

17

Guía Operativa de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario



ISSSTE

Dirección Normativa
de Salud

17 de septiembre de 2021



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Dirección Normativa de Salud

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Normativo de Salud

Gral. Jens Pedro Lohmann Iturburu
Director Normativo de Administración y Finanzas

Dra. Elsa Eréndida García Díaz
Subdirectora de Gestión y Evaluación en Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
Subdirector de Prevención y Protección a la Salud

Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria

Dra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora en la Dirección Normativa de Salud



Grupo Técnico

Dra. Candelaria Guadalupe Avendaño Ballinas

Jefa de Servicios de Enfermería Nacional

Dra. Leticia González Domínguez

Subjefe de Enseñanza e Investigación de Enfermería Nacional

Mtra. Silvia Lylian Bello Pérez

Subjefe de Calidad en Enfermería Nacional

Lic. Enf. Lucia Pat Castillo

Jefe de Enseñanza e Investigación en Enfermería
Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza

Lic. Enf. Laura Marlene Esteban Vázquez

Subjefe de Enfermeras
Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza

Lic. Enf. Araceli Flores Muñoz

Coordinadora de Enfermería
Hospital Regional 1º Octubre

Mtra. Matilde Luviano Escamilla

Subjefe de Calidad en Enfermería
Hospital Regional 1º Octubre

Lic. Enf. Elizabeth Contreras Aguilar

Jefe de Calidad en Enfermería
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Mtra. Fabiola Quiroz Castillo

Subjefe de Enfermeras
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Lic. Enf. Martha Yolanda Trejo González

Enfermera Jefe de Servicio
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Contenido

Introducción.....	5
Objetivo.....	6
Políticas de operación.....	7
Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno hospitalario	
Acción Esencial 1 Identificación correcta de los Pacientes.....	8
Acción Esencial 2 Comunicación Efectiva.....	15
Acción Esencial 3 Seguridad en el Proceso de Medicación.....	20
Acción Esencial 4 Seguridad en los Procedimientos.....	24
Acción Esencial 5 Reducción del Riesgo de Infección Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).....	30
Acción Esencial 6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.....	36
Acción Esencial 7 Registro y análisis de eventos centinela, eventos adverso y cuasi fallas.....	42
Acción Esencial 8 Cultura de Seguridad del Paciente.....	50
Anexos	60
Glosario	61
Referencias.....	63

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental en todos los sistemas de salud, por lo que desde 2002, en la 55^a Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente. Para dar resolución a dicha Asamblea, en 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en la materia.

En México, en el Diario Oficial de la Federación, publicado el viernes 8 de septiembre del 2017 se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, que se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificadas en acciones globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica.

La presente guía es un instrumento administrativo que se elaboró con el fin de estandarizar las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno hospitalario del ISSSTE, las cuales se mencionan a continuación:

1. Identificación correcta de los Pacientes
2. Comunicación efectiva.
3. Seguridad en el proceso de medicación.
4. Seguridad en los procedimientos.
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
8. Cultura de Seguridad del Paciente.

Objetivos

II. Objetivo General

Estandarizar las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario, estableciendo barreras de seguridad para prevenir eventos adversos y centinela, durante la prestación de la atención médica en las Unidades Médicas de 2º y 3^{er}. Nivel de Atención en el ISSSTE.

II.I Objetivos Específicos

Identificación correcta de los pacientes.

Estandarizar el proceso de identificación del paciente en el entorno hospitalario del ISSSTE, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Comunicación efectiva.

Estandarizar la barrera de seguridad: Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar–Transcribir–Confirmar–Verificar en la emisión de órdenes /indicaciones de atención dadas verbalmente y por teléfono, para disminuir errores y mejorar la seguridad del paciente en el ISSSTE, así como estandarizar la barrera de seguridad a través de la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) entre los profesionales de la salud para reducir los errores durante el traspaso de paciente en los cambios de turno o servicio.

Seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Estandarizar las acciones para el manejo adecuado y ministración de medicamentos, para prevenir errores de medicación relacionados con la atención en salud en el ISSSTE.

Seguridad en los procedimientos.

Estandarizar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera de quirófano, por medio de la aplicación del protocolo universal en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Reducción de Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS).

Contribuir a la reducción de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS); a través del seguimiento y monitorización del programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención del paciente en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Prevenir el daño al paciente asociado con caídas en las unidades médicas del ISSSTE, mediante la identificación, evaluación y reevaluación del riesgo de sufrir caídas en los pacientes hospitalizados.

Registro de eventos adversos.

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinela, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan.

Cultura de seguridad del paciente.

Estandarizar la medición para la cultura de seguridad del paciente, en el ámbito hospitalario con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Políticas de Operación

1. La presente Guía Operativa de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario, será de aplicación y cumplimiento en todas las Unidades Médicas de 2º y 3 er. Nivel de Atención del ISSSTE.
2. Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario que labora en las Unidades Médicas de 2º y 3 er. Nivel de Atención del Instituto, consultar la presente Guía Operativa de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario; así como el documento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
3. Es responsabilidad de cada Unidad Médica de 2º y 3 er. Nivel de Atención del Instituto, tener disponible en cada servicio la Guía Operativa de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario y el documento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Acción Esencial 1 Identificación correcta de los pacientes

Objetivo:

Estandarizar el proceso de identificación del paciente en el entorno hospitalario del ISSSTE, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Políticas de Operación

- 1.** Será responsabilidad del personal de Admisión Hospitalaria identificar al paciente desde el momento en que éste solicita la atención, con al menos dos identificadores que serán:
 - Nombre completo del paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre/s)
 - Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA)
- 2.** Será responsabilidad del personal de Admisión Hospitalaria elaborar y colocar el brazalete de identificación del paciente, considerando lo siguiente:
- 3.** En pacientes lactantes y adultos en la muñeca derecha. Cuando éste comprometa o dificulte los cuidados o en pacientes con algún problema de estructura o anatomía, deberá colocarse en la muñeca izquierda o cualquiera de los tobillos.
- 4.** En el Recién Nacido, deben colocarse dos pulseras; una en la mano derecha y otra en el tobillo izquierdo.
- 5.** En pacientes con alteración de la integridad cutánea, o que requiera procedimientos invasivos en cualquiera de sus extremidades; el brazalete de identificación deberá colocarse en la cabecera de la cama y durante sus traslados adherido a la portada del expediente clínico.
- 6.** Será responsabilidad del personal multidisciplinario que todos los documentos que se generen durante el proceso de atención al paciente, incluyendo el expediente clínico, registros de enfermería, recetas médicas, solicitudes, resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etcétera, deben contener el nombre completo y la fecha de nacimiento de éste.
- 7.** No se debe incluir como datos de identificación, el número de cama, número de habitación, servicio o diagnóstico médico.

- 8.** La ficha de identificación del paciente deberá contener la siguiente información: nombre completo y fecha de nacimiento en tinta de color rojo con un tamaño de letra legible 2:1; respecto al resto de la información; número de expediente, género, edad, grupo sanguíneo, factor RH y alergias. (Anexo 2).
- 9.** El Brazalete de identificación deberá contener al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente (Anexo 1)
- 10.** El personal de Admisión Hospitalaria deberá elaborar la ficha y brazalete de identificación para los pacientes con identidad desconocida con los siguientes datos: “PACIENTE DESCONOCIDO”, género del paciente, edad aparente, fecha y hora de ingreso y escribir si tiene alguna señal particular.
- 11.** Es responsabilidad del personal de enfermería elaborar el brazalete de identificación en los Recién Nacidos y colocarlo inmediatamente después del parto, con los datos de identificación de la madre, fecha de nacimiento, hora y sexo del Recién Nacido. En el caso de nacimientos múltiples los datos de identificación serán: con los datos de identificación de la madre, fecha de nacimiento, hora y sexo, gemelo 1, gemelo 2 y sucesivamente.
- 12.** En los pacientes que ingresen en estado de emergencia, será responsabilidad del personal de enfermería quien coloque el brazalete de identificación al paciente.
- 13.** Será responsabilidad del personal de enfermería mantener el brazalete de identificación en el cadáver y colocar la ficha de identificación sobre el mismo, registrando la fecha y hora de fallecimiento (Anexo 2).
- 14.** Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario, reportar a la Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada (o) de Enfermería, a los pacientes sin brazalete de identificación, con brazalete dañado o que los datos estén equivocados e ilegibles, para que solicite su reposición.
- 15.** Es responsabilidad del personal multidisciplinario involucrado en la atención del paciente, verificar los dos datos de identificación preguntando directamente al paciente/ familiar o verificando con el expediente clínico, justo antes de los siguientes momentos críticos:
 - a) La administración de todo tipo de medicamentos.
 - b) La administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
 - c) La transfusión de sangre y hemocomponentes
 - d) La extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
 - e) La realización de procedimientos médicos o quirúrgicos.
 - f) La realización de estudios de gabinete.
 - g) Los traslados dentro y fuera del Instituto.

- h) La dotación de dietas.
- i) La terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- j) Identificación de cadáveres.
- k) Aplicación de vacunas.
- l) La realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo: en el caso de los dispositivos médicos como catéteres y sondas colocar un membrete con los dos datos de identificación del paciente, fecha y hora de instalación, mantenimiento, calibre y nombre de quien instaló dicho dispositivo.

Diagrama de Flujo			
Actividad	Responsable		
	Personal de Admisión Hospitalaria	Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada (o)	Equipo Multidisciplinario
Inicia el Procedimiento	<p>1. Identificación del paciente desde el momento que solicita la atención, de acuerdo con la política 1.</p> <p>2. Elabora y coloca el brazalete del paciente de acuerdo con la política 1.</p> <p>3. Entrega del paciente al personal de enfermería en Hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico <p>4. Recibe paciente y expediente clínico completo.</p> <p>5. Corrobora que los datos de identificación del paciente sean correctos. ¿La identificación del paciente es correcta?</p> <p>5.1 No: Pasa a la actividad 1.</p> <p>5.2 Si: Pasa a la actividad 6.</p> <p>6 Verifica que el paciente cuente con el brazalete de identificación de acuerdo con la política 6. (Anexo 1)</p> <p>7 Elabora la Ficha de identificación del paciente de acuerdo con la política 5. (Anexo 2)</p>	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 -- NO --> 5_1[5.1] 5 -- SI --> 5_2[5.2] 5_1 --> 1((1)) 1 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> A[/A/] 5_2 --> 6 </pre>	

Diagrama de Flujo			
Actividad	Responsable		Personal Multidisciplinario
	Personal de Admisión Hospitalaria	Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada (o)	
8 Coloca la Ficha de identificación del paciente en la cabecera o pie de la cama		<pre> graph TD B[B] --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> 8 </pre>	
9 Requisita todos los documentos del paciente identificándolos correctamente, de acuerdo con las políticas 1 y 3			
10 Verifica los dos datos de identificación preguntándolos directamente al paciente o familiar, antes de los momentos críticos mencionados en la política 12.			
11 Informa al paciente y/o familiar la importancia de portar de manera permanente el brazalete en buen estado y de no retirarlo durante su estancia en la Unidad Médica.			
Termina procedimiento			

Anexo 1. Brazalete para identificación del paciente



Anexo 2. Formato de Ficha para identificación del paciente

 ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	Nombre de la Unidad Médica Servicio/ Especialidad
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del Paciente _____	1
Fecha de Nacimiento _____	2
No. de expediente _____	3
Género _____	5
Grupo Sanguíneo _____	7
Edad _____	4
Alergias _____	6
Factor RH _____	8

Anexo 3. Instructivo del llenado de la ficha de identificación del paciente

La Ficha de identificación del paciente deberá ser llenada con letra legible y con tinta de color negro, exceptuando el Nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento que serán con tinta de color rojo.

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Nombre completo del paciente	Nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s).
2.	Fecha de nacimiento	Registrar con número arábigo y en formato, Día (DD), Mes (MM) y Año (AAAA) la fecha de nacimiento del paciente.
3.	No. de Expediente	El número de expediente asignado por la Unidad Médica.
4.	Edad	Con número arábigo la cantidad en años cumplidos y según corresponda en Años, Meses y/o Días. <ul style="list-style-type: none">• En Años a partir de los 2 años y en adelante.• En Años y Meses para los Lactantes.• En días para los Recién Nacidos.
5.	Género	Registrar el género con el que se identifique el paciente.
6.	Alergias	Registrar el medicamento, alimento u otros factores que causen alergia al paciente.
7.	Grupo Sanguíneo	Registrar el Grupo sanguíneo con letra mayúscula.
8.	Factor RH	Registrar con letra el Factor RH según sea el caso Positivo o Negativo.

Acción Esencial 2

Comunicación Efectiva

Objetivos

Estandarizar la barrera de seguridad: Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar–Transcribir–Confirmar–Verificar, en la emisión de órdenes/indicaciones de atención dadas verbalmente y por teléfono, para disminuir errores y mejorar la seguridad del paciente en las Unidades Médicas en el ISSSTE, así como estandarizar la barrera de seguridad a través de la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) entre los profesionales de la salud para reducir los errores durante el traspaso de paciente en los cambios de turno o servicio.

Políticas de operación

- 1.** La emisión de resultados verbales de laboratorio, gabinete, e imagenología quedan prohibidos para el personal que labora en dichas áreas, excepto en momentos críticos.
- 2.** Los reportes de resultados transoperatorios vía telefónica serán permitidos siempre que se utilice el proceso de “Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar”, empleando para esto una bitácora por el personal de salud, la cual se ubicará cerca del teléfono de recuperación quirúrgica.
- 3.** Solo están autorizados para recibir resultados verbales o telefónicos sobre transoperatorios de patología, el:
 - Personal médico adscrito.
 - Personal médico residente.
 - Personal de enfermería adscrito.
- 4.** Para las indicaciones verbales durante un procedimiento quirúrgico y durante la atención en cualquier urgencia médica o situación crítica que ponga en riesgo la vida del paciente, el proceso que deberá realizar los profesionales de salud, será “Escuchar (atentamente), Repetir (en voz alta), Confirmar y al estabilizar al paciente Escribir” en el Formato de la Bitácora de indicaciones verbales y/o telefónicas (Anexo 1).
- 5.** El personal de salud deberá emplear la técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los cambios de turno y cuando sea referido o contrarreferido a otra Unidad Médica.

Diagrama de Flujo de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar-Verificar			
Actividad	Responsable		
	Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada (o)	Emisor	Receptor
Inicia el procedimiento			
<p>1. Emite orden verbal o telefónicamente</p> <p>2. ESCUCHA atentamente la indicación</p> <p>3. ESCRIBE la indicación en la bitácora</p> <p>4. LEE la indicación</p> <p>5. CONFIRMA que la información es correcta ¿Es correcto lo que lo que escribió?</p> <p>5.1 NO: Pasa a la actividad 1.</p> <p>5.2 SI: Pasa a la actividad 6.</p> <p>6. TRANSCRIBE la orden en la bitácora al expediente clínico.</p> <p>7. CONFIRMAR Y VERIFICAR la orden que se encuentre en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 24hrs.</p> <p>8. CONFIRMAR Y VERIFICAR que la orden que se encuentre en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 72 horas en turnos especiales.</p> <p>9. Supervisa que el registro en la bitácora de indicaciones verbales y/o telefónicas.</p> <p>10. Supervisa que el registro en la bitácora de indicaciones verbales y/o telefónicas sea de forma veraz y oportuna anotando: nombre completo y fecha de nacimiento del Paciente nombre, cargo y firma de la persona que emitió la indicación, así como la fecha y hora en que se recibió la Indicación.</p> <p>Termina procedimiento</p>	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5{ } 5 -- No --> 5.1[5.1] 5.1 --> 1((1)) 5 -- Si --> 5.2[5.2] 5.2 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> Fin([Fin]) </pre>		

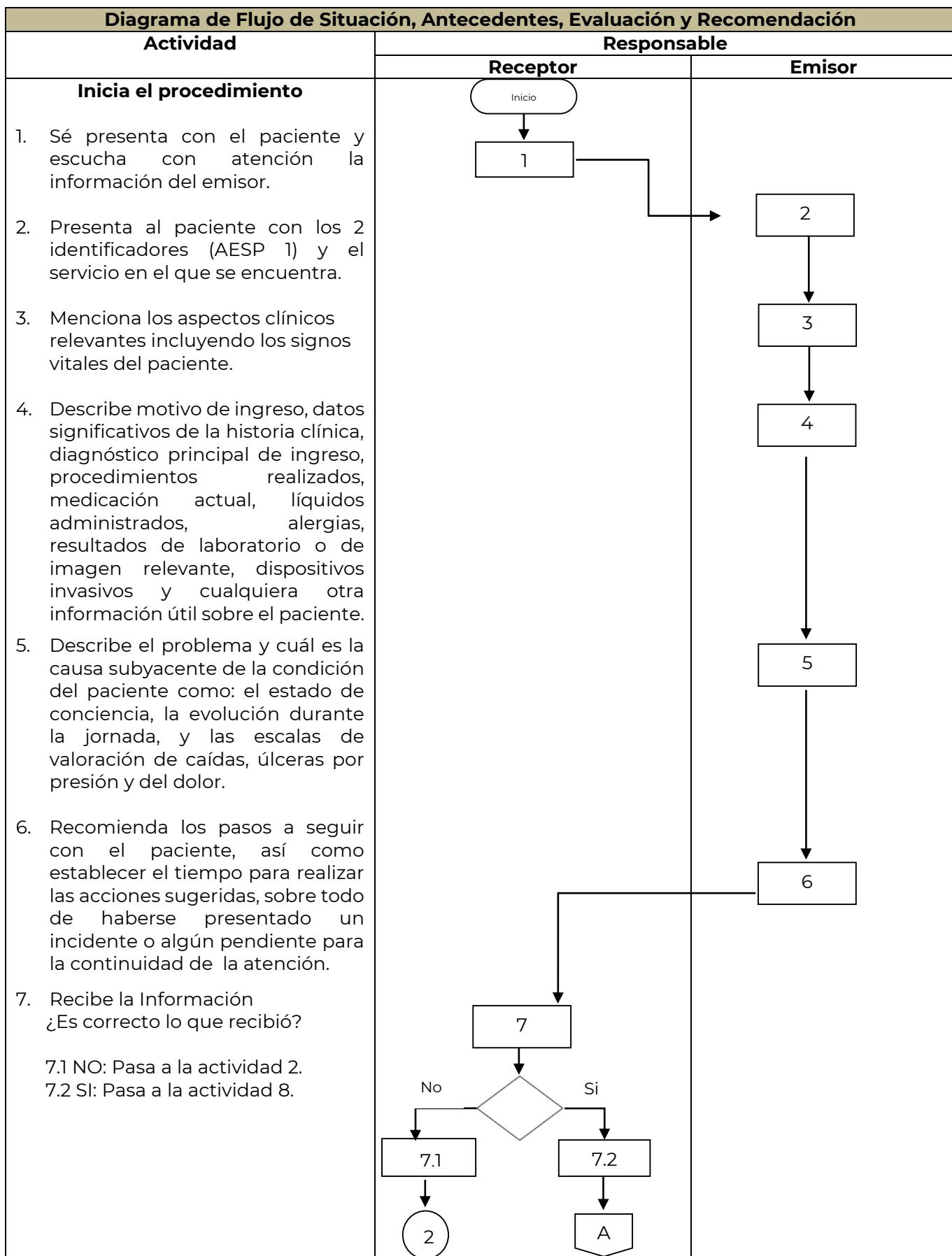


Diagrama de Flujo de Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación		
Actividad	Responsable	
	Receptor	Emisor
<p>8. Confirma que la información es correcta ¿Es correcto lo que escribió?</p> <p>8.1 NO: Pasa a la actividad 1. 8.2 Pasa a la actividad 9.</p> <p>9. Entrega expediente clínico y/o documentación del paciente.</p> <p>10. Recibe expediente clínico y/o documentación del paciente.</p> <p>Termina procedimiento</p>	<pre> graph TD B{B} --> 8[8] 8 -- No --> 8_1[8.1] 8_1 --> 1((1)) 8 -- Si --> 8_2[8.2] 8_2 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> Fin([Fin]) </pre>	

Anexo. 1 Formato de la bitácora de indicaciones verbales y/o telefónicas

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA 1 NOMBRE DEL SERVICIO / ESPECIALIDAD 2 BITÁCORA DE INDICACIONES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS					
Fecha y hora	Nombre y fecha de nacimiento del paciente.	Indicación	Emisor	Receptor	Supervisor
3	4	5	6	7	8

Anexo. 2 Instructivo del Formato de la Bitácora de indicaciones verbales y/o telefónicas

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Nombre de la Unidad Médica	Nombre completo de la Unidad Médica.
2.	Nombre del Servicio / Especialidad	Nombre del Servicio / Especialidad.
3	Fecha y hora	Registrar con número arábigo y en formato, Día (DD), Mes (MM) y Año (AAAA) la fecha y en horario de 24 horas Hora (HH), Minutos (MM) en que se recibió la indicación.
4.	Nombre y Fecha de nacimiento del paciente.	Nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s) y con número arábigo y en formato, Día (DD), Mes (MM) y Año (AAAA) la fecha de nacimiento del paciente.
5.	Indicación	Registrar en narrativa de forma clara y precisa la Indicación verbal y/o telefónica
6	Emisor	Registrar el Nombre completo, Cargo y Firma del personal que emitió la indicación verbal y/o telefónica
7	Receptor	Registrar el Nombre completo, Cargo y Firma del personal que recibió la indicación verbal y/o telefónica.
8	Supervisor	Registrar el Nombre y firma de la persona que realizó la supervisión de la ejecución de la indicación verbal y/o telefónica.

Acción Esencial 3

Seguridad en el Proceso de Medicación

Objetivo

Estandarizar las acciones para el manejo adecuado y ministración de medicamentos, para prevenir errores de medicación durante la atención médica en el ISSSTE.

Políticas de operación

1. Se deberán mantener los electrolitos concentrados en un lugar separado al resto de la medicación rutinaria, y se controlarán e identificarán de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios:

COLORIMETRÍA DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS	
BICARBONATO DE SODIO 7.5% Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	AZUL
CLORURO DE POTASIO 14.9% Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	ROJO
SULFATO DE MAGNESIO 10% Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	VERDE
GLUCONATO DE CALCIO 10% • Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	AMARILLO
FOSFATO DE POTASIO 15% • Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	NARANJA
CLORURO DE SODIO 17.7% • Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml	BLANCO

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012 Etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios.

2. Los grupos de medicamentos de Alto Riesgo (Electrolitos Concentrados, Quimioterapias, Radiofármacos, Insulinas y Anticoagulantes) deberán estar etiquetados con un círculo rojo y resguardarlos como de alto riesgo.
3. El Médico tratante del paciente, deberá escribir la prescripción médica en el expediente clínico del paciente y de la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras, de acuerdo con la AESP 2.
4. La Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada trascibirá en el registro correspondiente, los medicamentos y las indicaciones médicas, sin modificar la prescripción original. En caso de duda debe de aclarar con el médico tratante.

- 5.** Solo el personal autorizado para ello podrá preparar y administrar los medicamentos.
- 6.** No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando éstas no sean legibles.
- 7.** El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar los 6 correctos siguientes:
 - Paciente correcto, preguntando al paciente su nombre correcto y fecha de nacimiento, así como verificar que éstos coincidan con los datos señalados en la ficha de identificación del paciente.
 - Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificando el nombre del medicamento con las indicaciones que se encuentran en los registros correspondientes.
 - Dosis correcta: Comprobar en los registros correspondientes la dosis prescrita.
 - Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicado en la etiqueta, en los registros correspondientes.
 - Horario correcto, confirmar en los registros correspondientes los intervalos indicados para la administración del medicamento.
 - Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración se deben registrar en la hoja de registros clínicos de enfermería, el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien lo administró.
- 8.** Los medicamentos que el paciente trae desde su casa deben ser resguardados por el personal de enfermería, y, en su caso, solicitar indicaciones del médico tratante para administrarlos.
- 9.** Se deberá utilizar etiquetas con rótulos en MAYÚSCULAS y color rojo, en los casos de medicamentos con aspecto o nombre parecido *Look Alike, Sound Alike LASA*, por sus siglas en inglés. (Anexo 1).
- 10.** Se deberán colocar alertas visuales al momento de prescribirlos y/o trascibirlos los medicamentos LASA, que hagan evidente las diferencias entre estos.
- 11.** Se deberá realizar la doble verificación en la cual dos enfermeras (os) verifican la indicación y el tipo de medicamento durante el proceso de preparación y previo a la ministración de medicamentos de “Alto riesgo”, como lo son: Electrolitos Concentrados, Quimioterapias, Radiofármacos, Insulinas y Anticoagulantes.
- 12.** En lo posible utilizar la bomba de infusión para la administración de soluciones concentradas con electrolitos. La indicación del médico debe incluir la velocidad de infusión de estas soluciones.

- 13.** Cuando se presente un evento adverso por medicamento o hemocomponentes, dar prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al Médico tratante y a la Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada/o.
- 14.** Se mantendrá comunicación estrecha con el equipo de salud que interviene en el procedimiento de manejo seguro de medicación.
- 15.** Cada Unidad Médica deberá establecer los procedimientos para el almacenamiento y dispensación de medicamentos.

Anexo 1. Lista de medicamentos de aspecto parecido y de nombre parecido (Look alike, sound alike LASA).

MEDICAMENTOS IDENTIFICADOS CON PRONUNCIACIÓN PARECIDA			
Bupivacaína	Ropivacaína		
Ceftriaxona	Ceftazidima	Cefotaxima	
Daunorubicina	Doxorubicina	Idarubicina	Eribropatina
Efedrina	Epinefrina	Fenilefrina	
Fosamax	Topamax		
Glibenclamida	Gliclazida	Glimepirida	
Hidralazina	Hidroxizina		
Metamizol	Metronidazol		
Nicardipino	Nifepidino	Nimodipino	
Prenisona	Prednisona		
Prozac	Proscar		

Diagrama de Flujo		
Actividad	Responsable	
	Enfermera Jefe de Servicio / Encargada	Enfermera Responsable del Paciente
<p>Inicia el Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe y resguarda los fármacos en refrigerador, gaveta, vitrina, según corresponda. 2. Transcribe en los registros correspondientes las indicaciones médicas incluyendo el Nombre completo del paciente, Fecha de nacimiento, Nombre genérico del medicamento, Dosis, Vía de ministración, Hora indicada, velocidad y tiempo de infusión. 3. Prepara medicación en el área asignada para tal fin, llevando a cabo la doble verificación en medicamentos de alto riesgo, previa higiene de manos. 4. Se presenta con el paciente y brinda trato digno 5. Identifica al paciente a través del nombre completo y fecha de nacimiento (AESPI). 6. Verifica antecedente de alergias a medicación. 7. Realiza lavado de manos con agua y jabón 8. Aplica los 6 correctos previo a la preparación de medicamentos de acuerdo con la política 7. 9. Registra los medicamentos en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería inmediatamente después de su ministración. 10. Vigila presencia de reacciones adversas al medicamento ministrado. <p>Termina Procedimiento</p>	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 2 --> 10[10] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> 10 9 --> 2 10 --> Final([Final]) </pre>	

Acción Esencial 4

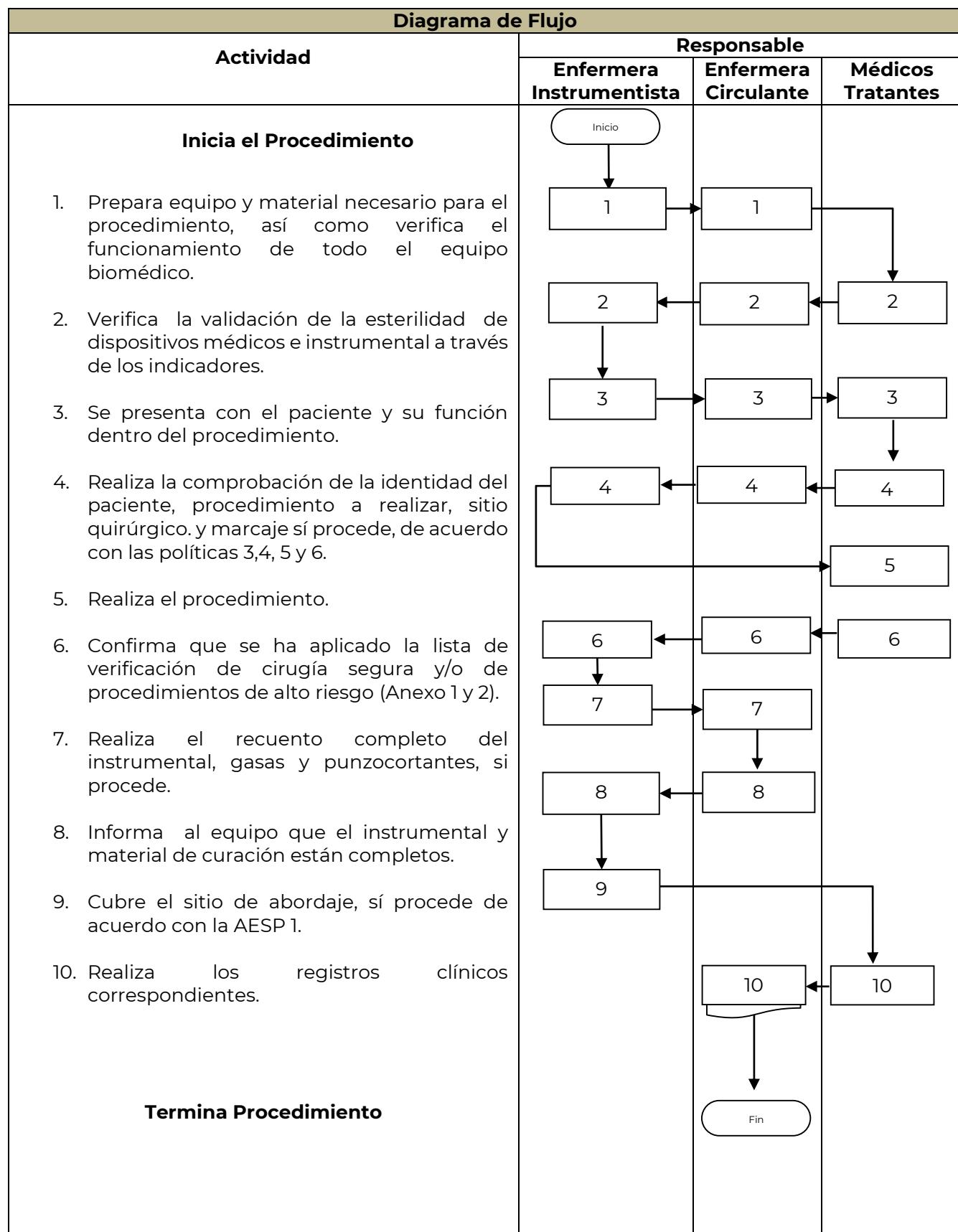
Seguridad en los Procedimientos

Objetivo

Estandarizar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera de quirófano por medio de la aplicación del protocolo universal en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Políticas de operación

- 1.** Todo el equipo multidisciplinario que participe en procedimientos de alto riesgo debe identificar al paciente previo al procedimiento quirúrgico y de alto riesgo con los siguientes datos: Nombre completo del paciente y Fecha de nacimiento (AESPI)
- 2.** Utilizar el tiempo fuera (*time out*) antes de realizar procedimientos de alto riesgo dentro y fuera del quirófano.
- 3.** El marcaje del sitio quirúrgico se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consiente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.
- 4.** El marcaje del sitio quirúrgico se realizará sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
- 5.** Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos, prematuros o cuando el paciente no acepte que se le marque la piel.
- 6.** El marcaje del sitio quirúrgico se puede omitir en situaciones de urgencia y en lesiones visibles como las fracturas expuestas o tumores evidentes.
- 7.** La lista de verificación para la seguridad de la cirugía será requisitada por la Enfermera (o) circulante, y se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones. (Anexo 1 y 2).
- 8.** Se llevará lista de verificación en procedimientos de alto riesgo fuera de quirófano, como son:
 - a) Transfusión de sangre y hemocomponentes
 - b) Radioterapia
 - c) Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis
 - d) Toma de Biopsias
 - e) Procedimientos odontológicos
 - f) Colocación/Retiro de Dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéter para hemodiálisis, entre otros).
 - g) Estudios de gabinete que requieren medio de contraste
 - h) Terapia Electroconvulsiva
 - i) Colocación de accesos vasculares



Anexo 1. Formato de Lista de verificación de seguridad de cirugía



INSTITUTO SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EXPEDIENTE: _____ SERVICIO: _____ CIRUGÍA: _____
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____ FECHA: _____ SALA: _____

FASE 1: ENTRADA	FASE 2: PAUSA QUIRÚRGICA	FASE 3: SALIDA
Antes de la inducción de la anestesia (Marque con x)	Antes de la incisión cutánea (Marque con x si es afirmativo)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Marque con x)
El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Su identidad ▪ Sitio quirúrgico ▪ Procedimiento quirúrgico ▪ Su consentimiento 	La enfermera instrumentista ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones: Cirujano <input type="checkbox"/> Enfermera Circulante <input type="checkbox"/> Ayuda de cirujano <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, aplicando la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y ha confirmado verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> ▪ El recuento completo del instrumental, gases y agujas <input type="checkbox"/> ▪ El etiquetado e las muestras (nombre del paciente, fecha nacimiento, , fecha de cirugía, y descripción general) <input type="checkbox"/> ▪ Los problemas con el instrumental <input type="checkbox"/>
¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que este marcado el sitio quirúrgico?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	El cirujano ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante): Paciente correcto <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico correcto <input type="checkbox"/> En caso de órgano bilateral ha marcado el sitio correcto <input type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar Posición correcta <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería han comentado al circulante: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria <input type="checkbox"/> ▪ El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> ▪ Los riesgos del paciente <input type="checkbox"/>
El anestesiólogo ha confirmado la realización de asepsia en sitio quirúrgico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	El anestesiólogo ha verificado que se hayan aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica _____	¿Ocurrieron eventos adversos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El anestesiólogo ha completado el control de seguridad de la anestesia al revisar medicamentos, equipo y funcionalidad, así como condiciones óptimas y riesgo anestésico del paciente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	El cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen y laboratorio que requiere: No procede <input type="checkbox"/> Si procede <input type="checkbox"/> Previsión de eventos críticos	¿Se registró el evento adverso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Dónde? _____
El anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El cirujano ha informado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pasos críticos sistematizados <input type="checkbox"/> ▪ La duración de la operación <input type="checkbox"/> ▪ La pérdida de sangre prevista <input type="checkbox"/> El anestesiólogo ha informado: La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía <input type="checkbox"/>	LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN
		NOMBRES: CIRUJANO _____ FIRMA _____ ANESTESIÓLOGO _____ FIRMA _____ ENFERMERA QUIRÚRGICA _____ FIRMA _____ ENFERMERA CIRCULANTE _____ FIRMA _____

Anexo 2. Formato de Lista de verificación previa a procedimientos de alto riesgo fuera de quirófano.



(Nombre de la Unidad Médica)

**LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO
FUERA DE QUIRÓFANO**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Alergias	
(1)	(2)	(3)	
4 Nombre del Procedimiento por realizar:			
Nombre de quién realiza el procedimiento			
Nombre de quién asiste el procedimiento:			
PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO, VERIFICAR:		Si	No
Paciente correcto		(7)	
Procedimiento correcto		(8)	
¿Tiene la disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes para la atención al paciente?		(9)	
¿El paciente cuenta con acceso vascular?		(10)	
¿El material y equipo está completo?		(11)	
¿Se verificó la fecha de esterilidad del equipo y material?		(12)	
¿Cuenta con el equipo necesario en caso de complicaciones, incluyendo la posibilidad de realizar maniobras de RCP?		(13)	
Si corresponde, ¿se realizó el marcaje o localización del sitio anatómico antes del procedimiento?		(14)	
Si corresponde, ¿existe riesgo de sangrado?		(15)	
¿Hubo Complicaciones durante el procedimiento? No _____ Si _____		(16)	
Si responde que si, ¿Cuál?:		(17)	
Observaciones.		(18)	
Nombre, firma y número de empleado de quien cotejó _____			

Anexo 3. Formato de Lista de verificación previa a procedimientos de alto riesgo fuera de quirófano

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Nombre completo del paciente	Nombre (s) completo del paciente iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s).
2.	Fecha de nacimiento	Registrar con número arábigo y en formato, Día (DD), Mes (MM) y Año (AAAA) la fecha de nacimiento del paciente.
3.	Alergias	Registrar el nombre (s) del medicamento, alimento, u otros factores que causen alergia al paciente.
4.	Nombre del procedimiento por realizar:	Registrar el Nombre (s) completo del procedimiento a realizar.
5.	Nombre de quién realiza el procedimiento	Registrar el Nombre (s) completo del profesional de la salud iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s) de quien realiza el procedimiento.
6.	Nombre de quién asiste el procedimiento:	Registrar el Nombre (s) completo del profesional de la salud iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s) de quien asiste el procedimiento.
7.	Paciente correcto	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No es el Paciente correcto
8.	Procedimiento correcto	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No es el Procedimiento es correcto
9.	¿Tiene la disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes para la atención al paciente?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿Tiene la disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes para la atención al paciente?
10.	¿El paciente cuenta con acceso vascular previo?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿El paciente cuenta con acceso vascular previo?
11.	¿El material y equipo está completo?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿El material y equipo está completo para llevar a cabo el procedimiento?
12.	¿Se verificó la fecha de esterilidad del equipo y material?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿Se verificó la fecha de esterilidad del equipo y material?

13.	¿Cuenta con el equipo necesario en caso de complicaciones, incluyendo la posibilidad de realizar maniobras de RCP?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿Cuenta con el equipo necesario en caso de complicaciones, incluyendo la posibilidad de realizar maniobras de RCP?
14.	Si corresponde, ¿se realizó el marcaje o localización del sitio anatómico antes del procedimiento?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No ¿se realizó el marcaje o localización del sitio anatómico antes del procedimiento?
15.	Si corresponde, ¿existe riesgo de sangrado?	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No a si ¿existe riesgo de sangrado?
16.	¿Hubo Complicaciones durante el procedimiento? No_____ Si_____ Si responde que sí, ¿Cuál?:	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, SI o No. Si la respuesta es SI, registrar en narrativa de forma clara y precisa los datos o acontecimientos más relevantes identificados como complicación.
17.	Observaciones	Registrar en narrativa de forma clara y precisa los datos o acontecimientos más relevantes identificados en el proceso de atención.
18.	Nombre, firma y número de empleado de quien cotejó	Registrar en Nombre completo, Número de Empleado y Firma del personal de enfermería que interviene en el proceso de cotejó.

Acción Esencial 5

Reducción de Riesgo de Infecciones

Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS)

Objetivo

Contribuir a la reducción de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS); a través del seguimiento y monitorización del Programa Integral de Higiene de Manos y los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) durante el proceso de atención del paciente en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Políticas de operación

- 1.** Dar cumplimiento al Programa Institucional de Higiene de Manos que incluya a todo el personal de la Unidad Médica; así como de la monitorización de la calidad del agua cada 2 días y apego los parámetros permisibles de cloro residual 0.2 a 1.0 mg/dl.
- 2.** Es responsabilidad del área administrativa de la Unidad Médica asegurar el abasto y mantenimiento de los insumos y equipo necesarios para la HM; entre los cuales se encuentran los jabones a base de detergentes que contienen ácidos grasos esterificados de hidróxido de sodio o potasio, así como clorhexidina y soluciones alcoholadas (alcohol al 70%).
- 3.** Se deberá utilizar en las Unidades de Cuidados Intensivos soluciones antisépticas a base de alcohol (60 al 70%) adicionando con clorhexidina (0.5 al 2%).
- 4.** Todo el personal multidisciplinario deberá hacer uso solamente de uniforme quirúrgico en áreas quirúrgicas y áreas críticas.
- 5.** Todo el personal multidisciplinario debe mantener las uñas cortas, limpias y evitar el uso de accesorios como: anillos, pulseras y/o otros que sean ajenos a la atención del paciente.
- 6.** De acuerdo las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud del Consejo de Salubridad General, 2017, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), debe coadyuvar a la prevención y reducción de la mortalidad y morbilidad causada por las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS), con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y Acciones de Seguridad del Paciente, así como conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y el Comité para la Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, (CODECIN) fomentando el trabajo en equipo.

7. De acuerdo las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud del Consejo de Salubridad General, 2017, el CODECIN debe llevar a cabo las funciones señaladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica y prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
8. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) observa y analiza la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociadas a estas, y analiza la información de acuerdo al Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), donde viene la cédula resultado de la célula única de gestión, para que durante la sesión del COCASEP y el CODECIN, con el personal de UVEH y los jefes de servicio identifiquen las áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionado con las infecciones asociadas a la atención de la salud y el uso racional de antimicrobianos.

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsable			
	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Subjefe de Enfermeras	Enfermera Jefa de Servicio	Personal de Enfermería
<p>Inicia Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Da a conocer el programa institucional de HM y la información necesaria a los profesionales de enfermería. (Anexo 1) 2. Coordina la capacitación continua del personal de base, nuevo ingreso y estudiantes de enfermería, sobre HM (Anexo 1 y 2) 3. Supervisa la HM a través de la aplicación de cédulas de medición que estipula la Unidad Médica. (Anexo 3) 4. Participa en el seguimiento y monitorización de la HM. 5. Participa en la elaboración del plan de mejora de la HM 6. Realiza la HM con agua y jabón durante 40 a 60 segundos al iniciar y terminar el turno(Anexo 1 y 2) 7. Realiza la HM con Gel alcohol (2 a 3 ml) durante 20 a 30 segundos después de tocar un paciente y/o la realización de un procedimiento no invasivo y que no implique contaminación con sangre o fluidos corporales. (Anexo 1 y 2) 8. Utiliza siempre guantes cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta. 9. Cambia por un nuevo par de guantes para el cuidado y preservar la seguridad del paciente. 	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 2 --> 4[4] 3 --> 5_1[5] 5_1 --> 3 4 --> 5_2[5] 5_2 --> 4 5_1 --> 6[6] 5_2 --> 6 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> A([A]) </pre>			

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsable			
	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Subjefe de Enfermeras	Enfermera Jefa de Servicio	Personal de Enfermería
<p>10. Utiliza un par de guantes nuevos cuando pasa de una zona contaminada a una zona limpia.</p> <p>11. Da seguimiento y monitorización a los procedimientos invasivos para disminuir las IAAS.</p> <p>12. Realiza los 5 momentos de la HM (Anexo 2)</p> <p>13. Realiza educación al paciente y familiar(es) sobre la HM.</p> <p>14. Realiza supervisión directa para verificar la adherencia del personal de enfermería a la práctica recomendada de la HM.</p> <p>15. Analiza la información del resultado de las mediciones proporcionadas por el personal Supervisor de Enfermería y la Enfermera Jefa de Servicio.</p> <p>16. Notifica y reporta el porcentaje de cumplimiento de la HM resultado de las evaluaciones realizadas a través de las cédulas de medición.</p> <p>17. Emite acciones de mejora sobre el programa de HM.</p> <p>Termina procedimiento</p>			<pre> graph TD B((B)) --> 10[10] 10 --> 11[11] 10 --> 12[12] 11 --> 13[13] 12 --> 13 13 --> 14[14] 14 --> 15[15] 15 --> 16[16] 16 --> 17[17] 17 --> Fin([Fin]) </pre>	

Anexo 1. Técnica de Lavado de manos y desinfección con alcohol gel

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entretejizando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Complete al lector la responsabilidad de la interpretación y el uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinféctese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



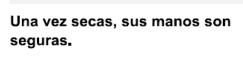
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entretejizando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.



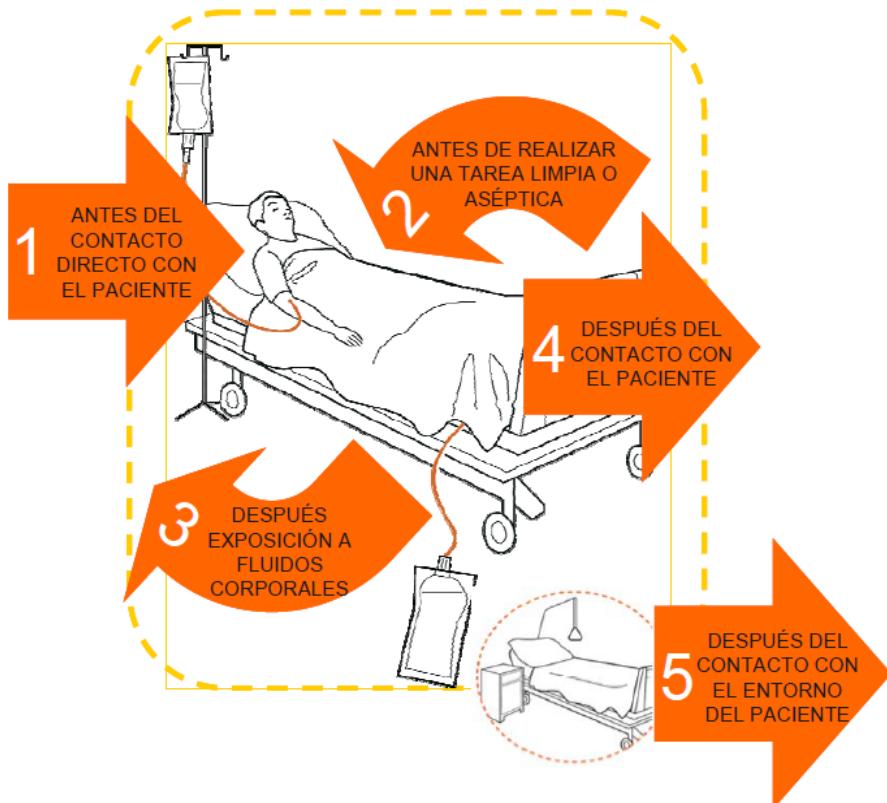
Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Complete al lector la responsabilidad de la interpretación y el uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Anexo 2. Cinco momentos para la Higiene de Manos



1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar al paciente, al final de la consulta o cuando ésta sea interrumpida. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno del paciente, cuando un área sea temporal y exclusivamente dedicada al paciente (incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización
Mundial de la Salud

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. La OMS agradece al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, y a los Hospitales Universitarios de Ginebra, en particular a los miembros del Programa de Control de las Infecciones, su participación activa en la elaboración de estos materiales.

Acción Esencial 6

Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Causa de Caídas

Objetivo

Prevenir el daño al paciente asociado con caídas en las Unidades Médicas del ISSSTE, mediante la identificación, evaluación y reevaluación del riesgo de sufrir caídas en los pacientes hospitalizados.

Políticas de operación:

- 1.** El cuarto de baño y regaderas deberán contar con barras de sujeción y con pisos y/o tapetes antiderrapantes, evitando escalones a la entrada y salida de este.
- 2.** La Unidad Médica deberá emitir los señalamientos correspondientes sobre las rutas de evacuación, presencia de rampas, desniveles en el suelo, y escaleras. Además, rampas y escaleras deben contar con cinta antiderrapante y en lo posible, la misma altura entre escalones.
- 3.** Todas las áreas de atención al paciente deben contar con una adecuada iluminación.
- 4.** Será responsabilidad del personal de intendencia mantener los pisos secos y colocar señalización cuando el piso éste mojado.
- 5.** Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario que transite en áreas comunes, mantener los pasillos libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, así como para su traslado.
- 6.** Es responsabilidad de la Subjefe de Enfermeras verificar que las acciones de prevención de caídas se lleven a cabo por todo el personal multidisciplinario.
- 7.** Es responsabilidad de la Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada dar seguimiento y monitoreo en las acciones de prevención del riesgo de caídas en el personal a su cargo.
- 8.** Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario promover entre los usuarios y familiares las medidas de prevención de caídas, así como el sistema de valoración y revaloración de riesgo de caídas.

- 9.** Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario identificar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria (condiciones físicas, mentales, emocionales, estado postoperatorio, ayuno, reposo prolongado, caídas previas, edad y medicación), a través de la escala de Crichton para la valoración de Riesgo de Caídas. (Anexo2).
- 10.** Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario reevaluar el riesgo de caídas a través de la escala de Crichton en:
- Cada cambio de turno
 - Cambio de área o servicio
 - Cambio en el estado de salud
 - Cambio o modificación del tratamiento

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsable			
	Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada	Personal de Enfermería	Jefe de Enfermeras/ Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Subjefe de Enfermeras
<p>Inicia procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica el funcionamiento de los barandales de camas, camillas y descansabrazos de las sillas de ruedas. 2. Verifica el funcionamiento de tripiés y dispositivos para la deambulación (bastones, silla de ruedas, andadera y muletas) así como verificar que se encuentran con gomas en los puntos de apoyo. 3. Verifica el funcionamiento de las barras de sujeción y las sillas de baño en regadera. 4. Reporta al área correspondiente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la prevención y disminución de riesgo de caídas. 5. Verifica que el personal de limpieza mantenga los pisos secos y coloque señalizaciones cuando el suelo se encuentre mojado. 6. Realiza valoración y reevaluación del riesgo de caídas a través de la escala de Crichton. (Anexo2). 7. Coloca cerca de la cama del paciente, un banco de altura para uso inmediato. 8. Verifica que el paciente utilice sandalias con suela antideslizante. 9. Ayuda al paciente a realizar cambios de postura e incorpora al paciente de manera paulatina sobre todo si ha permanecido por tiempo prolongado en decúbito. 10. Educa al paciente y familiar sobre el riesgo de caídas y el uso de aditamentos de ayuda como son: bastones, andadera entre otros. 11. Verifica que la habitación se encuentre bien iluminada. 	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> 11[11] 11 --> A{A} </pre>			

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsable			
	Enfermera Jefe de Servicio/ Encargada	Personal de Enfermería	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Subjefe de Enfermeras
<p>12. Educa al paciente y familiar que debe permanecer en su cama o cuna con los barandales en alto en todo momento.</p> <p>13. Mantiene las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan la vigilancia del paciente.</p> <p>14. Da seguimiento y monitorización para la prevención y disminución de riesgo de caídas.</p> <p>15. Notifica inmediatamente por escrito en el formato correspondiente el evento adverso de que un paciente sufrió una caída, cuando esto proceda; en colaboración con el personal de enfermería involucrado.</p> <p>16. Participa en la supervisión de prevención de caídas a través de la aplicación de cédulas de evaluación del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) (Anexo 1).</p> <p>17. Supervisa la adherencia del personal de enfermería a la de prevención de caídas a través de la Cédula de Evaluación de INDICAS (Anexo 1).</p> <p>18. Analiza la información del resultado de las mediciones proporcionadas</p> <p>19. Analiza la información resultado del Sistema de Notificación de Eventos Adversos.</p> <p>20. Emite acciones y propuestas de mejora para dar seguimiento.</p> <p>Termina procedimiento</p>	<pre> graph TD B[B] --> 12[12] 12 --> 13[13] 13 --> 14[14] 14 --> 15[15] 15 --> 16[16] 16 --> 17[17] 17 --> 18[18] 18 --> 19[19] 19 --> 20[20] 20 --> Fin((Fin)) </pre>			

Anexo 1. Indicador de Prevención de caídas a pacientes hospitalizados

SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD		INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD INDICADOR DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS												F1-TDE/02				
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS					TIPO DE UNIDAD Hospital				FECHA DE ELABORACIÓN:				SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA:					
NOMBRE DE LA UNIDAD:		ESPECIALIDADES MÉDICAS				ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS												
No. de caso	Genero a) Mujer b)Hombre	Fecha	Clave	Número de expediente	1. ¿Valora y registra los factores de riesgo de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria?		2. ¿Establece en el plan de cuidados las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída?		3. ¿Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente?		4. ¿Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída?		5. ¿Orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente?		6. ¿Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados ?		7. ¿Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente al paciente?	
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
Nombres completos, categoría y firma de quienes evalúan:																		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
Clave: 01 EE Posgrado 02 Lic. Enf. 03 EE Posttécnico 04 Enf. Gral. 05 Aux. Enf.																		

Anexo 2. Escala de Crichton para la Valoración de Riesgo de Caídas

Criterio de Riesgo	Evaluación
Limitación Física (Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por si mismo)	
Pacientes menores de 6 años y mayores de 65 años; pacientes con deterioro músculo esquelético como: fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso, (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad, (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limiten la actividad física.	2 puntos
Pacientes que no entran en las especificaciones anteriores de Limitación Física	0 punto
Estado Mental (Desviación del Estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente)	
Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.	3 puntos
Pacientes que no entren en las especificaciones anteriores del Estado Mental alterado.	0 puntos
Tratamientos Farmacológicos (Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo)	
Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitalicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.	2 puntos
Pacientes que no entren en las especificaciones anteriores	0 punto
Situaciones de Idioma o Socioculturales (Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación)	
Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas	2 puntos
Pacientes que no entren en las especificaciones anteriores	0 punto
Factores de Riesgo del área física (Persona que está expuesta a factores del entorno que puedan considerarse de riesgo adicional)	
Se considerarán los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas triples, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc.	1 punto
Pacientes que no entren en las especificaciones anteriores	0 puntos

Resultado de la Valoración

Puntos y Código para la Clasificación de Riesgo		
Riesgo	Puntos	Tarjeta
Alto Riesgo	4 a 10	Roja
Mediano Riesgo	2 a 3	Amarilla
Bajo Riesgo	0 a 1	Verde

Acción Esencial 7 Registro y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas

Objetivo

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinela, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia y a nivel nacional permite emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Cuasi falla	.Falta o error que no ocurrió.
Evento adverso.	Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.
Evento adverso sin daño.	Incidente o error que llegó al paciente y no se presentó daño visible o cuantificable.
Evento centinela.	Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

Políticas de operación

- 1.** Las Unidades Médicas utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), elaboró para tal efecto y que se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES, <http://desdgces.salud.gob.mx/srea/>
- 2.** El registro de eventos adversos se debe realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados.
- 3.** Todos los registros de eventos adversos son anónimos.
- 4.** El registro del evento adverso en el Sistema debe ser aprobado previamente por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de la Unidad Médica.
- 5.** Todos los eventos centinela deben ser analizados a través de la técnica de Análisis Causa Raíz (ACR).
- 6.** Los resultados del registro de eventos adversos se presentarán en el COCASEP, con el fin de establecer las acciones de mejora.
- 7.** Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal de la Unidad Médica en una de sus sesiones generales.
- 8.** En caso de presentar un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización, éste deberá ser notificado al servicio de Inmunizaciones durante las primeras 24 horas.
- 9.** Al menos deberán notificarse, registrarse y analizarse lo siguiente:
 - Muerte imprevista, no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
 - Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.

- Riesgo potencial o inminente de que ocurra las dos anteriores
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponente o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal.
- Entrega de cadáveres a familiar o representante legal.
- Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización.

- 10.** La Jefe de Enfermeras/ Subjefe de Enfermeras debe concientizar a la Enfermera Jefe de Servicio/ Responsable, que se debe notificar todos los eventos adversos, haciendo énfasis que la notificación no es de carácter punitivo; sino de gestión para mejorar la calidad en la atención.
- 11.** La Enfermera Jefe de Servicio, debe realizar una sesión mensual Y presentar los resultados en cada sesión del COCASEP, con la finalidad de concientizar la importancia sobre la notificación de eventos adversos y reforzar el principio de acción no punitiva.
- 12.** El personal involucrado debe participar en la entrevista para tratar de identificar los fallos en el proceso.
- 13.** Todo el personal debe mantener la confidencialidad y discrecionalidad, así como los principios éticos propios de la profesión para preservar la integridad y dignidad de las personas involucradas en el evento.
- 14.** Todo el personal multidisciplinario deberá de conocer el sistema para notificación de eventos adversos.
- 15.** La Enfermera Jefa de Servicio/Encargada junto con el personal operativo debe hacer las definiciones operacionales de evento adverso correspondientes a cada servicio.
- 16.** El equipo para el análisis del evento adverso deberá estar conformado por: el Profesional de salud con mayor experiencia en el grupo de pacientes y procedimientos que fallaron, coordinador y/o experto en la herramienta de Análisis Causa Raíz (ACR), el profesional de la salud del servicio donde se presentó el evento a analizar y los profesionales involucrados (para entrevista), si es pertinente integrar asesores jurídicos.

17. El equipo para el análisis del evento adverso se distribuirá las funciones de la siguiente manera:

- Líder Clínico (profesional con mayor experiencia clínica).
- Coordinador/Integrador de ACR (experto en utilización de ACR).
- Analistas (Profesionales clínicos).
- Participantes (profesionales clínicos entrevistados).
- Expertos externos (abogados si es necesario).

18. El método para el análisis del evento adverso se llevará de acuerdo de la siguiente manera:

La Enfermera Jefe de Servicio, Subjefe de Enfermeras y Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería para la primera sesión deben tener la siguiente información:

- Expediente clínico del paciente.
- Evaluación integral del daño.
- Personal involucrado (clínico y administrativo).
- Momento y condiciones en que se detectó en daño.

Durante esta primera sesión se debe realizar la entrevista al personal involucrado para analizar, estructurar y redactar la descripción del mapa de hechos, así mismo se canalizará a psicología al personal involucrado en caso necesario o a solicitud del interesado (atención a segunda víctima).

Además, se deben analizar si hubo omisión en el cumplimiento de las barreras de seguridad del paciente que se describen en las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente y en los procesos sustantivos (o de atención clínica) del servicio.

Se tomará en cuenta el resultado de los indicadores que reporta la Enfermera Jefe de Servicio de forma mensual relacionados con la seguridad del paciente, así como la capacitación que ha recibido el personal.

En la segunda sesión, para esta ya no es necesaria la presencia del personal involucrado ya que la finalidad es realizar el análisis causa raíz tomando en cuenta los 9 factores contribuyentes (FC) que son:

- Factores del paciente.
- Factores individuales.
- Factores de tarea.
- Factores de comunicación.
- Factores sociales y de equipo.
- Factores de formación y entrenamiento.
- Factores de equipamiento y recursos.
- Condiciones de trabajo.
- Factores organizativos y estratégicos.

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsables			
	Personal de Enfermería	Enfermera Jefe de Servicio	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Equipo para el análisis del evento adverso
<p>Inicia procedimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> Notifica inmediatamente al médico tratante una vez que se ha presentado un evento adverso. Asiste al paciente hasta estabilizarlo y si es necesario trasladarlo a la unidad de cuidado intensivo o algún otro servicio hospitalario que se requiera. Notifica a la Enfermera Jefe de Servicio y Subjefe de Enfermeras que sucedió un evento adverso. Realiza el registro del evento adverso con las áreas correspondientes. Conforma un equipo de acuerdo con la política 16 para el Análisis Causa Raíz (ACR) del evento adverso en un plazo no mayor a 7 días, en caso de que el evento esté relacionado con el personal de enfermería. Se distribuye las funciones el equipo para el análisis causa raíz de acuerdo con la política 17. Realiza la primera sesión con el método de análisis del evento adverso de acuerdo con la política 18. 	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4_1[4] 4_1 --> 4_2[4] 4_2 --> 4_3[4] 4_3 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> A{A} </pre>			

Diagrama de Flujo				
Actividad	Responsables			
	Personal de Enfermería	Enfermera Jefe de Servicio	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Equipo para el análisis del evento adverso
<p>8. Realiza la segunda sesión de acuerdo con la política 18.</p> <p>9. Analiza los factores contribuyentes y se deben determinar las causas que propiciaron el evento adverso.</p> <p>10. Realiza las recomendaciones (estrategias de mejora) que se realizarán por escrito en un informe final y se entregará una copia a la Enfermera Jefe de Servicio/Encargada para que realice e implemente un plan de mejora.</p> <p>11. Implementa en un plazo máximo de quince días el plan de mejora.</p> <p>12. Da seguimiento y supervisión al plan de mejora.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>				<pre> graph TD B{B} --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> 11_1[11] 10 --> 11_2[11] 11_2 --> 12[12] 12 --> Fin([Fin]) </pre>

Anexos 1. Formato de reporte de evento adverso



NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA
REPORTE DE EVENTO ADVERSO

Servicio:	2	Jornada:	3	Fecha y Hora:	4
-----------	---	----------	---	---------------	---

1

Nombre del paciente:	5
----------------------	---

Fecha de nacimiento	6	Edad	7	Género	8	No. Expediente.	9
---------------------	---	------	---	--------	---	-----------------	---

Tipo de evento adverso	10
------------------------	----

Cuasi falla.	Evento adverso.	Evento centinela.	Evento sin daño
--------------	-----------------	-------------------	-----------------

Describa con detalle el evento adverso:	11
---	----

Personal involucrado.	12
-----------------------	----

Médico.	Enfermería.	Camillería.	Otro.
---------	-------------	-------------	-------

Personal que notificó:	13
------------------------	----

Médico.	Enfermería.	Camillería.	Otro.
---------	-------------	-------------	-------

Describe el momento y las condiciones en los que se detectó el evento:	14
--	----

Determinación del Daño al paciente.

Grado	Niveles de gravedad
Sin daño	<u>Impacto evitado:</u> cualquier incidente de seguridad del paciente que tuvo el potencial de causar daño, pero fue evitado, resultado sin daño alguno para los pacientes. <u>Impacto no evitado:</u> cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido, pero sin producir ningún daño a los pacientes.
Bajo	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.
Moderado	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo, pero no permanente a uno a más pacientes.
Grave	Cualquier incidente de seguridad del paciente que tiene como resultado un daño permanente en uno a más pacientes.
Muerte	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes.

Daño Causado al paciente_____

15

Atención e intervenciones médicas que requirió el paciente que presentó el evento adverso.

16

Anexo 3. Formato de Registro de Reporte Adverso

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Nombre de la Unidad.	Nombre completo de la Unidad Médica.
2.	Servicio	Nombre del Servicio/Especialidad Médica en donde ocurrió el evento adverso
3.	Jornada	Registrar la jornada en la que ocurrió el evento adverso
4.	Fecha y hora	Registrar con número arábigo, la fecha correspondiente al día en la que se registró el evento adverso en formato DD/MM/AAAA. Registrar con número arábigo y en horario en formato de 24 horas, la correspondiente en la que se registró el evento adverso. Ejemplo. 09:30 h., 16:20 h.
5.	Nombre del paciente	Nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, materno y nombres (s).
6.	Fecha de nacimiento	Registrar con número arábigo y en formato, Día (DD), Mes (MM) y Año (AAAA) la fecha de nacimiento del paciente.
7.	Edad	Con número arábigo la cantidad en años cumplidos y según corresponda en Años, Meses y/o Días. <ul style="list-style-type: none"> • En Años a partir de los 2 años y en adelante. • En Años y Meses para los Lactantes. • En días para los Recién Nacidos
8.	Género	Registrar el género con el que se identifique el paciente.
9.	No. de Expediente	El número de expediente asignado por la Unidad Médica.
10.	Tipo de evento Adverso	Registrar marcando con una “✓” la clasificación correspondiente al evento adverso
11.	Describa con detalle el evento adverso	Registrar en narrativa de forma clara, detallada y ordenada los acontecimientos del evento adverso.
12.	Personal involucrado	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, el personal involucrado en el evento adverso.
13.	Personal que notificó	Registrar marcando con una “✓” según corresponda, el personal que notificó el evento adverso.
14.	Describe el momento y las condiciones en los que se detectó el evento	Registrar en narrativa de forma clara, detallada y ordenada las condiciones en los que se detectó el evento adverso.
15.	Daño Causado al paciente	Registrar de acuerdo con la descripción de la Determinación del Daño al paciente que estuvo involucrado en el evento adverso.
16.	Atención e intervenciones médicas que requirió el paciente que presentó el evento adverso.	Registrar en narrativa de forma clara, detallada y ordenada las Atención e intervenciones médicas que requirió el paciente que presentó el evento adverso.

Acción Esencial 8 Cultura de Seguridad del Paciente.

Objetivo

Estandarizar la medición para la cultura de seguridad del paciente, en el ámbito hospitalario con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en las Unidades Médicas del ISSSTE.

Políticas de operación

- 1.** Realizar anualmente la medición de la cultura de seguridad del paciente utilizando el cuestionario de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG CES).
- 2.** Participa en la medición de la cultura de seguridad del paciente todo el personal médico y de enfermería de todos los turnos y que están en contacto directamente con el paciente.
- 3.** La medición de la cultura de seguridad del paciente es anónima.
- 4.** El proceso de medición se hará de acuerdo con el proceso operativo para la medición de la cultura de seguridad del paciente establecido por la DG CES, disponible en su página electrónica.
- 5.** Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.
- 6.** Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal de la Unidad Médica en una sesión general para identificar de manera conjunta, áreas de oportunidad para la mejora.

Diagrama de Flujo		
Actividades	Responsables	
	Jefe de Enfermeras/Jefe de Enseñanza / Calidad en Enfermería	Personal de enfermería
<p>Inicia procedimiento</p> <p>1. Domina la Encuesta de la DGCES para la cultura de seguridad del paciente.</p> <p>2. Aplica la encuesta de la DGCES para la cultura de seguridad del paciente al personal de enfermería.</p> <p>3. Responde la encuesta de la DGCES para la cultura de seguridad del paciente.</p> <p>4. Analiza los datos estadísticos que obtuvo de la encuesta de la DGCES para la cultura de seguridad del paciente.</p> <p>5. Aplica una supervisión interna de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).</p> <p>6. Analiza los resultados de la supervisión interna de las AESP.</p> <p>7. Elabora el Plan de Mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.</p> <p>8. Implementa el Plan de Mejora.</p> <p>9. Aplica los indicadores para monitorización del Plan de Mejora.</p> <p>10. Evalúa el Plan de Mejora.</p> <p>Termina el procedimiento</p>	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> Fin([Fin]) 10 --> 3 </pre>	<p>Personal de enfermería</p>

Anexo 1 Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México.

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

Indicaciones:

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital.

El contestarlo le tomará sólo entre 10 y 15 minutos. Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo, puede usted dejarla en blanco.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas, consulte al gestor de calidad de su establecimiento de salud.

- Un “**incidente**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no
- Un “**evento adverso**” es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- “**Seguridad del paciente**” atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- “**Cultura de Seguridad del Paciente**” se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione "unidad", usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.

¿Cuál es su profesión?

- Personal médico Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

- Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada

¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital? Marque solo UNA respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
 b. Medicina (No-quirúrgica)
 c. Cirugía
 d. Obstetricia
 e. Pediatría
 f. