


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 1 de 19



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

AGOSTO, 2022



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA</small>	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 2 de 19

INDICE

1.0 PROPÓSITO	4
2.0 ALCANCE	4
3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS	4
4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	10
5.- DIAGRAMA DE FLUJO	14
6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA	16
7.- REGISTROS	16
8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO	17
9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO	17
10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO	17

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA	Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 3 de 19

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL	
NOMBRE Y CARGO	FIRMA
ELABORÓ: M.A.H Elizabeth Llanas Olmos Gestora de calidad	
REVISÓ: Dr. Héctor Zamarripa Gutiérrez Director medico	
AUTORIZÓ: Dr. Vicente E. Flores Rodríguez DIRECTOR GENERAL	
Elaborado con base en estructura 2020 este documento se integra de 19 fojas útiles.	
Fecha de Validación: AGOSTO 2022	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 4 de 19

1.0 Propósito

Implementar un sistema de notificación, análisis y seguimiento de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi fallas, que pongan en riesgo de complicaciones a los pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (HRAEV), durante su atención médica.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno: es aplicable a todo el personal médico, paramédico, de enfermería, administrativo y de servicio que laboran en el HRAEV.

2.2 A nivel externo: no aplica

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Este documento normativo sustituye al procedimiento; "HRAEV/QPS/2013 Procedimiento para la notificación, definición y análisis de Evento Adverso, Centinela y Cuasifalla" con fecha de actualización Julio de 2013



3.2 Para el HRAEV se considera 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

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 5 de 19

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.

3.3 Para el HRAEV se considera 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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 6 de 19

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 Para el HRAEV se considera Cuasifalla: “Todo acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, la herida o la enfermedad, pero no lo hicieron, o por casualidad o por 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.



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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 7 de 19

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 electro médico.

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.

3.6 Es responsabilidad del personal médico, paramédico, de enfermería,

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 8 de 19

administrativo y de servicio que laboran en el HRAEV reportar conforme al procedimiento establecido, todo evento centinela, adverso o cuasifalla observado o bien en el que haya sido participe o los que se originen:

- 3.6.1 Al efectuar el enlace de cada turno por servicio del personal de enfermería en diferentes periodos de tiempo para identificar factores de alto riesgo que favorezcan la aparición de la cuasifalla.
 - 3.6.2 Al ingresar al paciente desde a hospital.
 - 3.6.3 Al supervisar los procedimientos de enfermería más complejos y de carácter invasivo.
 - 3.6.4 Al corroborar la funcionalidad de material y equipos electro médicos.
 - 3.6.5 Al corroborar medicamentos, material y ropa en los diferentes servicios
 - 3.6.6 Al evaluar periódicamente las notas y registros de enfermería.
 - 3.6.7 Al revisar las notas de enfermería.
- 3.7 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.
- 3.6.8 Buzón dispuesto en el área de checadores de personal.
 - 3.6.9 Coordinación de Evaluación y Calidad.
 - 3.6.10 Coordinación de Calidad de Enfermería.
 - 3.6.11 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)
 - 3.6.12 Banco de Sangre (en caso de Reacciones transfusionales).
 - 3.6.13 Unidad de Farmacovigilancia Hospitalaria



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 9 de 19

3.6.14 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.

3.8 Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, Jefes de Departamento, Supervisores y Coordinadores de grupos de trabajo, difundir y apoyar el REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS NO PUNITIVO, asegurando que todos los empleados que efectúan un reporte / notificación, estén libres de represalias o castigos como resultado de este.

3.9 Es responsabilidad del Cuerpo de Gobierno y de todos los empleados involucrado en la revisión y análisis de los eventos adversos, asegurar la identidad del paciente y de quien realizo el reporte para que nunca sea revelada dicha identidad.



3.10 En caso de que exista duda de que lo sucedido sea considerado un evento adverso, se debe proceder a reportar el suceso al Subdirector del área, el cual en conjunto con el Gestor de Calidad, analizaran el caso y emitirá su decisión en cuanto a si es un Evento Adverso y a su vez definirán el grupo de análisis del evento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 10 de 19

- 3.11 Es responsabilidad de los Jefes de Departamento, Supervisores de área, Coordinadores y/o Jefes de Servicio del HRAEV, enviar si así sucediera el caso, en el momento en que se reciba o identifique un evento adverso, el formato “REPORTE-NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO” a la Dirección o Subdirección que corresponda, después de haber identificado y corroborado que la información esta completa, y enviar una copia fotostática de este al área de Evaluación y Calidad (Gestor de Calidad).
- 3.12 Es responsabilidad de los Jefes de Departamento, Supervisores de área, Coordinadores y/o Jefes de Servicio del HRAEV, informar al Subdirector y/o Director de su área y al Gestor de Calidad, la implementación de acciones de mejora, como resultado de una investigación detallada del evento adverso, cuando estos no requieran de un análisis con el método causa-raíz y se determina como acción inmediata.
- 3.13 Es responsabilidad del Subdirector del Área y/o Jefes de Departamento en conjunto con el Gestor de Calidad organizar las sesiones de revisión y análisis de los eventos adversos que mediante el método causa-raíz se realizarán, e informar a la dirección que corresponda.
- 3.14 Es responsabilidad de los directores de las diferentes áreas, informar en el pleno de las sesiones ordinarias de COCASEP los eventos adversos que existieron y las acciones de mejora implementadas, con el fin de darle seguimiento en este comité.
- 3.15 Es responsabilidad de las áreas que analizan los eventos adversos, que las recomendaciones propuestas se centren en cambios a los sistemas, procesos o productos, más que en el desempeño individual de las personas.
- 3.16 Es responsabilidad de la Dirección y/o Subdirección involucrada en los eventos adversos, difundir las acciones de mejora que impactan en la prevención y la seguridad del paciente.
- 3.17 El COCASEP gestionarán las facilidades y el apoyo institucional necesario para llevar a cabo las propuestas de mejora continua, a fin de disminuir los riesgos y promover las buenas prácticas.

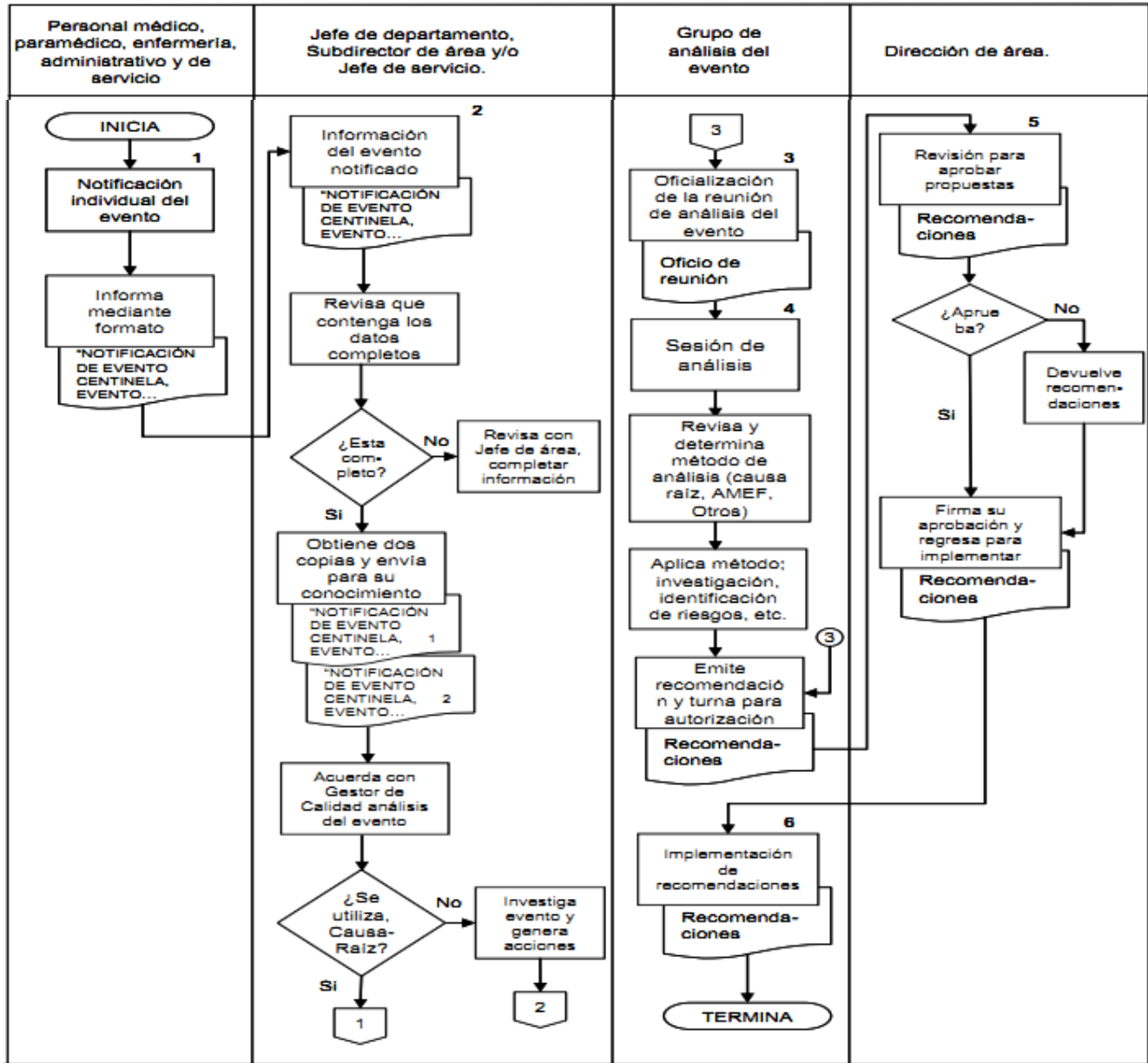
4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal Médico, Paramédico, de Enfermería, Administrativo y/o de Servicio.	1	Identifica un evento adverso, y notifica mediante el formato “NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, EVENTO ADVERSO Y CUASIFALLA” los eventos e incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. El formato se llena con letra clara y de manera detallada.	FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, EVENTO ADVERSO y CUASIFALLA”
	2	Informa al entregar el reporte escrito, al Jefe del departamento y/o Subdirector del Área de Servicio, o colocarlo en el buzón para eventos adversos	
Jefe del Departamento y/o Subdirector del Área de Servicio.	3	Recibe la notificación del evento y revisa detalladamente que el formato contenga todos los detalles descritos de manera clara y precisa.	“NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, EVENTO ADVERSO y CUASIFALLA”
	4	Esta completo el formato con los detalles del contenido?	
	5	No: Revisa con el jefe del área en donde se presentó el evento para completar la información.	
	6	Si: Obtiene dos copias, una la envía al área de Evaluación y Calidad para enterar al Gestor de Calidad y otra a la Dirección de su área para enterar del evento.	“NOTIFICACIÓN DE EVENTO CENTINELA, EVENTO ADVERSO y CUASIFALLA” 2 copias
	7	Resuelve con el Gestor de Calidad si es necesario analizar el evento con la metodología causa-raíz o generar acciones inmediatas de mejora.	
	8	¿Procede?	
	9	NO: Investiga detalladamente el evento y genera acciones inmediatas de mejora, implementa, informa a los involucrados y da seguimiento.	
	10	SI: Integra con el Gestor de Calidad la integración del grupo de análisis del evento; Elabora y envía oficio a integrantes del grupo de análisis para presentarse a las sesiones de trabajo	
			Oficio de reunión


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	DIRECCIÓN MÉDICA GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 12 de 19


Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Grupo de análisis del evento	11	Oficialización de la reunión de análisis del evento	Oficio de reunión
		Reciben oficio para integrar el grupo de análisis del evento adverso y se presentan en el lugar, en la fecha y la hora destinada.	
	12	Revisa el caso y se aplica el método de análisis en función a la problemática del evento, Análisis causa-Raíz	
	13	Realizan las investigaciones oportunas, identificando los posibles causas y se comprueba de acuerdo al método.	
	14	Emiten recomendaciones de acuerdo al método para su autorización y se envían a la dirección correspondiente.	
Dirección de área	15	Recibe y revisa las recomendaciones.	Oficio con recomendaciones
	16	¿Aprueba la implementación de recomendaciones?	
	17	NO: Devuelve recomendaciones con observaciones para que se tomen en cuenta.	
	18	SI: Autoriza y regresa para la implementación de recomendaciones.	
Grupo de análisis del evento		Recibe autorización y ponen en marcha el programa de implementación. Informan a las áreas involucradas y al COCASEP.	
TERMINA			



5.- DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	GESTORÍA DE CALIDAD		Hoja: 14 de 19
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		

Personal médico, paramédico, enfermería, administrativo y de servicio	Jefe de departamento, Subdirector de área y/o Jefe de servicio.	Grupo de análisis del evento	Dirección de área.
	 <pre> graph TD Start{{1}} --> Step1[Acuerda con Gestor de Calidad el grupo de análisis del evento] Step1 --> Step2[Elabora y envía oficio al grupo de análisis del evento] Step2 --> Step3[Oficio de reunión] Step3 --> End{{3}} </pre>		

Personal médico, paramédico, enfermería, administrativo y de servicio	Jefe de departamento, Subdirector de área y/o Jefe de servicio.	Grupo de análisis del evento	Dirección de área.
	 <pre> graph TD 1{{1}} --> A[Acuerda con Gestor de Calidad el grupo de análisis del evento] A --> B[Elabora y envía oficio al grupo de análisis del evento] B --> C[Oficio de reunión] C --> 3{{3}} </pre>		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	GESTORÍA DE CALIDAD		Hoja: 16 de 19
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	No aplica
6.2 Manual de Organización del Hospital regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	No aplica
6.3 Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos (DGPOP)	No aplica
6.4 Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, Estudio IBEAS, OPS 2007	No aplica
6.5 Bartolomé A, et al. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Revista Calidad Asistencial. 2005;20(4):228-34	No aplica

7.- REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Notificación de evento centinela, evento adverso y cuasifalla"	3 años	Jefe de departamento, Área de Calidad	No aplica

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Análisis de causa raíz:** Proceso para identificar la base o los factores causales subyacentes a la variación en el desempeño, incluso la incidencia de un evento centinela.

8.4 **Complicación:** Aquellos resultados adversos esperado de los procedimientos clínicos o quirúrgicos no relacionados con el manejo médico y que no se asocian con error de las personas o de los procesos.

8.5 **Cultura de Seguridad:** la cultura está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	GESTORÍA DE CALIDAD		Hoja: 17 de 19
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		

arraigados, que influyen en la forma de trabajar de las personas y de la organización en conjunto. Es una fuerza muy poderosa, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada al personal.

8.6 Notificación: acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento. En el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.

8.7 **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



9.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
No aplica	No aplica	No aplica

10.- ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato; Notificación de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.

10.2 Flujo del proceso.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	GESTORÍA DE CALIDAD		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AESP 7) (QPS.4)		Hoja: 18 de 19

10.1 Formato; Notificación de evento centinela, evento adverso y cuasifalla

10.2 Flujo del proceso

