no ha ocasionado una úlcera por presión
- 3.4.4 Error en la Identificación de paciente que es detectado previo o durante el proceso hospitalario del paciente.
- 3.4.5 No Realizar doble verificación en la preparación de medicamento de alto riesgo a tiempo.
- 3.4.6 Retraso de cualquier cirugía que es realizada posteriormente.
- 3.4.7 Encontrar almacenado equipos o material con fechas caducas, las cuales se re esterilizan a tiempo antes de realizar un procedimiento.
- 3.4.8 Intento de suicidio de paciente.
- 3.4.9 Intervención oportuna de cuidado para la prevención de caída de paciente hospitalizado, por ejemplo, elevar barandales, sujeción gentil, etc.
- 3.5 Es responsabilidad del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativos, notificar toda sospecha de eventos que hayan ocurrido durante su jornada laboral, en los siguientes momentos:
 - 3.5.1 Al ingreso de paciente hospitalizado o ambulatorio.
 - 3.5.2 Durante procedimientos invasivos.
 - 3.5.3 Al corroborar la funcionalidad de material y equipos electromédico.
 - 3.5.4 Durante la administración de medicamentos.
 - 3.5.5 Durante los recorridos de rutina (supervisión, revisión de cloración de agua, revisión de temperatura, pase de visita médica, pase de visita de trabajo social, etc.).
 - 3.5.6 Al interrogar al paciente referente a su estancia hospitalaria.
 - 3.5.7 Al efectuar enlaces de turno.
 - 3.5.8 Durante toda su estancia hospitalaria.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 5 de 25

- 3.6 Las notificaciones pueden realizarse por vía telefónica a la Coordinación de Evaluación y Calidad por las extensiones 54203 y 54204, o en el formato de evento centinela, evento adverso y cuasifalla, mismo que se puede entregar por los siguientes medios.
- 3.6.1 Buzón dispuesto en el área de checadores de personal.
 - 3.6.2 Coordinación de Evaluación y Calidad.
 - 3.6.3 Coordinación de Calidad de Enfermería.
 - 3.6.4 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)
 - 3.6.5 Banco de Sangre (en caso de Reacciones transfusionales).
 - 3.6.6 Unidad de Farmacovigilancia Hospitalaria
 - 3.6.7 En los casos en que no se cuente con dicho formato, se puede notificar de manera verbal, a los departamentos antes mencionados o por medio de una hoja en blanco que contenga como mínimo: Nombre del paciente, fecha del evento, número de cama, servicio y la descripción del evento.
- 3.7 Es responsabilidad de la Coordinación de Evaluación y Calidad y de todos los que participen en la revisión y análisis de los casos notificados el manejo de la información, garantizando que el personal involucrado esté libre de represalias o castigos como resultado de éste.
- 3.8 En caso de existir evento centinela o sospecha de éste, es responsabilidad de la Coordinación de Evaluación y Calidad convocar a equipo de trabajo con los responsables de las áreas involucradas y en caso de ser necesario, con los operativos, para llevar a cabo el análisis Causa-Raíz del acontecimiento.
- 3.9 Es responsabilidad de las Direcciones, Subdirecciones, Coordinaciones y Jefaturas implementar acciones de mejora, como resultado del análisis de los eventos, así mismo, es responsabilidad quienes los analizan, que las recomendaciones propuestas se centren en cambios a los sistemas y procesos con el fin de evitar eventos futuros y dar una mejor atención.
- 3.10 Es responsabilidad quienes analizan los casos, identificar la existencia o no de la segunda víctima y generar recomendaciones encaminadas a prevenir o disminuir los efectos secundarios.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019


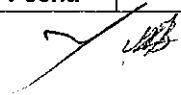

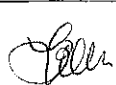
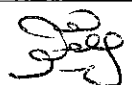

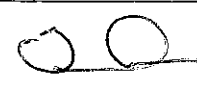










 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 6 de 25

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Notificación del Evento	1.1. Identifica el evento y realiza la notificación de manera detallada por cualquiera de estas vías: <ul style="list-style-type: none"> a) Buzón de área de checadores b) De manera verbal personal, c) Telefónica o mensaje según sea el caso d) En el formato de "Notificación de evento centinela, evento adverso y cuasifallas". 	Personal Médico, de Enfermería, Paramédico o Administrativo.
2.0 Recepcion de la notificacion	2.1. Recibe notificación del evento por cualquiera de las siguientes vías: <ul style="list-style-type: none"> a) Buzón de área de checadores b) De manera verbal personal, c) Telefónica o mensaje según sea el caso d) En el formato de "Notificación de evento centinela, evento adverso y cuasifallas". 	Coordinación de Evaluación y Calidad
3.0 Investigación del evento	3.1. Realiza investigación detallada del evento, para obtener la información utilizando el formato "Investigación de seguridad del paciente" (Anexo 10.3), mediante: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista a paciente y familiares ▪ Entrevista con el personal responsable del paciente. ▪ Entrevista con el personal involucrado en el evento. ▪ Revisión del expediente clínico. 	Coordinación de Evaluación y Calidad
4.0 Clasificación del Evento: Cuasifalla, eventos adversos o centinela.	4.1. Revisa y clasifica el caso notificado. ¿Es evento centinela? Si: Realiza el Protocolo de Londres. No: Clasifica como evento cuasifalla o adverso, y se integra a la Base de datos de Eventos Adversos del Área de Evaluación y Calidad.	Coordinación de Evaluación y Calidad



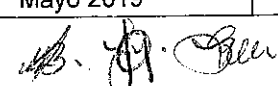
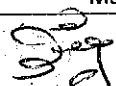

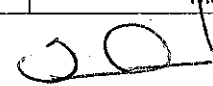
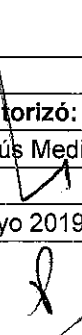
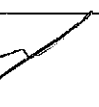
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019












 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 7 de 25

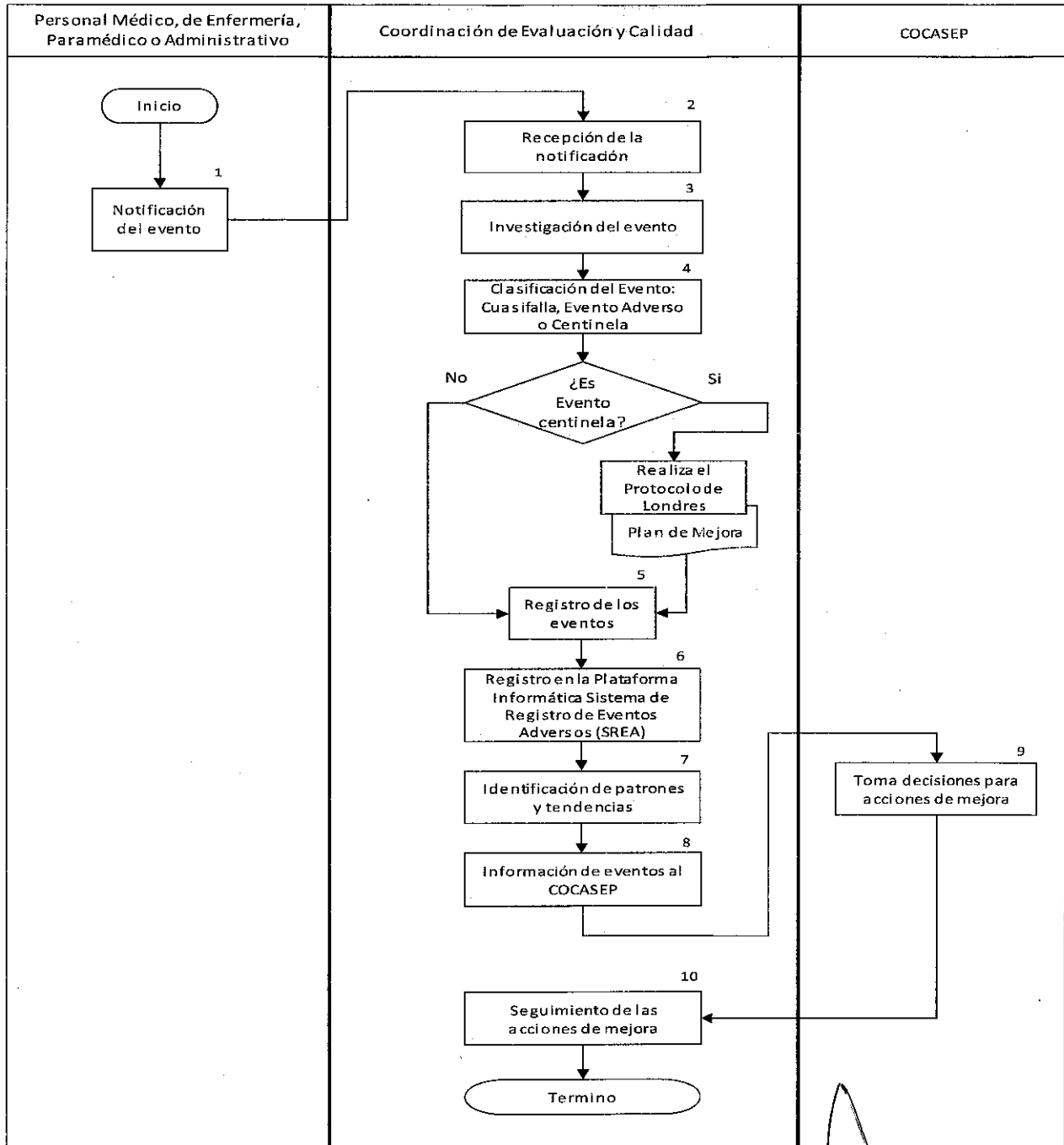
5.0 Registro de los eventos	5.1. Realiza registro de los eventos en la base de datos interna que se encuentra en la carpeta compartida de la coordinación para un registro estadístico interno. 5.2. De manera física archiva el formato "Investigación de seguridad del paciente" en la carpeta de control de los eventos e investigaciones realizadas.	Coordinación de Evaluación y Calidad
6.0 Registro en Plataforma Informática;	6.1. Registra en la plataforma; "Sistema de Registro de Eventos Adversos" (SREA) la información generada, de manera mensual y en las fechas de corte establecidas.	Coordinación de evaluación y calidad.
7.0 Identificación de patrones y tendencias	7.1. Realiza cada tres meses un corte para identificar los patrones y tendencias de los eventos registrados. 7.2. Elabora informe de patrones y tendencias.	Coordinación de evaluación y calidad.
8.0 Información de eventos al COCASEP	8.1. Presenta en el COCASEP el informe de patrones y tendencias para revisar, validar y tomar decisiones para acciones de mejora.	Coordinación de evaluación y calidad.
9.0 Toma de decisiones para acciones de mejora.	9.1. Definen acciones de mejora, como pueden ser programas de capacitación, implementación o cambios en los procesos, etc. Con el fin de disminuir y/o evitar la repetición de los incidentes.	COCASEP
10.0 Seguimiento de las acciones mejoras	10.1. Reúnen evidencias correspondientes a las acciones de mejora realizadas y se validan si son efectivas en la reducción los eventos analizados. 10.2. Se presentan los resultados en el COCASEP TERMINA EL PROCEDIMIENTO	Coordinación de evaluación y calidad

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 8 de 25

5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

Handwritten signatures and initials are present below the table, including a large signature on the left and several initials and smaller signatures on the right.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 9 de 25

6.0 Documentos de referencia



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.	No aplica
Procedimiento para la elaboración y actualización de documentos del Hospital (MCI-10)	HRAEPY-DG-003-2017
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, septiembre de 2017.	No aplica
Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, Estándares para implementar el modelo en Hospitales, Consejo de Salubridad General, 2018.	No aplica

7.0 Registro

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
Notificación de evento centinela, evento adverso y/o cuasifallas	3 años	Coordinación de evaluación y calidad
Formato de investigación de eventos centinela, adversos y cuasifallas.	3 años	Coordinación de evaluación y calidad
Base datos para el informe de los Eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas del Área de Evaluación y Calidad	3 años	Coordinación de evaluación y calidad
Plataforma informativa Informe del sistema de registros	5 años	Coordinación de evaluación y calidad

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



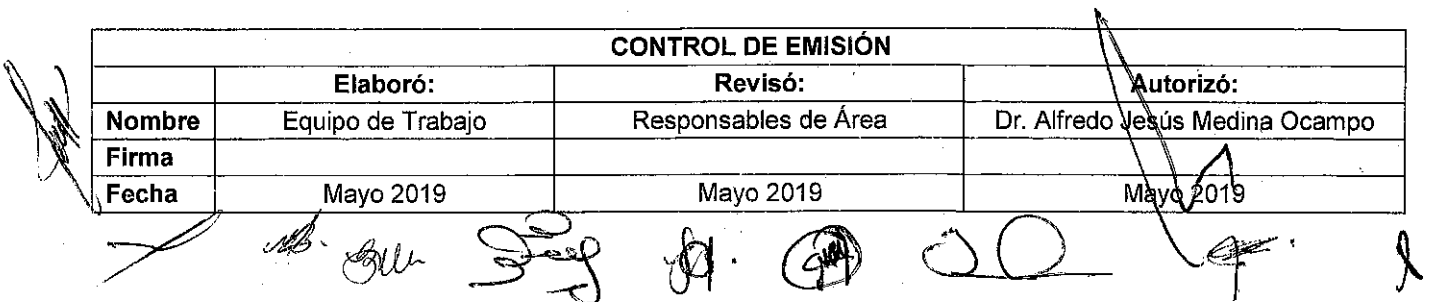

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 10 de 25



8.0 Glosario

- 8.1 **Análisis de Causa-Raíz:** Es el motivo fundamental de una falla o de una situación donde ha ocurrido un desempeño que no cumplió los requisitos esperados. Proceso para identificar la base o los factores causales subyacentes a la variación en el desempeño, incluso la incidencia de un evento centinela, en donde se utiliza principalmente las herramientas.
- 8.2 **CEYE:** Central de Equipos y Esterilización (CEYE) es un servicio de la Unidad Médica cuyas funciones son: Obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios asistenciales de la Unidad Médica.
- 8.3 **COCASEP:** Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- 8.4 **Equipo Médico:** Es cualquier dispositivo usado para diagnosticar, curar o tratar una enfermedad o para prevenirla. Van desde pequeños y simples a complejos
- 8.5 **Imprevisto:** Que no pudo ser visto, detectado o conocido con anticipación.
- 8.6 **Incidente:** Es un acontecimiento repentino y representa un peligro potencial. Un incidente representa, por otro lado, una oportunidad para mejorar la seguridad y evitar futuros accidentes.
- 8.7 **Notificación:** Documento mediante el cual se realiza el proceso informativo. Así, dicho documento tendrá una estructura determinada que lo hará fácilmente reconocible, mediante la cual se procederá a realizar la comunicación pertinente en su debido contexto con el fin de establecer un canal de información entre dos instancias, una emisora y otra receptora. La forma y el contexto en el que suele ejercitarse dicho proceso son indiferentes a efectos de tal función.
- 8.8 **Segunda víctima:** Se conoce como la segunda víctima al Profesional de salud implicado(s) en un Evento Adverso inesperado, en un error médico o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda "traumatizado" por el evento.

No todo personal de salud es la segunda víctima, se enfoca especialmente en aquel trabajador que presenta datos de angustia posterior al incidente. Entre los signos están depresión, angustia, inquietud, incluso depresión que se relaciona con el ausentismo por no aceptar que el accidente fue un error humano que cualquiera puede cometer.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 11 de 25

8.9 **SREA:** Sistema de Registro de eventos adversos.

8.10 **Úlcera:** Lesión similar a un cráter en la piel o membrana mucosa. Se forma cuando se han quitado las capas superiores de la piel o tejido. Se puede presentar en la boca, el estómago y otras partes del cuerpo.

8.11 **Victima:** Persona que sufre los efectos del delito, no solo el sujeto titular si no también otros perjudicados de manera directa o indirecta.

8.12 **Protocolo de Londres:** metodología utilizada para investigar, analizar y proponer acciones de mejora en casos de eventos adversos graves, con el fin de organizar la información y realizar un correcto análisis causa raíz.

8.13 **Patrón:** es un dato estadístico repetitivo como la moda, media y mediana.

8.14 **Tendencia:** del latín *tendens* o *tendentis*, que a su vez deriva del verbo *tendo* o *tendere*, que significa "extender", "tensar", "dirigirse a", es una corriente o una prepotencia generalizada por la cual los datos se inclinan hacia un solo resultado.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10.0 Anexos

10.1 Conceptos Operacionales

10.2 Formato; ME-048 NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, ADVERSO Y CUASIFALLA (Instructivo de llenado)

10.3 Formato; INVESTIGACIÓN DE EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (Instructivo de llenado)



10.4 Protocolo de Londres (en caso de evento centinela)

10.5 Segunda Víctima; Apoyo al profesional de salud involucrado en el Evento Adverso

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials]

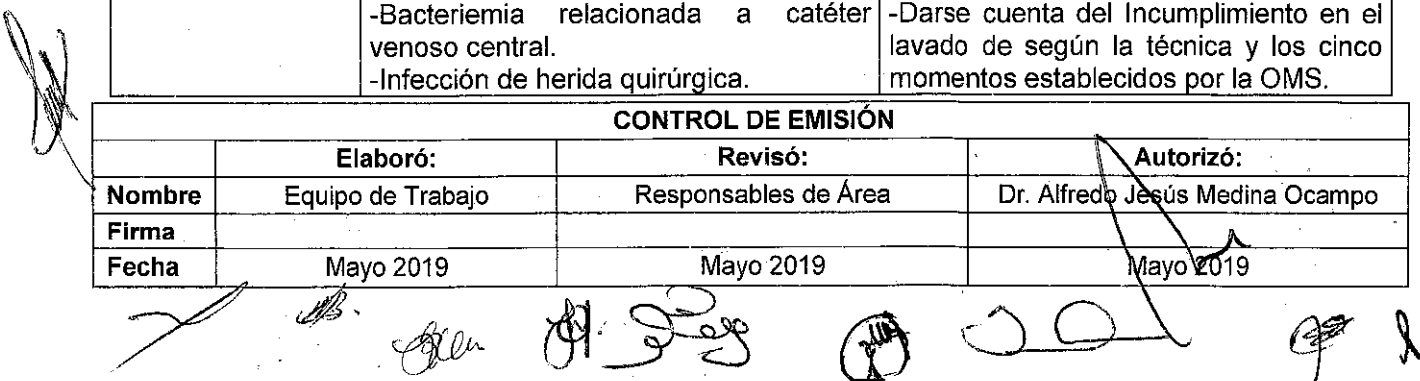
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 12 de 25

