

INFORME INDICADOR DE RESULTADO MISP.6 RIESGO DE CAÍDAS

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Departamento / Área: Calidad | Vigente a partir de: Julio 2020 | Clave: CEMA-RG-CA-II-13 |
| | Versión: 3.0 | Página 1 de 5 |

1. Ficha indicador

| CONCEPTO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------|--|
| INDICADOR DE RESULTADO | |
| 1. Estándar | ¿A qué estándar pertenece el indicador? MISP 6 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS. |
| 2. Problema detectado | ¿Qué problema existe en relación al servicio involucrado? (palabras clave recursos, procesos, quejas, errores, falta de información, equipo médico, personal del área, etc.) FALTA DE APEGO DE LOS PACIENTES A LAS BARRERAS IMPLEMENTADAS EN LA ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. |
| 3. Nombre del indicador | Nombre clave y representativo de lo que queremos medir. Que empiece con cualquiera de las siguientes palabras: número de.... Porcentaje de....tasa de..... NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN CAÍDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. |
| 4. Algoritmo | Indicar la fórmula matemática que se empleara para medir el indicador, ejemplo: NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN CAÍDAS |
| 5. Descripción (¿Qué nos dice?) | ¿Qué nos dice el indicador?, explicar con palabras sencillas y fáciles de comprender lo que se obtiene con el indicador. Escribe sin abreviaturas y sin palabras técnicas. LA FALTA DE APEGO DE LOS PACIENTES A LAS BARRERAS IMPLEMENTADAS EN LA ORGANIZACIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAÍDAS. |
| 6. Objetivo | ¿Qué se pretende con este indicador? FORTALECER LA EDUCACIÓN AL PACIENTE REFERENTE A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 0% DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN |
| 7. Alcance | ¿Quiénes están involucrados con el proceso que se está evaluando? |

| | |
|--|--|
| Elaboró | Validó |
| L.A. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD | MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD |

INFORME INDICADOR DE RESULTADO MISP.6 RIESGO DE CAÍDAS

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Departamento / Área: Calidad | Vigente a partir de: Julio 2020 | Clave: CEMA-RG-CA-II-13 |
| | Versión: 3.0 | Página 2 de 5 |

| | |
|----------------------------------|---|
| | ENFERMERIA ¿Qué áreas del hospital están involucradas? ENFERMERIA ¿Los pacientes y familiares están involucrados? SI |
| 8. Proceso (método) de obtención | Indicar los pasos a seguir para. a) Medir el indicador: RESPONSABLE DE ENFERMERIA, NOTIFICACIÓN DE CAÍDA, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, MENSUAL. b) Recolectar los datos: RESPONSABLE DE ENFERMERIA, NOTIFICACIÓN DE CAÍDA, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, MENSUAL. c) Analizar la información obtenida: COCASEP, INFORME INDICADOR, REUNION MENSUAL. Para cada uno de estos puntos piensa en lo siguiente: quién, cómo, dónde y cuándo. |
| 9. Frecuencia de revisión | Definir cada cuando se estará revisando el indicador para evaluar las áreas de oportunidad y tomar acciones de mejora (diario, semanal o mensual). MENSUAL |
| 10. Responsable | ¿Quién es el dueño del indicador? CALIDAD ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP |

2. Recolección de datos

Se debe indicar y/o demostrar de donde se obtiene la información del indicador

La coordinación de calidad es responsable de brindar atención y seguimiento a las notificaciones presentadas en la organización con apego al procedimiento de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente descrito en el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente (CEMA-PR-CA-SNE-05) , concentra la información en un reporte general (CEMA-RG-CA-NMEC-09) Reporte de notificaciones y manejo de cuasifalla, evento adverso y evento centinela) archivo que se encuentra bajo resguardo de la misma área.

De igual manera la información se encuentra de manera física en una carpeta interna del área de calidad CEMA.

| | |
|--|--|
| Elaboró | Validó |
| L.A. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD | MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD |

INFORME INDICADOR DE RESULTADO MISP.6 RIESGO DE CAÍDAS

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Departamento / Área: Calidad | Vigente a partir de: Julio 2020 | Clave: CEMA-RG-CA-II-13 |
| | Versión: 3.0 | Página 3 de 5 |

| NOTIFICACIONES Y MANEJO DE CUASIFALLA, EVENTO ADVERSO Y EVENTO CENTINELA | | | | | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|----------------|---|--|---------------|---------------|--|------------------|-------------------------------|
| FOLIO | FECHA DEL EVENTO | PACIENTE | TIPO DE EVENTO | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO | ACCIONES | FECHA DE REPC | FECHA DE ATEN | TIPO DE EVENTO | ÁREA RESPONSABLE | ÁREA QUE NOTIFI |
| CEMA-NMCEAEC-2019-026 | 05/04/2019 | Ledezma Orellana Adrian Alejandro | Cuasifalla | Se realiza el reporte de fusionar dos expedientes que se encuentran en histoclin con apellido materno similar de paciente, misma edad y misma fecha de nacimiento, mismos nombres y apellido paterno. | El paciente contaba con 2 expedientes en sistema 181601176 y 181101517 se revisan ambos contaban con nombre completo se diferenciaba por una letra en su apellido materno pero con la misma fecha de nacimiento, se procede a revisar ficha escolar del alumno y se determina que el expediente correcto es el 181101517 se procede a realizar | 05/04/2019 | 08/04/2019 | Error en la identificación del paciente. | Admisión | Área medica / Archivo clínico |
| CEMA-NMCEAEC-2019-027 | 14/04/2019 | Carrera García Cruz Alejandro | Cuasifalla | Se reporta la duplicidad de expediente. | El paciente contaba con 2 expedientes en sistema CEMA-023585 y 0079 se revisan ambos expedientes, la información de la ficha de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) y se determina que al ser perfil empleado el expediente correcto es el 0079, se procede a fusionar expediente. | 15/04/2019 | 16/04/2019 | Error en la identificación del paciente. | Admisión | Área medica / Archivo clínico |

| | |
|---|--|
| Elaboró | Validó |
| L.A. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD | MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD |
| Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V. | |

INFORME INDICADOR DE RESULTADO MISP.6 RIESGO DE CAÍDAS

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Departamento / Área: Calidad | Vigente a partir de: Julio 2020 | Clave: CEMA-RG-CA-II-13 |
| | Versión: 3.0 | Página 4 de 5 |

3. Algoritmo

Se debe colocar la fórmula matemática declarada para el indicador.

= Número de pacientes que presentan caídas

4. Resultados del algoritmo

Colocar el algoritmo con los resultados de los meses que se van a presentar

JULIO 2020

Número de pacientes que presentan caídas = 0

5. Representación gráfica por frecuencia de revisión

Esquematización de los resultados del algoritmo.



| | |
|--|--|
| Elaboró | Validó |
| L.A. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD | MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD |

INFORME INDICADOR DE RESULTADO MISP.6 RIESGO DE CAÍDAS

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Departamento / Área: Calidad | Vigente a partir de: Julio 2020 | Clave: CEMA-RG-CA-II-13 |
| | Versión: 3.0 | Página 5 de 5 |

6. Representación gráfica comparativa

Esquematización de los resultados del algoritmo por el tiempo de comparación que determine el área



7. Conclusiones

Se refiere al logro que se obtuvo con el indicador y/o las mejores logradas.

Durante este mes nuevamente no se recibió ninguna notificación referente a caídas de pacientes dentro de la organización, se consideran adecuadas las acciones tomadas para el riesgo de caídas dentro de la organización, así como la educación al paciente que se brinda en el servicio de hospitalización y los trípticos que se tienen en las áreas con mayor afluencia, urgencias, hospitalización y admisión.

| | |
|--|--|
| Elaboró | Validó |
| L.A. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD | MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD |