



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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 1 de 30

1. Objetivo

Establecer un sistema que fortalezca la gestión relacionada con la investigación, notificación e identificación del riesgo y la seguridad de los pacientes, así como su prevención para contribuir al cambio de la cultura de seguridad para garantizar prácticas seguras en el proceso de atención al paciente y ofrecer un servicio de salud con altos estándares de calidad.

1.1. Objetivos específicos

- 1.1.1. Generar una cultura de notificación de cuasi fallas, eventos adversos, eventos centinela, cuasifallas y/o errores de medicación, que favorezca la implementación de barreras de seguridad en beneficio de los pacientes.
- 1.1.2. Orientar el desarrollo de prácticas seguras.
- 1.1.3. Fortalecer la atención centrada en el paciente y las interacciones del personal clínico y no clínico de la organización con el paciente y su familia en el escenario asistencial frente a la comunicación del riesgo y los eventos adversos.
- 1.1.4. Establecer un sistema interno de reporte y análisis de cuasifallas y/o errores de medicación, cuasi fallas, eventos adversos y eventos centinela.
- 1.1.5. Realizar un seguimiento de las intervenciones realizadas en el ámbito de la seguridad de la atención del paciente y su grado de efectividad.

2. Alcance

Aplica para todo el personal clínico y no clínico de la organización desde la admisión del paciente hasta el egreso del mismo.

3. Receptor del servicio

Todas las áreas clínicas y no clínicas y pacientes de la organización.

4. Responsable

Área de calidad

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MEDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA

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

**Departamento / Área:
Calidad CEMA**

**Vigente a partir de:
Octubre 2021**

**Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05**

Versión: 5.0

Página 2 de 30

5. Áreas Involucradas

AREA	RESPONSABLE	FIRMA
Administración	Gerente administrativo	
Admisión	Responsable de admisión	
Almacén	Responsable de almacén	
Archivo clínico	Responsable de archivo clínico	
Área medica	Coordinadora médica	
Atención al cliente	Responsable de atención al cliente	
Biomédica	Ingeniero biomédico	
Calidad	Director de calidad	
Cocina	Líder de comedor	
Dirección general	Directora general	
Dirección médica	Director médico	
Enfermería	Responsable de enfermería	
Imagenología	Responsable de imagenología	
Jefatura de enseñanza	Jefa de enseñanza	
Laboratorio	Responsable de laboratorio	
Nutrición	Coordinador de evaluaciones médicas	
Operaciones	Gerente de operaciones	
Promoción	Coordinador de promoción	
Psicología	Psicólogo	
Reclutamiento	Gerente de reclutamiento	
Recursos humanos	Gerente de recursos humanos	
Rehabilitación	Responsable de terapia física	
Seguridad	Gerente de seguridad	
Seguros	Responsable de seguros	
Tecnologías de la Información	Administrador de multimedios	

6. INTRODUCCIÓN

AESP.7 La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP), coloca a la notificación del evento como el principal medio por el que se identifican los eventos adversos, con el propósito de mejorar la atención otorgada a un paciente; identificar y corregir las fallas de los sistemas; prevenir la repetición de eventos;

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 3 de 30

ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad; y contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes.

Es necesario promover la seguridad del paciente y la gestión de riesgos como uno de los principios fundamentales de nuestro sistema organizacional con el fin de reducir el número de cuasifallas y errores de medicación, eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas derivados de la atención y su repercusión en la vida de los pacientes, por lo que la creación de un sistema de reporte de problemas de seguridad en la atención constituye una estrategia para aprender de los errores y evitar su ocurrencia en el contexto de mejora continua, a fin de tener evidencia sobre el impacto en la mejora de la calidad y seguridad en todos los procesos de atención.

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

La organización para desarrollar una cultura de calidad y seguridad creó un sistema de reporte y análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que le permitirá aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

El sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente incluye:

1. Las definiciones operativas de cuasifalla y errores de medicación, evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
2. Un mecanismo para su notificación.
3. Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
4. La consideración de la segunda víctima.
5. La gestión y la confidencialidad de la información.
6. La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
7. La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

7.1 DEFINICIONES OPERATIVAS DE EVENTO CENTINELA, EVENTO ADVERSO Y CUASIFALLA Y ERROR DE MEDICACIÓN.

EVENTO CENTINELA

Daño sufrido por el paciente como consecuencia del proceso de atención (aquel que causó la muerte del paciente o puso en grave riesgo la vida de éste o pérdida permanente y grave de una función), siempre y cuando la muerte o la pérdida de la función no estén relacionadas directamente a su padecimiento.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 4 de 30

EVENTO ADVERSO

Acción que causa daño o complicación involuntaria en el paciente independientemente del padecimiento y que puede prolongar su estancia hospitalaria (el error se presentó y tuvo consecuencias en el paciente).

CUASIFALLA / CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

Evento o acto inseguro y/o peligroso que puede producir un daño y que ha sido evitado por casualidad o intervención oportuna; sirven de aviso de la posibilidad que ocurra un evento adverso.

ERROR DE MEDICACIÓN

“Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor”. Es un acontecimiento evitable que ocurre durante el proceso de prescripción, preparación dispensación o administración de un medicamento, independientemente de si produce lesión o el potencial de lesión está presente.

7.2 MECANISMO PARA SU NOTIFICACIÓN.

- 1.- La notificación de cuasifallas y/o errores de medicación, cuasi fallas, eventos adversos y eventos centinela es de carácter voluntario y no implica un castigo.
- 2.- Los eventos identificados como cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas deberán notificarse mediante el formato ya establecido (CEMA-RG-FA-NMCEAC-09) (Anexo 1), mismo que deberá ser llenado y entregado al jefe inmediato de la siguiente manera: Las cuasi fallas y eventos adversos en un lapso no mayor a 24 horas, y los eventos centinela de forma inmediata.
- 3.- Los eventos identificados como cuasifallas y/o errores de medicación deberán notificarse mediante el formato ya establecido (CEMA-RG-FA-NMCEM-23) (Anexo 2), mismo que deberá ser llenado y entregado al jefe inmediato de la siguiente manera: Las cuasifallas y/o errores de medicación categoría G, H, I de forma inmediata y los de categoría A, B, C, D, E y F en un lapso no mayor a 24 horas.
- 4.- El líder que haya recibido la notificación, deberá realizar el informe y enviar el formato debidamente llenado de manera inmediata al área de calidad, y/o a los siguientes correos electrónicos: vicente.moreno@tuzos.com.mx y rosa.bejarano@ufd.mx.
- 5.- El área de calidad procederá a convocar la reunión correspondiente para llevar a cabo la atención del caso de la siguiente manera: en el caso de cuasi fallas y eventos adversos será en un lapso no mayor a 36 horas y

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 5 de 30

para los eventos centinela (causa de muerte o invalidez permanente) la atención deberá ser en un plazo no mayor a 24 hrs.

6.- El área de calidad procederá a convocar la reunión correspondiente para llevar a cabo la atención del caso de la siguiente manera: en el caso de cuasifallas y/o errores de medicación categoría G, H, I en un lapso no mayor a 24 horas y la categoría A, B, C, D, E y F en un lapso no mayor a 36 horas.

7.- El análisis de las cuasifallas y/o errores de medicación, cuasi fallas, eventos adversos y eventos centinela también permitirá a la organización implementar acciones para la prevención y la seguridad de los pacientes.

7.3 PROCESO DEFINIDO PARA EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ PARA EVENTOS CENTINELA ASÍ COMO EL ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS PARA EVENTOS ADVERSOS Y CUASIFALLAS.

Como una estrategia para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, se desarrolla a partir del involucramiento y participación activa del personal clínico y no clínico con capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios.

Área de calidad

7.3.1 Es responsable de dirigir y evaluar la notificación, seguimiento y resiliencia del proceso en conjunto con el comité CEMA.

Conformación del comité CEMA

Administración
Coordinación Médica
Calidad
Personal de las áreas relacionadas al evento notificado

Para la atención a las notificaciones por cuasifallas y/o error de medicación se considerará como parte del Comité CEMA al área de almacén.

Equipo multidisciplinario

Conformado por personal de las áreas relacionadas al evento notificado.

7.3.2 Los integrantes deberán realizar siete pasos para el Análisis causa raíz:

- 1) Identificar el incidente por investigar.
- 2) Recopilar información del incidente con daño.
- 3) Elaborar mapa de los hechos.
- 4) Analizar la información.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 6 de 30

- 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 a todo el personal de la organización, entregando informe final al COCASEP.

7.3.3 Para realizar el Análisis Causa Raíz se requiere de:

- a) Personal que conozca el Análisis Causa Raíz (ACR).
- b) Disponer de los recursos para realizar el análisis.
- c) Acceso a la información requerida.
- d) Persona confiable, que resguarde los resultados obtenidos del Análisis Causa Raíz.
- e) Apoyo de los directivos de la organización para realizar las acciones de mejora que resulte del análisis.
- f) Realizar una reunión informativa de los resultados del análisis a todo personal involucrado en el incidente.

Personal CEMA

7.3.4 Deberá notificar todo evento centinela que se presente, en el preciso momento en que se suscite al área de calidad, conforme al procedimiento establecido.

Área de calidad

7.3.5 Deberá de conformar en un máximo de siete días hábiles, a partir de la notificación del evento centinela, al equipo multidisciplinario para realizar el Análisis Causa Raíz.

Equipo multidisciplinario

7.3.6 Deberá de elaborar máximo en treinta días hábiles, a partir de la notificación del evento centinela, la solución al Análisis Causa Raíz detectado, presentando la solución analizada en las sesiones extraordinarias del COCASEP.

Área de calidad

7.3.7 Llevará el registro de notificaciones y manejo de cuasifallas, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-CA-NMEC-09) (Anexo 3) que se alimenta de la información de las notificaciones generadas de las diferentes áreas y servicios de la organización reportadas a través del formato de notificación y manejo de cuasifalla, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-FA-NMCEAC-09) (Anexo).

7.3.8 Deberá realizar un análisis de manera mensual ante el comité de COCASEP para el análisis de la moda y frecuencia de los eventos relacionados con la seguridad del paciente para generar líneas de acción en la mejora para la prevención de riesgos. A través de un informe de indicador mensual.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		

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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 7 de 30

7.4 SIETE PASOS PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

COCASEP

7.4.1 Revisará la información del registro de notificaciones y manejo de cuasifallas, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-CA-NMEC-09), e información de indicadores hospitalarios, es importante se encuentren las áreas relacionadas con los incidentes presentados.

7.4.2 Determinará el incidente que deberá investigarse a través del Análisis Causa-Raíz.

7.4.3 Apoyará las acciones y/o actividades que realice el comité.

Equipo multidisciplinario

Realizan los siete pasos para el Análisis Causa Raíz:

Paso 1. Identificar el incidente por investigar.

Definir el problema de manera clara y concisa.

Describir qué es lo que se hizo de manera incorrecta.

Se focaliza en el resultado y no en sus causas.

El problema se define brevemente, en una oración, por ejemplo: “Fallecimiento de un recién nacido por una posible sobredosis de potasio”.

Niveles de gravedad del daño

Nivel de Daño/ Lesión	Descripción
Leve	Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiera una observación adicional o tratamiento menor y que causó un daño mínimo a uno o más pacientes.
Grave	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo pero permanente a uno o más pacientes.
Muy grave	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes. También se considera como una falta muy grave la reincidencia de una falta grave.

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MEDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 8 de 30

Paso No. 2 Recopilar información del incidente con daño

La tarea central en este paso es la búsqueda de información que permita comprender, de manera clara y objetiva, lo sucedido.

En esta etapa el objetivo es realizar una descripción exhaustiva y objetiva de lo sucedido.

Tipos de evidencia:

Entrevista.

Evidencia física.

Visitas al sitio donde ocurrió el incidente.

Documentación.

Entrevista

Constituye un método clave para la recolección de información sobre lo sucedido. Con los testimonios de las personas relacionadas directa e indirectamente con el evento, el equipo puede comprender qué fue lo que sucedió y también por qué sucedió.

a. Las preguntas propuestas son:

- ¿Qué cree que ocurrió?
- ¿En qué se basó para tomar su decisión?
- ¿Cuál era su objetivo en ese momento?
- ¿Qué ocurrió entonces?

La Evidencia Física

Potencialmente vinculada al incidente con daño, es un elemento esencial para identificar las fallas del proceso. Son relevantes todas las muestras de laboratorio, documentos, equipo utilizado para la atención, entre otros.

Visitas al sitio donde ocurrió el incidente

Se refiere a la visita del comité al lugar en el que ocurrió el incidente. Es una actividad efectiva, ya que establece una interacción directa con el personal y los pacientes.

Documentación

Este tipo de evidencia incluye todo el material en papel o digital potencialmente relacionado con el incidente.

Considerar los siguientes tipos:

- Documentos vinculados con los datos del paciente que sufrió el incidente con daño: historia clínica,

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 9 de 30

órdenes o prescripciones médicas, 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, reglamentos del servicio o de la organización.
- Documentos vinculados al recurso humano: resultados de la evaluación del desempeño profesional o de la evaluación de competencias; calificación del personal.
- Documentos vinculados al proceso de atención: estadísticas del servicio sobre los procesos de atención o resultados vinculados al evento que se analiza.
- Documentos vinculados al mantenimiento de los equipos: manuales de funcionamiento del equipo; protocolos de trabajo para los responsables de mantenimiento; documentos de verificación de la realización de los controles y mantenimiento de los equipos.

Expediente clínico como herramienta para identificar incidentes

Existen diversas metodologías que permiten detectar el subregistro de eventos adversos, a partir de “indicios”, que son señales que indican los daños causados a los pacientes, por la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención. Una metodología es la “herramienta indicio” (trigger tool), que ha demostrado ser efectiva y confiable para detectar un indicio de evento adverso en los registros del expediente clínico.

Derivado del Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (estudio IBEAS), realizado en 2007, se sugiere realizar la búsqueda intencionada de indicios de daños al paciente en el expediente clínico, mediante la aplicación del instrumento de tamizaje, cotejando en el expediente clínico y en el instrumento de recolección de información, la situación de alerta relacionada con la posible ocurrencia de un evento adverso.

Toda evidencia física debe ser adecuadamente rotulada, para poder analizarla luego y permita identificar las causas-raíz del incidente. Deben registrarse datos como: fuente, localización, fecha, hora y responsable de la obtención de la evidencia. Los profesionales a cargo del comité deben tener un lugar destinado a guardar organizadamente este tipo de evidencia. En caso de que el evento se deba al incorrecto funcionamiento de un equipo, éste debe ser señalado y prohibirse su uso hasta tanto se logre aclarar el incidente.

Paso 3. Elaborar el mapa de los hechos.

Se realiza una descripción detallada del incidente, incluyendo cuándo, dónde y cómo sucedió. A su vez, en esta etapa, el comité debe transformar ese relato narrativo del incidente en una representación gráfica del proceso de atención que precedió el evento.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 10 de 30

La descripción del evento con daño debe incluir:

Una breve descripción de lo sucedido.

Descripción 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.

Algunas de las herramientas utilizadas para representar gráficamente el proceso de atención y comprender mejor qué ocurrió, son el diagrama de flujo y la línea de tiempo, que dan respuesta a las preguntas ¿Cuáles fueron los pasos en el proceso? y ¿Qué pasó realmente?

Estas herramientas facilitan la comprensión de las relaciones causales y las cadenas de error entre factores que estuvieron involucrados o que contribuyeron para que ocurra el evento.

Herramientas de apoyo.

Instrumento para el reporte de eventos adversos.

Cronología Narrativa.

Línea del tiempo.

Preguntas ¿Por qué? en cascada.

Paso 4. Analizar la información.

Diagrama de Ishikawa

Presentar el diagrama para la revisión de la información del evento adverso en la sesión del COCASEP.

Paso 5. Categorizar las causas y analizar las barreras.

Se identificarán las protecciones o barreras que fallaron para que se haya producido el incidente.

Existen distintos tipos de barreras: físicas, naturales, humanas y administrativas, principalmente.

Para el análisis de las barreras se debe hacer un listado de todas las que actuaron o podrían haber actuado en la prevención de la falla y luego, se debe analizar el desempeño de cada barrera durante el incidente. Para eso, el comité puede intentar responder estas preguntas:

¿Qué estrategias o barreras propusimos e implementamos?

¿Qué sucedió, qué mejoró y qué no?

¿Por qué se repitió la falla?

En este punto, con la información recabada, el comité identificará la causa que originó el evento centinela.

Tipos de causas: proximales, subyacentes y de raíz.

Causas proximales

A partir de la descripción del problema el comité se pregunta repetidamente ¿por qué? La respuesta al primer

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 11 de 30

¿por qué? permite identificar la causa próxima al incidente: es decir, la inmediata que explica el evento, y que involucra aquellos factores cercanos a su origen. 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 pacientes/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, mobiliario.
- **Gestión de la información:** comunicación.
- **Liderazgo:** cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- **Supervisión inadecuada.**

Causas-raíz

Son las causas fundamentales por las que falló el proceso. Puede tratarse de una única causa, sin embargo, pueden ser varias que interactúan y generan una condición propicia, o condiciones latentes, para que ocurra el evento centinela.

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

Una vez que se han identificado las causas que ocasionaron el evento centinela, se deberán desarrollar las estrategias de mejora y plasmarlas en un plan de acción, para prevenir y/o reducir la ocurrencia de eventos centinelas derivados de la atención médica.

El comité debe trabajar en conjunto para desarrollar una lista de posibles acciones de mejora destinadas a crear barreras del sistema cuando éstas no existan, o a corregir y fortalecer aquellas que no funcionaron adecuadamente.

Recomendaciones:

- Cuando la causa-raíz sea una duplicación o sea debida a la complejidad ocasionada por actividades que

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 12 de 30

ocurren simultáneamente, la acción de mejora debe ser dirigida a simplificar y reducir el número de actividades, o mejorar las comunicaciones.

- Cuando se abordan causas-raíz relacionadas con actividades que no son rutinariamente realizadas o son desconocidas por el personal clínico, debe considerarse la opinión de otros profesionales capacitados o familiarizados con ese tipo de actividades.

Cada una de las opciones generadas es afectada por diversos factores, tales como el costo de su implementación, su complejidad y el tiempo requerido para ponerla en funcionamiento, la naturaleza de la causa y cómo se relaciona con otras causas raíz (interacción de los factores), entre otros aspectos.

El comité debe seleccionar una estrategia priorizando aquella que considere que eliminará la causa-raíz encontrada.

Dos preguntas pueden ayudar al equipo a sintetizar el potencial de cada acción de mejora propuesta:

1. ¿Qué resultará de implementar esta acción?
2. ¿Cuál sería el resultado de no implementar esta acción?

Herramientas asociadas a esta etapa

- Lluvia de ideas (descrita previamente).
- Flujograma.
- Cronograma de actividades.

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

El informe final debe escribirse en forma concreta y fácil de leer, para que todo el personal de la organización conozca el resultado de la investigación del incidente (considerando el anonimato de los actores), así como los detalles del plan de acción que será implementado para reducir y evitar la ocurrencia de eventos centinelas. Este informe es elaborado por los integrantes del comité.

7.5 LA CONSIDERACIÓN DE LA SEGUNDA VÍCTIMA

La organización realiza la consideración de la segunda víctima a través de un análisis multidisciplinario por medio del comité, en donde se realiza una autopsia verbal (entrevista para el relato de los hechos) al personal relacionado con el evento notificado.

Una vez analizadas las evidencias del evento notificado y teniendo el resultado de la autopsia verbal, el comité, procede a determinar las acciones que se aplicarán al personal relacionado con el evento notificado.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA

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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 13 de 30

La organización estableció las siguientes definiciones y acciones para los tipos de daños/lesiones presentados:

LESIONES LEVE

Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiera una observación adicional o tratamiento menor y que causó un daño mínimo a uno o más pacientes.

LESIONES GRAVES

Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo pero permanente a uno o más pacientes.

LESIONES MUY GRAVES

Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes. También se considera como una falta muy grave la reincidencia de una falta grave.

TIPO DE DAÑO	TIPO DE ACCIONES
<u>LEVE</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamados de atención verbales por el responsable de área. 2. Levantamiento de incidencia. 3. Llamada de atención al personal involucrado y firma de acuerdos. 4. Corrección inmediata de la falta. 5. Capacitación referente al proceso donde se presentó el evento.
<u>GRAVE</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si al periodo de 30 días el personal reincide 3 veces en una falta leve, se considerará como grave ésta. 2. Se canalizará al comité responsable del análisis de eventos notificados. 3. Se emite dictamen correspondiente por el comité. 4. Se firma una carta compromiso. 5. Capacitación referente al proceso donde se presentó el evento.
<u>MUY GRAVE</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se canalizará al comité responsable del análisis de eventos notificados. 2. Se emite dictamen correspondiente por el comité. 3. Personal responsable firma una carta condicionante o; 4. Se firma baja definitiva con el personal responsable en el área de recursos humanos en caso de que proceda.

En cualquiera de los casos presentados el comité, determinará las acciones que mejor convenga para cada uno de los involucrados.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 14 de 30

7.6 LA GESTIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

7.6.1 Se debe preservar la información, documentación o materiales empleados en la atención del paciente que sufrió un daño. El comité debe comunicar al personal involucrado la importancia de garantizar y preservar toda información o documentación relacionada con la atención del paciente que sufrió el evento, por ejemplo, muestras biológicas, medicamentos, equipo utilizado, registros del paciente, historia clínica, entre otros. En el caso de los errores de medicación, deben preservarse las jeringas o ampollas empleadas, que habitualmente son descartadas por procedimientos de rutina, pero deben extremarse las medidas para evitar que ese tipo de material se pierda.

7.6.2 La información generada del proceso de notificación y del análisis de causa raíz es confidencial, únicamente el comité tendrá acceso a ella para el proceso de análisis.

7.6.3 Toda la información generada del proceso de notificación y análisis de causa raíz quedará bajo el resguardo del área de calidad, para la disponibilidad a la petición de la Dirección General.

7.7 LA TOMA DE DECISIONES CORRESPONDIENTES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA

Comité

7.7.1 Procederá a analizar toda la información generada del incidente reportado, en conjunto con las evidencias mostradas, se realizará protocolo de análisis y se procederá a dar conclusiones del tema, proponiendo acciones de mejora en las áreas que aplique, así como las acciones a seguir con el personal involucrado y la atención al paciente.

7.8 LA RETROALIMENTACIÓN PERIODICA A LOS DIRECTIVOS, RESPONSABLES DE ÁREAS Y PERSONAL INVOLUCRADO

COCASEP

7.8.1 Presentará de manera mensual el reporte de incidentes presentados en el periodo, así como las acciones de mejora propuestas en atención al tema.

7.8.2 Documentará todos los análisis causa raíz de los eventos centinelas presentados en la organización.

7.8.3 Es responsabilidad del líder de área la notificación de las acciones de mejora a su personal a cargo.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		

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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 15 de 30

7.9 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CAUSA - RAIZ

NO. ACT.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS O ANEXO
1	Áreas de servicios	Identifican y notifican el evento centinela	Formato de notificación y manejo de cuasifalla, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-FA-NMCEAC-09)
2	Área de calidad	Define el comité CEMA que atenderá y analizará el incidente presentado.	Comité CEMA.
3	Área de calidad	Convoca a reunión ordinaria o extraordinaria según aplique al Comité CEMA.	Minuta de acuerdos de reunión.
4	Comité	Realiza resumen de lo ocurrido, focalizado en los resultados.	Formato de notificación, evidencias presentadas.
5	Comité	Clasifica las causas que provocan el evento centinela y analiza las barreras de seguridad mediante: a) Análisis de barreras b) Diferenciación de causa-raíz y causa contribuyente (con el apoyo de herramienta de los 5 ¿Por qué?	Análisis de barreras.
6	Comité	Elabora estrategias de mejora y plan de acción para disminuir los riesgos que provoca el incidente de salud.	Cronograma de actividades a realizar para disminuir los riesgos que

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MEDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 16 de 30

		provocan un incidente de salud.
7	Comité	Realiza el informe final de los hallazgos encontrados en la investigación ante el COCASEP. Informe final del análisis causa-raíz.
Termina procedimiento		

8. DEFINICIÓN OPERATIVA DE EVENTO CENTINELA (QPS.4.1)

EVENTO CENTINELA

Daño sufrido por el paciente, como consecuencia del proceso de atención (aquel que causó la muerte de paciente o puso en grave riesgo la vida de éste o pérdida permanente y grave de una función), siempre y cuando la muerte o la pérdida de la función no estén relacionadas directamente a su padecimiento.

La organización estableció las siguientes definiciones operativas para eventos centinelas que incluye:

- 1.-Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- 2.-Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- 3.-Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- 4.-Muerte materna. (Emergencia obstétrica)
- 5.-Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión.
- 6.- Suicidio
- 7.- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- 8.-Trauma al nacimiento.
- 9.-Lesión vaginal durante el parto.
- 10.-Maltrato físico o psicológico hacia cualquier paciente que corresponda a la definición de evento centinela.
- 11.-Extravío y/o robo de infante.
- 12.-Retención de material o instrumentación en quirófano.
- 13.-Quemadura de segundo y tercer grado como consecuencia de un mal uso de medios físicos utilizados en terapia física (electroterapia, compresas húmedo-calientes, crioterapia)
- 14.-Arritmia cardíaca al utilizar electroterapia en pacientes portadores de marcapasos.
- 15.-Afección y/o retraso en el proceso de recuperación y/o consolidación por no respetar indicaciones médicas.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 17 de 30

- 16.-Fracturas o lesiones graves por caídas de pacientes.
- 17.-Administración de electrolitos concentrados sin diluir.
- 18.-Otorgar un alimento al cual el paciente es alérgico o intolerante.
- 19.-Otorgar dieta a paciente previo a ingresar a un procedimiento quirúrgico.
- 20.-Otorgar dieta a paciente post quirúrgico con indicación de ayuno.
- 21.-Toma de estudio de rayos x a paciente embarazada.
- 22.-Realización de resonancia magnética a paciente que cuenta con marcapaso y/o aparato auditivo.
- 23.-Ingreso de equipo de metal al área de resonancia magnética durante la realización de un estudio.
- 24.-Fuga de paciente.

8.1. Cuando se presente un evento centinela en la organización se deberá realizar el análisis causa raíz, desarrollado en los puntos del presente manual: 7.3 proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, 7.4 siete pasos para el análisis causa raíz.

8.2. La atención para los eventos centinela (causa de muerte o invalidez permanente) deberá ser en un plazo no mayor a 24 hrs y el análisis de la causa raíz no deberá exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.

8.3. Una vez llevado a cabo el análisis del evento se deberán implementar acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.

9. DEFINICIÓN OPERATIVA DE EVENTO ADVERSO (QPS.4.2)

EVENTO ADVERSO

Acción que causa daño o complicación involuntaria en el paciente independientemente del padecimiento y que puede prolongar su estancia hospitalaria (el error se presentó y tuvo consecuencias en el paciente).

La organización estableció la siguiente definición operativa para evento adverso que incluye:

- 1.-Error en la realización de un procedimiento/cirugía (que no cumple con el criterio de evento centinela). (procedimiento incorrecto, paciente incorrecto, sitio incorrecto)
- 2.-Flebitis en cualquier catéter.
- 3.-Úlcera por decúbito.
- 4.-Error en la Identificación de paciente (nombre o fecha de nacimiento) en cualquier formato u omisión del mismo.
- 5.-Omisión de la identificación de recién nacidos al momento.
- 6.-Falla de equipo biomédico durante su uso.
- 7.-Error en el manejo de medicamentos (prescripción, transcripción, preparación, administración).

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 18 de 30

- 8.-Se encuentra almacenado equipo reesterilizado caduco.
- 9.-Paciente con riesgo de caídas sin medidas de protección ambiental.
- 10.-Derrame de líquidos/sustancias corporales (por ejemplo; sangre).
- 11.-Error u omisión en el consentimiento informado.
- 12.-Falta o inadecuada técnica en lavado de manos.
- 13.-Retraso en el tratamiento del paciente.
- 14.-Infección asociada a la atención en salud.
- 15.-Uso de equipo reesterilizado con defectos que NO ocasiona daños en el paciente.
- 16.-Uso de equipo reesterilizado con defectos que SÍ ocasiona daños en el paciente.
- 17.-Reacción adversa relacionada a la sedación o anestesia.
- 18.-Reacción adversa a medicamentos.
- 19.-Discrepancias importantes de los diagnósticos pre y post operatorio.
- 20.-Quemadura de primer grado como consecuencia de un mal uso de medios físicos utilizados en terapia física (electroterapia, compresas húmedo-calientes, crioterapia)
- 21.-Lesiones por error en técnica de punción.
- 22.-Traspapelar (intercalar) notas medicas entre pacientes.
- 23.-Pérdida de expediente clínico.
- 24.-Expediente incompleto (falta de notas y/o registros).
- 25.-Dotación de dieta a paciente incorrecto.
- 26.-Dotación de alimentos que no cumple las condiciones organolépticas.
- 27.-Entrega de indicaciones y/o recetas médicas erróneas.
- 28.-Falta de señalética durante acciones limpieza, lavado de pisos, construcción, desinfección entre otros.
- 29.-Entrega de resultados incorrectos en servicios auxiliares de diagnóstico.
- 30.-Error u omisión en la administración de medicamentos.
- 31.-Paciente no presenta ayuno requerido previo a procedimiento quirúrgico.

10. DEFINICIÓN OPERATIVA DE CUASIFALLA (QPS.4.3)

CUASIFALLA

Evento o acto inseguro y/o peligroso que puede producir un daño y que ha sido evitado por casualidad o intervención oportuna; sirven de aviso de la posibilidad que ocurra un evento adverso.

La organización estableció la siguiente definición operativa para cuasifalla que incluye:

- 1.-Error en un procedimiento/cirugía que se detecta previo a iniciar dicho procedimiento
- 2.-Técnica inadecuada en el uso y cuidado de catéter.
- 3.-Error u omisión de técnicas para la prevención de úlceras por decúbito, que aún no ha ocasionado una

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 19 de 30

úlceras por decúbito.

- 4.-Error en la Identificación de paciente (registro de datos en los formatos, preguntar al paciente, revisar brazalete, etc.) que se detecta previo o durante el proceso con el paciente.
- 5.-Omisión en la identificación de recién nacido, que se detecta antes de salir de la sala de atención del parto/cesárea.
- 6.-Omisión de cualquier paso de la comunicación efectiva detectada durante el proceso de atención de paciente.
- 7.- Se encuentra almacenado equipo reesterilizado con defectos/problemas.
- 8.- Se dispone de manera incorrecta de los RPBI.
- 9.-Falla de equipo médico detectada previo a una cirugía programada.
- 10.- Falta de confirmación de datos del paciente al momento del ingreso hospitalario (verificación de citas y/o servicios activos del paciente).
- 11.- Registros erróneos en expedientes duplicados.
- 12.- Datos sobre escritos en expediente activo de otro paciente.

Las cuasifallas se notifican y analizan con base en el procedimiento descrito en el presente manual que es como lo ha definido la organización.

Para los eventos identificados y notificados se procede a realizar un análisis de patrones y tendencias por cada tipo de notificación recibida, dicho análisis se realiza de manera mensual y se presentan las acciones de mejora implementadas durante la sesión del COCASEP, así mismo se analizan dos veces por año cada 5 meses en los periodos establecidos por la organización de diciembre 2018 a abril 2019 y de mayo 2019 a septiembre 2019, dichos registros se encuentran plasmados en la memoria anual 2019 del COCASEP (CEMA-DO-MCOCASEP-02) la cual se realiza con base en el desarrollo del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

11. DEFINICIÓN OPERATIVAS DE CUASIFALLAS Y/O ERRORES DE MEDICACIÓN

ERRORES DE MEDICACIÓN

“Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor”. Es un acontecimiento evitable que ocurre durante el proceso de prescripción, preparación, dispensación o administración de un medicamento, independientemente de si produce lesión o el potencial de lesión está presente.

La organización estableció la siguiente definición operativa para cuasifallas y/o errores de medicación que

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 20 de 30

incluye:

- 1.- Medicamento erróneo.
 - 1.1 Medicamento no indicado/apropiado para el diagnóstico.
 - 1.2 Alergia previa o evento adverso similar.
 - 1.3 Medicamento inapropiado para el paciente por edad, situación clínica, etc.
 - 1.4 Medicamento contraindicado.
 - 1.5 Duplicidad terapéutica.
 - 1.6 Medicamento innecesario.
 - 1.7 Interacción medicamento-medicamento.
 - 1.8 Interacción medicamento-alimento.
 - 1.9 Transcripción/administración/dispensación de un medicamento diferente al prescrito.
- 2.- Omisión de dosis o de medicamento (excluye aquellos casos en que el paciente rehúsa voluntariamente tomar la medicación):
- 3.- Dosis incorrecta.
- 4.- Frecuencia de administración errónea.
- 5.- Error de preparación/manipulación/acondicionamiento.
- 6.- Técnica de administración incorrecta.
- 7.- Vía de administración errónea.
- 8.- Velocidad de administración errónea.
- 9.- Volumen de dilución y/o diluyente incorrecto.
- 10.- Falta de registro de los horarios de administración.
- 11.- Hora de administración incorrecta.
- 12.- Paciente equivocado.
- 13.- Duración del tratamiento incorrecta.
- 14.- Monitorización insuficiente del tratamiento.
- 15.- Medicamento deteriorado/caduco.
- 16.- Falta de cumplimiento por el paciente.
- 17.- Falta de intervalos y/o duración del tratamiento.
- 18.- Dispensación de medicamento incorrecto.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		

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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 21 de 30

12. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CENTINELAS, EVENTOS ADVERSOS Y CUASIFALLAS

<u>No. Act.</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>DOCUMENTOS O ANEXO</u>
1	<u>Personal clínico y no clínico</u>	Detectan y notifican el incidente de salud reportándolo a su jefe inmediato.	
2	Profesionales de la salud	Llenan el formato correspondiente.	Formato de notificación y manejo de cuasifalla, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-FA-NMCEAC-09).
3	Área de calidad	Registra en la base de datos dependiendo si es: Cuasifalla Evento adverso Evento centinela	Registro de notificaciones y manejo de cuasifallas, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-CA-NMEC-09).
4	Profesionales de la salud	¿ES EVENTO CENTINELA? SI: Notifica de forma verbal o por medio del formato de notificación a su jefe inmediato y al área de calidad. NO: Procede a llenar formato de notificación y entregarlo al jefe inmediato. ¿ES CUASIFALLA? SI: Procede a llenar formato de notificación y entregarlo al jefe inmediato.	Formato de notificación y manejo de cuasifalla, evento adverso y evento centinela (CEMA-RG-FA-NMCEAC-09).

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MEDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA

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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 22 de 30

		¿ES EVENTO ADVERSO? SI: Procede a llenar formato de notificación y entregarlo al jefe inmediato.	
5	Líderes de área	Entregan formato de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente al área de calidad y/o envió a los correos electrónicos: vicente.moreno@tuzos.com.mx y rosa.bejarano@ufd.mx.	Notificaciones.
6	Área de calidad	EVENTOS CENTINELA Convoca a reunión extraordinaria en un plazo no mayor a 24 hrs al comité CEMA. Se procede a realizar el análisis causa raíz del incidente de salud presentado. EVENTOS ADVERSOS, CUASIFALLAS Convoca a reunión ordinaria en un lapso no mayor a 36 horas al comité CEMA.	Minuta de acuerdos. Minuta de acuerdos.
7	Área de calidad	Notifica al comité de COCASEP los resultados del análisis de las reuniones.	Reportes mensuales de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
8	COCASEP	Define las acciones de mejora que se notificaron.	Documentado en las minutas.
9	Área de calidad	Supervisa y evalúa la asignación de las acciones	Minuta con las acciones.

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA



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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 23 de 30

		preventivas y/o correctivas para los eventos centinela.	
10	Área de calidad Comité CEMA	Realiza un análisis de manera mensual analizando la frecuencia y la moda de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, recurrentes en caso de cuasifallas y eventos adversos.	Informe mensual. indicador
TERMINA PROCEDIMIENTO			

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		

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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 24 de 30

13. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE CUASIFALLAS Y/O ERRORES DE MEDICACIÓN

<u>No. Act.</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>DOCUMENTOS O ANEXO</u>
1	Profesionales de la salud	Detectan y notifican el incidente de salud reportándolo a su jefe inmediato.	
2	Profesionales de la salud	Llenan el formato correspondiente.	Formato de notificación y manejo de cuasifallas y errores de medicación (CEMA-RG-FA-NMCEM-23).
3	Área de calidad	Registra en la base de datos dependiendo si es: Cuasifalla de medicación Error de medicación	Registro de notificaciones y manejo de cuasifallas, evento adverso, evento centinela, cuasifalla y/o error de medicación (CEMA-RG-CA-NMEC-09).
4	Profesionales de la salud	¿ES CATEGORIA G, H, I? SI: Notifica de forma verbal de manera inmediata y posterior por medio del formato de notificación a su jefe inmediato y al área de calidad. ¿ES CATEGORÍA A, B, C, D, E y F? SI: Procede a llenar formato de notificación y entregarlo al jefe inmediato en un lapso no mayor a 24 horas.	Formato de notificación y manejo de cuasifallas y errores de medicación (CEMA-RG-FA-NMCEM-23).
5	Líderes de área	Entregan formato de notificación de eventos relacionados con la seguridad	Notificaciones.

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MEDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA

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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 25 de 30

		del paciente al área de calidad y/o envió a los correos electrónicos: vicente.moreno@tuzos.com.mx y rosa.bejarano@ufd.mx.	
6	Área de calidad	CATEGORIAS A,B,C,D,E y F Convoca a reunión en un plazo no mayor a 36 hrs al comité CEMA. CATEGORÍAS G, H, I Convoca a reunión ordinaria en un lapso no mayor a 24 horas al comité CEMA.	Minuta de acuerdos. Minuta de acuerdos.
7	Área de calidad	Notifica al comité de COCASEP los resultados del análisis de las reuniones.	Reportes mensuales de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.
8	Comité de COCASEP	Define las acciones de mejora que se notificaron.	Documentado en las minutas.
9	Área de calidad	Supervisa y evalúa la asignación de las acciones preventivas y/o correctivas para los errores de medicación.	Minuta con las acciones.
10	Área de calidad Comité CEMA	Realiza un análisis de manera mensual analizando la frecuencia y la moda de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, recurrentes en caso de cuasifallas y errores de medicación.	Informe indicador mensual.
TERMINA PROCEDIMIENTO			

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.		

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

Departamento / Área: Calidad CEMA	Vigente a partir de: Octubre 2021	Clave: CEMA-PR-CA-SNE-05
	Versión: 5.0	Página 29 de 30

3.- Detecta y notifica el incidente de salud reportándolo a su jefe inmediato.



4.- A través de un análisis multidisciplinario se analiza el evento y se atiende en el tiempo definido para cada tipo de evento.



5.- Se implementan acciones de mejora en los procesos de la organización. El líder del área socializa las mejoras con su personal.

16. Resultado deseado / Entregables

Mantener el registro de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, notificados en la organización. Establecer y ejercer correctamente el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

17. Indicador (es)

No.	TIPO	NOMBRE	ALGORITMO	OBJETIVO	FRECUENCIA DE REVISIÓN
1	PROCESO (AESP.7)	Porcentaje de personal operativo (no directores ni líderes de área) que realiza notificaciones de eventos relacionados con la	$\frac{\text{Número de eventos notificados que se apegan al proceso}}{\text{Número de eventos evaluados en el periodo}} \times 100$	100% de notificaciones que se apegan al proceso	Mensual

Elaboró	Revisó	Autorizo y Libero
<u>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ</u> COORDINADORA DE CALIDAD	<u>DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL</u> DIRECTOR MEDICO DE CEMA	<u>DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS</u> DIRECTORA GENERAL DE CEMA

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

Departamento / Área:
Calidad CEMA

Vigente a partir de:
Octubre 2021

Clave:
CEMA-PR-CA-SNE-05

Versión: 5.0

Página 30 de 30

		seguridad del paciente			
2	RESULTADO (AESP.7)	Número de notificaciones de cuasifallas, eventos adversos, eventos centinela, cuasifallas y errores de medicación	Número de notificaciones recibidas en el mes.	La cultura de notificación del personal de la organización.	Mensual
3	RESULTADO (MISP.1)	Notificaciones de errores en la identificación del paciente en algún servicio de la organización.	Número de notificaciones recibidas por incorrecta identificación del paciente	100% de pacientes identificados correctamente	Mensual
4	RESULTADO (MMU.8.1)	Número de errores de medicación relacionados a la preparación y administración de medicamentos notificados.	Número de notificaciones de errores de medicación relacionadas con la preparación y administración de medicamentos recibidas durante el mes.	100% de procedimientos correctos	Mensual

Elaboró

Revisó

Autorizo y Libero

LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ
COORDINADORA DE CALIDAD

DR. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR MÉDICO DE CEMA

DRA. GABRIELA MURGUÍA CÁNOVAS
DIRECTORA GENERAL DE CEMA