Anexo; 10.1 Conceptos Operacionales

Incidente	Eventos Adversos	Quasifalla
Incidente o evento de identificación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar procedimientos, entregar dieta o realizar algún tipo de atención al paciente incorrecto. -Trasladar al paciente incorrecto. 	-Al llegar al quirófano la enfermera se percató que lleva el expediente incorrecto.
Incidente o evento de comunicación verbal o escrita.	<ul style="list-style-type: none"> -Mala elaboración de indicaciones médicas. -Datos incorrectos en solicitud de laboratorio, imagen, banco de sangre, interconsultas, etc. 	-El servicio de Imagen solicita por vía telefónica a un paciente, la enfermera pregunta a médico adscrito en ese momento, el cual comunica que no se trata del paciente que requieren.
Incidente o evento de medicación	<ul style="list-style-type: none"> -Cualquier evento prevenible, en las fases de medicación, que puede llevar a un uso inapropiado de medicamentos o causar daño al paciente. -Duplicidad terapéutica. -Prescripción médica ilegible e incompleta. -Omisión en el tratamiento. -Administración de medicamento deteriorado o caduco. -Tratamiento prolongado sin justificación en la de prescripción. -Desabasto de medicamento. -Automedicación. -Omisión en el Registro Clínico de Enfermería. -Preparación en volumen o solución inadecuado. -Velocidad de administración. -Administrar medicamento en vía diferentes a la prescripción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falla en el sistema de medicación que es detectado antes de que le llegue al paciente como cambio de color, aspecto o precipitación del medicamento preparado -Medicamento caduco detectado a tiempo. -El personal de salud se da cuenta de que la dosis de medicamento está indicada incorrectamente.
Incidente o evento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> -Material quirúrgico en cavidad después de cierre de cirugía. -Suspensión de cirugía posterior a inicio de anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> -Al Inicio de cirugía se dan cuenta que no realizan marcaje quirúrgico. -En el conteo de gasas se percatan de la falta.
Infección asociada a la atención	<ul style="list-style-type: none"> -Neumonía generada durante su estancia hospitalaria. -Bacteriemia relacionada a catéter venoso central. -Infección de herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica inadecuada de aspiración de secreciones. -Darse cuenta del Incumplimiento en el lavado de según la técnica y los cinco momentos establecidos por la OMS.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección General

Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)



Código:
HRAEPY/DG-017/2019

Rev. 00



Hoja: 13 de 25

Incidente	Eventos Adversos	Quasifalla
	<ul style="list-style-type: none"> -Infección de vías urinarias durante su estancia hospitalaria. -Escara generada durante su estancia hospitalaria la cual presenta infección. 	<ul style="list-style-type: none"> -Percatarse a tiempo del incumplimiento de las medidas de aislamiento durante la atención de pacientes. Infectocontagiosos e inmunodeprimidos. -Darse cuenta de la colocación de bolsa recolectora de orina en el piso de la habitación, así como, de la bolsa recolectora de orina por arriba del nivel de la vejiga. -Notificar el uso de barrera máxima durante la colocación del catéter venoso central, así mismo la técnica de la curación establecida de manera correcta. -Notificar el incumplimiento del tiempo de espera (24 horas) del factor biológico en los equipos esterilizados en el área de CEYE o notificar a tiempo carga positiva posterior a esterilización.
Incidente o evento relacionado a la anestesia y/o sedación	<ul style="list-style-type: none"> -Administración de medicamento erróneo. -Dosis incorrecta de anestesia. 	-Al inicio de anestesia se realiza verificación de dosis correcta de medicamento en el cual el anestesiólogo se percata de error y procede a no administrar el fármaco.
Incidente o evento relacionado con el uso o aplicación de sangre o hemoderivados	<ul style="list-style-type: none"> -Administrar hemoderivado incorrecto. -No administrar hemoderivado. -Falta de hemoderivado requerido en banco de sangre. -Reacción alérgica a Hemoderivado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Al momento de entregar paquete globular no coincide el tipo de sangre, proceden a devolver el paquete a banco de sangre. Al momento de entregar el hemoderivado el paciente presenta fiebre por lo que se retrasa la administración del hemoderivado.
Incidente o evento relacionado con procesos de nutrición	-Dar dieta paciente equivocado.	-El nutriólogo se percata de entregar dieta equivocada, por lo que verifica la dieta y la entrega correctamente.
Incidente relacionado con oxígeno, gases o vapores	-Toma de oxígeno o gases abiertas que afecta a pacientes y personal de salud.	-Notificación a mantenimiento por probable defecto en las tomas de oxígeno.

CONTROL DE EMISIÓN

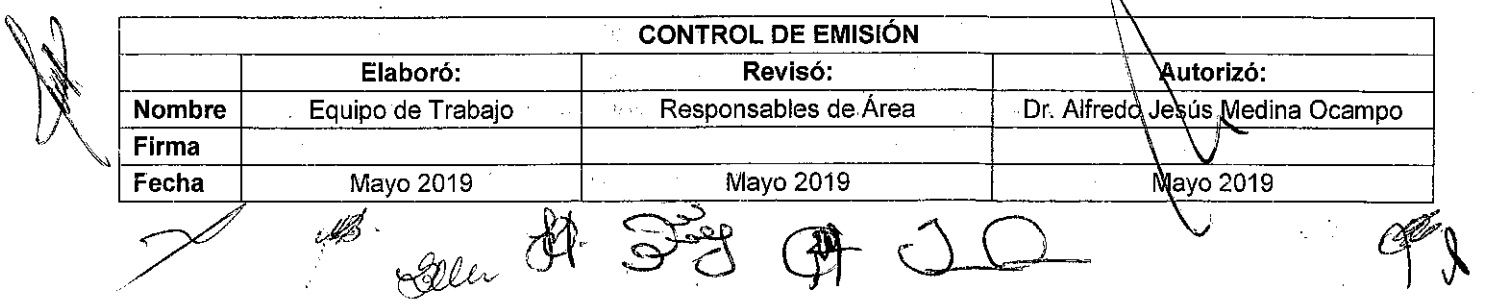
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



[Handwritten signatures and stamps]

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 14 de 25

Incidente	Eventos Adversos	Cuasifalla
Incidente o evento relacionado con material, equipo médico o dispositivo	<ul style="list-style-type: none"> -Suspensión de tratamiento o tratamientos incompletos por fallo en equipo de hemodiálisis. -Error en la administración de medicamentos, o soluciones intravenosas por fallo en bomba de infusión. -Fallo de desfibrilador durante un código azul. -Resultados de laboratorio incorrectos por fallo de equipo. -Quemadura en paciente hospitalizado, causada por uso de lámpara de calor, colchón/sábana térmica, y/o electrocauterio. -Batería descargada del ventilador portátil. -Falla de ventilador al momento de ventilación mecánica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Notificar a mantenimiento en Falla de autoclaves y equipo electromédico como son bombas de infusión, cama eléctrica, monitores, ventiladores, desfibriladores, etc.
Accidente o lesiones asociadas a los cuidados, técnicas o procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> -Úlceras por presión (UPP). -MARSÍ -Dermatitis asociada a incontinencia (DAI). -Múltiples punciones. -Lesión, ruptura de material o error en el proceso de instalación de dispositivos vasculares (catéter central, catéter periférico, catéter para hemodiálisis, catéter de implantación PICC, etc.). -Error en el procedimiento de curación no realizar la curación o material de protección en malas condiciones en dispositivo vascular (catéter central, catéter periférico, catéter para hemodiálisis, catéter de implantación PICC, etc.) -Retiro accidental, obstrucción, ruptura, mala posición del dispositivo o permanencia prolongada de dispositivo vascular (catéter central, catéter 	<ul style="list-style-type: none"> -Detectar a tiempo aparición de Úlcera por Presión. -Falta de presencia de la clínica de catéter durante instalación de CVC. -Falta de fecha de instalación en dispositivos médicos. -Resguardo de material caducado o con envoltura rota. -No registro o registro incompleto de procedimientos invasivos en notas médicas y/o registros clínicos de enfermería.

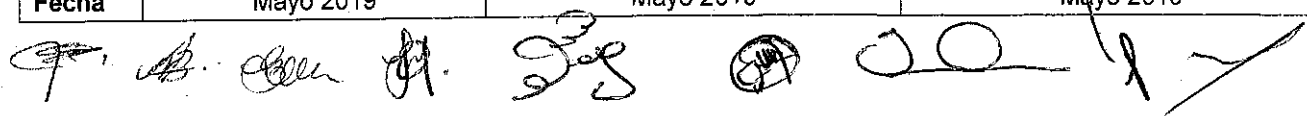
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG- 017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 15 de 25



Incidente	Eventos Adversos	Cuasifalla
	periférico, catéter para hemodiálisis, catéter de implantación PICC, etc.). -Evento relacionado con la colocación de dispositivos médicos no vasculares (sonda urinaria, sonda pleural, sondaje gástrico, sondaje yeyunal, punción lumbar, etc.): múltiples intentos, lesión, ruptura de material o error en el proceso. -Error en el procedimiento de curación, no realizar la curación, material de protección en malas condiciones o mal uso de dispositivos médicos no vasculares (sonda urinaria, sonda pleural, sondaje gástrico, sondaje yeyunal, punción lumbar, etc.). -Retiro accidental, obstrucción, ruptura, mala posición del dispositivo o permanencia prolongada de dispositivos médicos no vasculares (sonda urinaria, sonda pleural, sondaje gástrico, sondaje yeyunal, punción lumbar, sutura, etc.).	
Incidente o evento relacionado a la administración u organización clínica o derivados de la omisión o retraso en la atención.	-Falta de consentimiento informado para procedimiento. -Extravío de expediente. -Fallo del sistema electrónico para generar citas, órdenes de pago, etc. -Cancelación de cita o cirugía por falta de recurso material o humano.	-Paciente con demasiados trámites administrativos sin resolver al cual se le ayuda a solucionar. -Referencias sin trámite administrativo. -Formato mal requisitado, el cual se llena de manera correcta oportunamente.
Caída de paciente hospitalizado	-Caída de paciente hospitalizado.	-Se revalora el riesgo de caída en el momento oportuno. -No realizar las medidas de seguridad de acuerdo al riesgo de caída.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



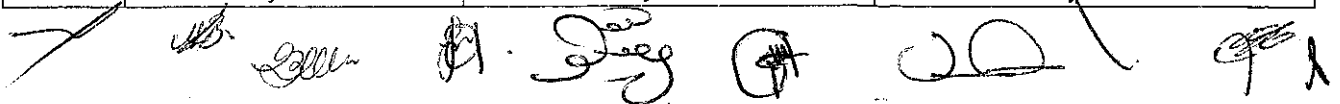
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 16 de 25



Anexo 10.2 Formato; ME-048 NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, ADVERSO Y CUASIFALLA

		Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	
NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, ADVERSO Y CUASIFALLA			
<p align="center">Recuerda que esta información es totalmente confidencial y no busca sancionar a nadie</p>			
Nombre del Paciente:	Fecha de Notificación:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Notificación
N.º de expediente:	Área de atención:	Cama:	
Describe brevemente el evento que identificaste (por favor escribe con letra legible)			
Ocurrió las _____ horas, del día _____ de _____			
Escribe las acciones inmediatas que se realizaron después del evento:			
Perfil de Notificador:			
ME-048			

		Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	
NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, ADVERSO Y CUASIFALLA			
<p align="center">Recuerda que esta información es totalmente confidencial y no busca sancionar a nadie</p>			
Nombre del Paciente:	Fecha de Notificación:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Notificación
N.º de expediente:	Área de atención:	Cama:	
Describe brevemente el evento que identificaste (por favor escribe con letra legible)			
Ocurrió las _____ horas, del día _____ de _____			
Escribe las acciones inmediatas que se realizaron después del evento:			
Perfil de Notificador:			
ME-048			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 17 de 25

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos del paciente: Este apartado se deberá llenar con el nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido paterno, apellido materno y nombre (s). Ej. Jiménez Villa María del Carmen.

Fecha de nacimiento: Llenar con números arábigos, iniciar con el año de nacimiento, seguido del mes y por último el día. Ejemplo: 1980/07/07, así como la edad.

Fecha de notificación: Poner la fecha en la que se realiza el formato.

Expediente: Información necesaria para confirmar datos faltantes o hacer un seguimiento.

Área de atención: Señalar el área en la que el paciente se encontraba al momento de presentar el evento.

Cama: Poner el número de cama.

Describe brevemente el evento que identificaste

En los espacios, indique la hora, fecha y mes que sucedió el evento y, posteriormente continúe describiendo el evento de manera cronológica y detalle su hubo signos y síntomas cuando sea el caso

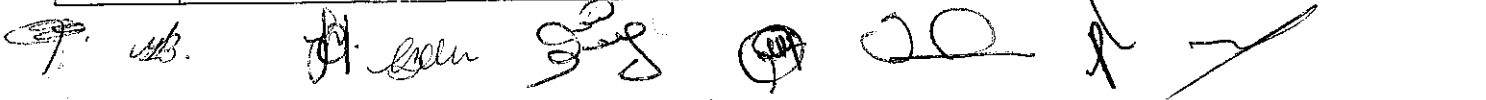
Escriba usted las acciones inmediatas que se realizaron después del evento: Especificar las acciones o medidas que se utilizó después del evento ya sea en el proceso o hacia el paciente; por ejemplo: suspender algún tratamiento, solicitar algún estudio, reportar a otro departamento, etc. Si no hubo ninguna acción, dejar el blanco o poner: **No hubo o se desconoce**



Que recomienda para prevenir este evento: Conforme a su perspectiva, describe brevemente alguna sugerencia para evitar otros eventos similares

Notificador: Marque con una "X" su profesión o en su caso poner en otros su profesión respectiva. También puede proporcionar su nombre, aunque esto es opcional, y el programa resguarda su identidad.



Primera víctima: paciente que sufre un EA. También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado (Mira et al., 2015).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

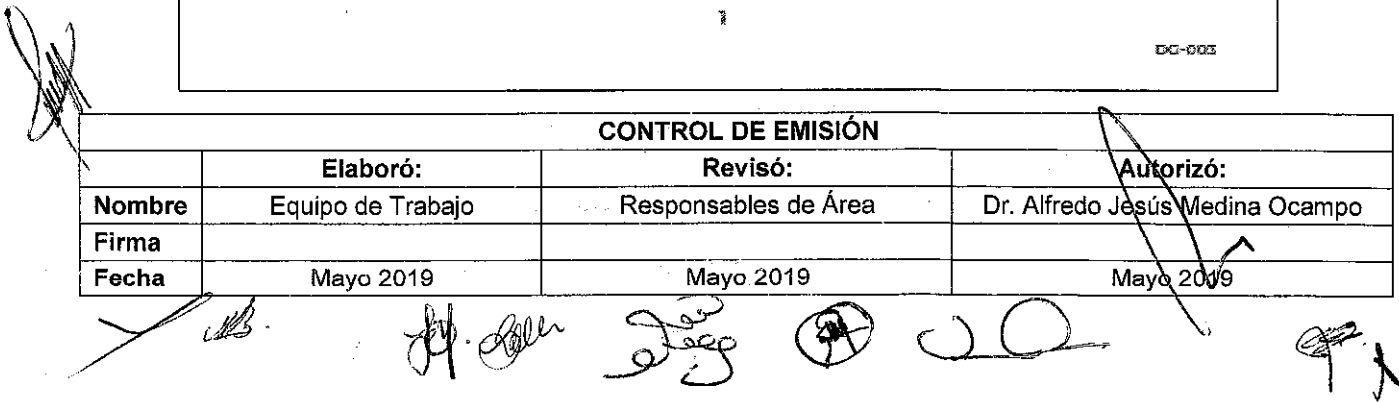




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 18 de 25

Anexo 10.3 Formato: DG-003 INVESTIGACIÓN DE EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	
INVESTIGACIÓN DE EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
FASE DE PRE-INVESTIGACIÓN		
Fecha de elaboración: _____ No. de Folio: _____		
Información general		
Fecha y hora del evento: DIA: ____ MES: ____ AÑO: ____ HORA: _____ Turno en que ocurrió el evento: _____ Servicio donde ocurrió el evento: _____ Tipo de notificación: _____ Perfil de quien NOTIFICA el incidente o evento (sin nombre): _____		
Información del paciente		
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Expediente: _____ Fecha de ingreso: _____ Especialidad: _____ No. de cama: _____ Edad: ____ años Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Diagnóstico médico: _____		
Descripción del incidente o evento		
<ul style="list-style-type: none"> Tipo de evento: _____ Descripción de forma breve y concisa el incidente o evento. ¿Cuándo, dónde y cómo ocurrió? _____ _____ _____		
<ul style="list-style-type: none"> Indica en que proceso (procedimiento) se presentó el incidente o evento: _____		
DG-003		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019





	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán																
FASE DE INVESTIGACIÓN																	
Tipo de incidente o evento																	
<ul style="list-style-type: none"> Categoría a la que corresponde el accidente o incidente descrito 																	
Gravedad del incidente o evento																	
<ul style="list-style-type: none"> Se refiere a la gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente o evento. Marque con una "X", el grado de daño que corresponda de acuerdo con el cuadro siguiente: 																	
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>Ninguno</td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td>Leve</td><td></td></tr> <tr><td>II</td><td>Moderado</td><td></td></tr> <tr><td>III</td><td>Grave</td><td></td></tr> <tr><td>IV</td><td>Muerte</td><td></td></tr> </table>	0	Ninguno		I	Leve		II	Moderado		III	Grave		IV	Muerte			
0	Ninguno																
I	Leve																
II	Moderado																
III	Grave																
IV	Muerte																
<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud actual del paciente al llegar al área a investigar: 																	
Factores contribuyentes para el incidente o evento																	
En el caso de que el paciente haya tenido daño moderado, daño grave o muerte, indique qué factores contribuyeron a que esto ocurriera durante el proceso de atención:																	
Resultados del incidente o evento																	
<ul style="list-style-type: none"> ¿El incidente o evento ocasiono prolongación en los días de estancia hospitalaria? Si es así, ¿Cuántos días? ¿Se implementaron acciones inmediatas correctivas?, ¿Cuáles? ¿Se le proporcionó información al familiar? ¿Quién? 																	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials corresponding to the 'Firma' row in the table above]

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 20 de 25

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Fase de Pre-investigación.

Fecha de elaboración y Folio: Indicar fecha en la que se está realizando la investigación del evento y el número de evento realizado en el presente año.

Información General.

Fecha y hora del evento: Fecha y hora del día que ocurre el evento.

Turno en que ocurre el evento y turno que notifica el evento.

Servicio donde acontece el evento. Lugar donde se suscita el evento. Señalar el área en la que el paciente se encontraba al momento de presentar el evento, ejemplo, Consulta Externa, Admisión Continua, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hemodinamia, Quirófano etc.

Tipo de notificación. Ya sea escrita, oral o vía telefónica.

Perfil de quien notifica el incidente o evento. Puesto que ocupa u ocupan las personas involucradas.

Información de Paciente.

Este apartado se deberá llenar con el nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido paterno, apellido materno y nombre (s). Ej. Jiménez Villa María del Carmen

Fecha de Nacimiento. Llenar con números arábigos, iniciando con el año de nacimiento, seguido del mes y por último día.

Número de Expediente. Información necesaria para confirmar datos faltantes o hacer un seguimiento.

Fecha de ingreso. Con números arábigos fecha de estancia actual.

Especialidad. Especialidad de ingreso actual.

Número de cama. Poner número de cama

Edad. Número de años actuales de paciente.

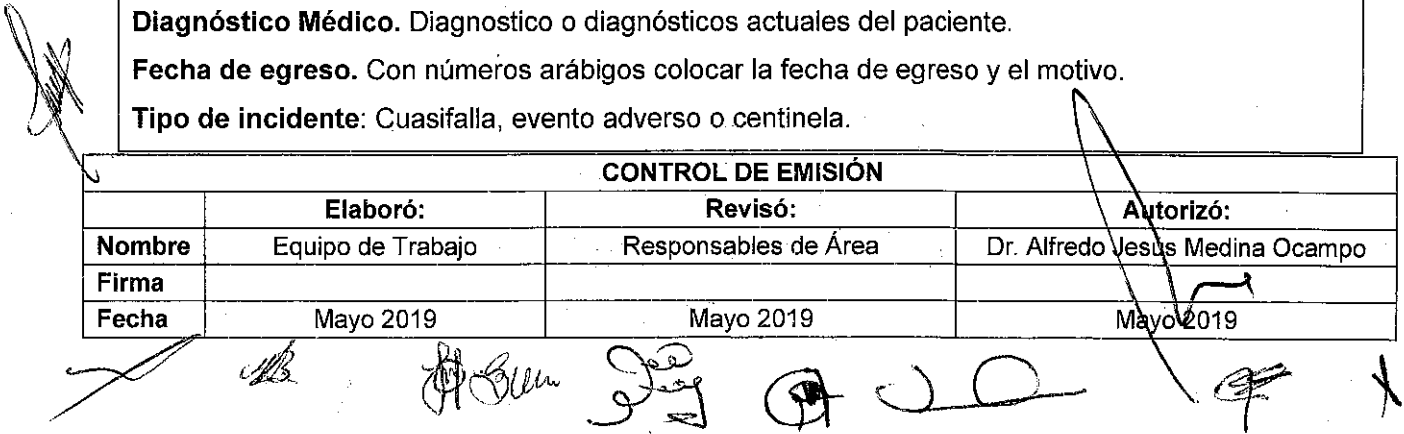
Sexo. Marcar con una cruz Fo M.

Diagnóstico Médico. Diagnostico o diagnósticos actuales del paciente.

Fecha de egreso. Con números arábigos colocar la fecha de egreso y el motivo.

Tipo de incidente: Cuasifalla, evento adverso o centinela.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección General

Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)



Código:
HRAEPY/DG-
017/2019

Rev. 00

Hoja: 21 de 25

Describe brevemente el evento que identificaste. En los espacios, indique la hora, fecha y mes que sucedió el evento el cual notifica el personal de manera verbal o escrita y si hubo signos y síntomas cuando sea el caso.

Indica en que proceso se presentó el incidente. Informar que tipo de evento fue por ej. Caída, colocación de catéter central, administración de medicamento, etc.

Fase investigación

Tipo de Incidente o evento.

1. Incidente o evento de identificación del paciente	Errores en la identificación correcta plasmada en brazaletes, estudios de laboratorio o radiología, medicación, documentación, indicaciones, informes, pertenencias, entrega de dieta u otros que involucren el nombre completo y fecha de nacimiento del paciente.
2. Incidente o evento de comunicación verbal o escrita	Errores en la emisión, recepción, confirmación o seguimiento de indicaciones verbales y/o escritas.
3. Incidente o evento de medicación	Error en la prescripción, preparación dispensación, envasado, conservación, distribución o administración de medicamentos o soluciones; paciente, medicamento, dosis, presentación, vía, velocidad u horario incorrecto.
4. Incidente o evento quirúrgico	Error en tipo de procedimiento, paciente, lugar de incisión, presencia de cuerpo extraño, en cirugías o procedimientos ambulatorios, de corta o larga estancia o de realización local fuera del quirófano (por ej. Biopsias, punciones, cateterismos).
5. Infección asociada a la atención	Infección asociada a catéter venoso central o periférico, sonda vesical, herida quirúrgica o neumonía asociada, etc.
6. Incidente o evento relacionado con la anestesia y/o sedación	Errores relacionados con la prescripción, preparación, dispensación o aplicación de anestesia o sedación. Error en la valoración preanestésica. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de la anestesia.
7. Incidente o evento relacionado con el uso o aplicación de sangre o hemoderivados	Error u omisión en pruebas pre transfusionales, prescripción, preparación, dispensación, distribución, administración, conservación, supervisión, presentación, envasado, o suministro de sangre o hemoderivados; paciente, producto, dosis, frecuencia, instrucciones, conservación, o condición errónea.
8. Incidente o evento relacionado con procesos de nutrición	Error en la prescripción, solicitud, preparación, suministro, presentación, asignación, conservación; paciente, tipo de dieta, cantidad, frecuencia, consistencia o conservación incorrecta.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

[Handwritten signatures and initials]

9. Incidente o evento relacionado con oxígeno, gases o vapores	Error en el tipo de gas, prescripción, administración, distribución, suministro o conservación. Paciente, gas o vapor, velocidad, frecuencia o modo de administración incorrecto.
10. Incidente o evento relacionado con material, equipo médico o dispositivo.	Error en la presentación o envasado, falta de disponibilidad, mala utilización, inadecuación a la tarea, mal funcionamiento, conexión incorrecta, retiro o conexión a destiempo, cuerpos extraños u olvido de retiro, error en la utilización por el paciente.
11. Accidentes o lesiones asociados a los cuidados, técnicas o procedimientos	Incisión, pinchazo, o inoculación accidental; Abrasiones, úlceras, desgarros, hemorragia por lesión a tejidos o vasos, explosión, quemadura, hipotermia, ahogamiento, broncoaspiración, intoxicación, caídas,
12. Incidente o evento relacionado a la administración-organización clínica o derivados de la omisión o retraso de la atención.	Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales. Reingreso a urgencias dentro de las 72 horas después del alta. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.

Gravedad del incidente o evento. Tipo de daño que corresponda de acuerdo con el cuadro siguiente:

0	Ninguno	
I	Leve	
II	Moderado	
III	Grave	
IV	Muerte	

Estado de salud actual del paciente al llegar al área a investigar. Estado en el que se encuentra el paciente al investigar el evento.



Factores contribuyentes para el incidente o evento. Factores relacionados con las características del paciente o elemento que hayan colaborado en el incidente.

Resultados del incidente o evento.

Anotar si el evento ocasiona prolonga la estancia del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

(Handwritten signatures and initials are present below the table, including a large signature on the left and several initials and signatures on the right.)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 23 de 25

Se implementaron acciones inmediatas correctivas. Escribir las acciones inmediatas que se realizaron después del evento: Especificar las acciones o medidas que se utilizó después del evento ya sea en el proceso o hacia el paciente; por ejemplo: suspender algún tratamiento, solicitar algún estudio, reportar a otro departamento, etc. Si no hubo ninguna acción, dejar el blanco o poner: No hubo o se desconoce.

Conforme a su perspectiva, describe brevemente alguna sugerencia para evitar otros eventos similares.



En caso de **proporcionar información al familiar** anotar quien fue el encargado de hacerle llegar la información.

En **caso de evento centinela** se llenará el formato de protocolo de Londres de manera cronológica agregando fecha y hora del evento acontecido.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials corresponding to the 'Firma' row in the table above]

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 24 de 25

Anexo 10.4; Protocolo de Londres (en caso de evento centinela)

FASE I: OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Equipo investigador:
Métodos utilizados para obtención de la información
Cronología del incidente



FASE II: ARBOL DEL PROBLEMA

FACTORES CONTRIBUTIVOS

El uso de este formato es confidencial, NO ANOTE el nombre de la persona que notifica, ni el nombre de las personas involucradas en los incidentes o eventos. Este formato deberá permanecer en la Unidad de Seguridad del Paciente en el expediente del incidente o evento, no se anexará al expediente del paciente ni al del personal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

Handwritten signatures and initials are present below the table, including a large signature on the left and several initials and a signature on the right.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEPY/DG-017/2019
	Dirección General		Rev. 00
	Sistema de notificación y análisis relacionados con la seguridad del paciente (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 25 de 25

Anexo 10.5 Segunda Víctima; Apoyo al profesional de salud involucrado en el Evento Adverso

- Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el incidente.
- Aminorar las consecuencias emocionales del Evento Adverso en el personal.
- Mantener una actitud positiva, sin sentimiento de culpa.
- Ofrecer la posibilidad de que algún colega de profesión similar, con capacidad de escuchar y brindar apoyo emocional con el fin de brindar apoyo a la segunda víctima para afrontar la situación hable con el personal implicado en un lugar tranquilo. No culpabilizando.
- Brindar la posibilidad de que no siga atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día.
- Es importante que los profesionales sepan dónde acudir en el primer momento, incluso aquellos en los que su implicación no causo daño al paciente.
- Es trascendental que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de sus compañeros.
- Se recomienda evitar preguntas inquisitivas sobre el evento con la intención de averiguar.
- Es aconsejable escucharle formulando preguntas abiertas que le permitan hablar libremente, permitirle expresar libremente sus sentimientos sobre e importante ayudarlo a reflexionar para evitar siguientes eventos.
- Estar preparados para identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso en la segunda víctima: ansiedad o inquietud en el trabajo, alteración del ánimo incluyendo síntomas depresivos, dudas de si puede seguir en la profesión, sentimiento de culpa.
- Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda necesitar el personal.
- En caso necesario informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.
- Realizar seguimiento en los días siguientes para asegurar que es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias.
- Mantener informado al personal de salud referente a la condición del paciente.
- Programar un seguimiento periódico. Estar pendientes de conductas de evitación, dudas sobre su profesión, cambios de humor u otros síntomas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Equipo de Trabajo	Responsables de Área	Dr. Alfredo Jesús Medina Ocampo
Firma			
Fecha	Mayo 2019	Mayo 2019	Mayo 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials]