

SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Objetivo

Generar información nacional actualizada, relacionada con las causas que provocan los eventos adversos derivados de la atención, en los establecimientos para la atención médica del Sector Salud, para contar con información que apoye la toma de decisiones.

Alcance

Contar con una base de datos nacional, estatal y local actualizada, que permita el monitoreo permanente de los establecimientos que proporcionan atención médica, para mejorar la seguridad del paciente mediante la toma de decisiones oportuna y documentada e implementar acciones y barreras que eviten el daño accidental

I. DATOS DEL PACIENTE

Sexo del Paciente

Masculino

☐

Femenino

☐

Edad del Paciente

2. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

2.1. ¿En qué lugar o área ocurrió el evento adverso?

Archivo Clínico		Hospitalización		Recepción			U.C.I. Pediátricos	
Caja		Imagenología y Rayos X		Trabajo Social			U.C.I. Neonatales	
Cirugía		Laboratorio		Urgencias			Estacionamiento	
Enfermería		Medicina Interna		Consulta Externa			Otro (especificar)	
Farmacia		Módulo de Incapacidades		Vigilancia				
Ginecología y Obstetricia		Pediatría		U.C.I. Adultos				

2.2 ¿En qué turno se presentó el evento adverso?

Matutino	Vespertino	Nocturno	Jornada Acumulada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



2.3 ¿Qué personas presenciaron el evento adverso?

Médico	Enfermera	Técnico	Camillero	Otro (Especificar)

2.4 Fecha de ocurrencia del evento adverso

Día	Mes	Año

Hora	Desconocida

2.5 ¿Qué personal estuvo directamente involucrado? (Puede seleccionar más de una opción)

Médico	Enfermera	Técnico	Camillero	Otro (Especificar)

2.6 Descripción detallada de los hechos



3. TIPO DE INCIDENTE

3.1 ¿Cuál fue el tipo de incidente) (Únicamente seleccionar una opción (Excepto IAAS y Caídas donde se deben responder 2 subíndices)

DE MEDICACIÓN	
<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado
<input type="checkbox"/>	Medicamento incorrecto
<input type="checkbox"/>	Error de dosis
<input type="checkbox"/>	Error en la frecuencia de Administración/ Error de horario
<input type="checkbox"/>	Velocidad de administración equivocada
<input type="checkbox"/>	Contraindicación de la medicación
<input type="checkbox"/>	Omisión de la dosis
<input type="checkbox"/>	Medicamento caduco
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa al medicamento
<input type="checkbox"/>	Dispensación errónea del medicamento
DE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
<input type="checkbox"/>	Documentos ausentes o no disponibles
<input type="checkbox"/>	Retraso en el acceso a los documentos antes citados
<input type="checkbox"/>	Información poco clara, confusa, ilegible e incompleta en los documentos
DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)	
Sitio de la infección	
<input type="checkbox"/>	Absceso
<input type="checkbox"/>	Catéter intravascular
<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	Neumonía asociada a ventilación mecánica
<input type="checkbox"/>	Prótesis infectada
<input type="checkbox"/>	Sitio quirúrgico
<input type="checkbox"/>	Sonda urinaria
<input type="checkbox"/>	Tejidos blandos
<input type="checkbox"/>	Torrente sanguíneo
TIPO DE ORGANISMO	
<input type="checkbox"/>	Bacteria
<input type="checkbox"/>	Virus
<input type="checkbox"/>	Hongo

<input type="checkbox"/>	Parásito
<input type="checkbox"/>	Protozoario
<input type="checkbox"/>	Rickettsia
<input type="checkbox"/>	Prión
<input type="checkbox"/>	Microorganismo causal no definido
DE HEMODERIVADOS	
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento equivocado
<input type="checkbox"/>	Cantidad equivocada
<input type="checkbox"/>	Contraindicación
<input type="checkbox"/>	Dosis omitida
<input type="checkbox"/>	Etiquetado erróneo
<input type="checkbox"/>	Frecuencia equivocada
<input type="checkbox"/>	Instrucción de dispensación equivocada
<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa
<input type="checkbox"/>	Sangre/ Hemoderivado caduco
<input type="checkbox"/>	Sangre/Hemoderivado equivocado
DE NUTRICIÓN	
<input type="checkbox"/>	Dieta equivocada
<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado
<input type="checkbox"/>	Cantidad equivocada
<input type="checkbox"/>	Frecuencia equivocada
<input type="checkbox"/>	Consistencia equivocada
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento equivocado
<input type="checkbox"/>	Omisión de la nutrición
DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS	
<input type="checkbox"/>	Desconexión/mala conexión/ Retirar
<input type="checkbox"/>	Error de usuario
<input type="checkbox"/>	Falla/Mal funcionamiento
<input type="checkbox"/>	Falta de disponibilidad
<input type="checkbox"/>	Inapropiado para la indicación médica
<input type="checkbox"/>	Inexistente en el hospital
<input type="checkbox"/>	Presentación o empaque inadecuado
<input type="checkbox"/>	Retiro del dispositivo/equipo no indicado
<input type="checkbox"/>	Sucio/No estéril
DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O MÉDICO	
<input type="checkbox"/>	Error de anestesia
<input type="checkbox"/>	Error de equipo
<input type="checkbox"/>	Error instrumental
<input type="checkbox"/>	Órgano, estructura o sitio equivocada

<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado
<input type="checkbox"/>	Posición del paciente equivocada
<input type="checkbox"/>	Procedimiento equivocado
<input type="checkbox"/>	Error en la técnica
DE CAÍDAS	
Seleccione el lugar:	
<input type="checkbox"/>	De la cuna
<input type="checkbox"/>	De la cama
<input type="checkbox"/>	De la silla
<input type="checkbox"/>	De la camilla
<input type="checkbox"/>	En el baño
<input type="checkbox"/>	De las escaleras
<input type="checkbox"/>	En el pasillo
<input type="checkbox"/>	Con el equipo terapéutico
<input type="checkbox"/>	Transporte de paciente dentro del establecimiento
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar)
Seleccione el tipo:	
<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	Pérdida del equilibrio
<input type="checkbox"/>	Resbalón
<input type="checkbox"/>	Tropezó
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar)
DE PATOLOGÍA/LABORATORIO CLÍNICO/IMAGENOLOGIA	
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento equivocado de a muestra
<input type="checkbox"/>	Error en el reporte de los resultados
<input type="checkbox"/>	Error en la toma de muestra
<input type="checkbox"/>	Estudio equivocado
<input type="checkbox"/>	Muestra equivocada
<input type="checkbox"/>	Muestra mal etiquetada
<input type="checkbox"/>	Entrega tardía de resultados
<input type="checkbox"/>	Paciente incorrecto
<input type="checkbox"/>	Procesamiento incorrecto
OTRO INCIDENTE	



4. GRAVEDAD DEL DAÑO

(Seleccione la opción que considere adecuada)

GRAVEDAD	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/>	Sin daño Incidente que pudo causar daño, pero fue evitado o incidente que ocurrió, pero no causó daño.
<input type="checkbox"/>	Bajo Incidente que causó un daño mínimo al Paciente.
<input type="checkbox"/>	Moderado Incidente que causó un daño significativo, pero no permanente al paciente
<input type="checkbox"/>	Grave Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.
<input type="checkbox"/>	Muerte Incidente que ocasionó directamente la muerte del paciente.

5. CAUSA RAÍZ

En caso de daño grave o muerte ¿Se realizó análisis causa raíz?

Sí

No

6. FACTORES DEL INCIDENTE

¿Cuáles son los factores que contribuyeron al incidente?
Puede seleccionar más de una opción

<input type="checkbox"/>	Relacionados con las características del Paciente
<input type="checkbox"/>	Relacionados con la aplicación de las indicaciones, protocolos, lineamientos y Guías de práctica clínica
<input type="checkbox"/>	Individuales asociadas con los integrantes del equipo
<input type="checkbox"/>	Relacionadas con el trabajo en equipo
<input type="checkbox"/>	Relacionadas con el ambiente de trabajo y el entorno
<input type="checkbox"/>	Organizacionales del establecimiento de atención Médica
<input type="checkbox"/>	Institucionales o de ambiente externo
<input type="checkbox"/>	Otro:

7. EVITABILIDAD

7.1 ¿Considera que pudo haber evitado el evento adverso?

Sí

No

7.2 ¿Cómo considera que pudo haberse evitado el evento adverso?



7.3 ¿Se le proporcionó información al paciente o a su familiar relacionada con el evento adverso?

Sí

No

7.4 ¿Quién la proporcionó

Médico

Enfermera

Otro: (señalar)

Camillero

Técnico

8. Acciones de Mejora

8.1 ¿Se realizó alguna acción correctiva después del evento adverso?

Sí

No

8.2 ¿Cuáles son las acciones de mejora que se realizaron? Puede seleccionar más de una acción.

<input type="checkbox"/>	Capacitación a personal de nuevo ingreso y estudiantes
<input type="checkbox"/>	Mejoramiento de la infraestructura
<input type="checkbox"/>	Gestión de los recursos (humanos, financieros y materiales) alineados a la mejora continua
<input type="checkbox"/>	Fortalecimiento de una cultura de calidad y seguridad del paciente mediante el Modelo de Gestión de Calidad
<input type="checkbox"/>	Impulso al apego de las Guías de Práctica Clínica
<input type="checkbox"/>	Implementación de mecanismos de supervisión operativa para el monitoreo de la calidad y seguridad del paciente
<input type="checkbox"/>	Desarrollo de un programa de Calidad y Seguridad del Paciente para el establecimiento
<input type="checkbox"/>	Capacitación a pacientes y familiares para prevenir eventos adversos
<input type="checkbox"/>	Otra(s)

