



**“2017, Año del Centenario de la Promulgación
de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”**

México a _____ de _____ del _____.

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 de 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, para implementar acciones y barreras que eviten el daño accidental.

1.- DATOS DEL PACIENTE

Sexo del paciente:			
Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>

Edad del paciente:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

2.- DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

<input type="checkbox"/>	Archivo clínico	<input type="checkbox"/>	Farmacia	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Recepción	<input type="checkbox"/>	Vigilancia
<input type="checkbox"/>	Caja	<input type="checkbox"/>	Ginecología/Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	U.C.I. Adultos
<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Módulo de incapacidades	<input type="checkbox"/>	Urgencias	<input type="checkbox"/>	U.C.I. Pediátricos
<input type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="checkbox"/>	Imagenología y Rayos X	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>	Consulta Externa	<input type="checkbox"/>	U.C.I. Neonatales
<input type="checkbox"/>	Otra Área:	<input type="text"/>							Estacionamiento

2.2. ¿En qué turno se presentó el evento adverso?

<input type="checkbox"/>	Matutino
<input type="checkbox"/>	Vespertino
<input type="checkbox"/>	Nocturno
<input type="checkbox"/>	Jornada acumulada

2.3. ¿Qué personas presenciaron el evento adverso? (Si fueron diferentes al personal del establecimiento, especificar en Otro)

<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Camillero
<input type="checkbox"/>	Enfermera	<input type="checkbox"/>	Técnico
<input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>		

2.4. Fecha de ocurrencia del evento adverso:

____ / ____ / ____

Hora:	<input type="text"/>
Desconocida	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Camillero
<input type="checkbox"/>	Enfermera	<input type="checkbox"/>	Técnico
<input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>		



2.6. Descripción detallada del evento adverso (narración de los hechos):



3.- TIPO DE INCIDENTE

3.1. ¿Cuál fue el tipo de incidente? Únicamente seleccionar una opción (excepto en 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 en la dosis
<input type="checkbox"/>	Error en la frecuencia de administración/Error en el horario
<input type="checkbox"/>	Velocidad de administración incorrecta
<input type="checkbox"/>	Vía 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 Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS):	
<input type="checkbox"/>	➤ 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
<input type="checkbox"/>	➤ Tipo de organismo:
<input type="checkbox"/>	Bacteria
<input type="checkbox"/>	Virus
<input type="checkbox"/>	Hongo
<input type="checkbox"/>	Parásito
<input type="checkbox"/>	Protozooario
<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 procedimientos quirúrgicos o médicos:	
<input type="checkbox"/>	Error de anestesia
<input type="checkbox"/>	Error de equipo
<input type="checkbox"/>	Error instrumental
<input type="checkbox"/>	Órgano o estructura equivocada o sitio equivocado
<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:	
<input type="checkbox"/>	➤ Seleccione el lugar:
<input type="checkbox"/>	De la cuna
<input type="checkbox"/>	De la cama
<input type="checkbox"/>	De la silla
<input type="checkbox"/>	Da 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:
<input type="checkbox"/>	➤ Seleccione el tipo:
<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	Pérdida del equilibrio
<input type="checkbox"/>	Resbalón
<input type="checkbox"/>	Tropiezo
<input type="checkbox"/>	Otro (Especificar):
De patología/Laboratorio clínico/Imagenología:	
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento equivocado de la 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
<input type="checkbox"/>	Otro incidente:



4.- GRAVEDAD DEL DAÑO

GRAVEDAD	DESCRIPCIÓN
Sin daño	Incidente que pudo causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.
Bajo	Incidente que causó un daño mínimo al paciente.
Moderado	Incidente que causó un daño significativo pero no permanente al paciente.
Grave	Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.
Muerte	Incidente que ocasionó directamente la muerte del paciente.

5.- CAUSA RAÍZ

5.1. En caso de daño grave o muerte ¿se realizó análisis causa raíz?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

7.2. ¿Cómo considera que pudo haber evitado el evento adverso?

6.- FACTORES DEL INCIDENTE

6.1. ¿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 del ambiente externo.
<input type="checkbox"/>	Otro:

7.- EVITABILIDAD

7.1. ¿Considera que pudo haber evitado el evento adverso?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



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	Camillero
Enfermera	Técnico
Otro:	

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 opción.

<input type="checkbox"/>	Capacitación al personal de nuevo ingreso y estudiantes.
<input type="checkbox"/>	Mejoramiento de la infraestructura.
<input type="checkbox"/>	Gestión de los recursos (humanos, financieros y materiales) alineado 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 la 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):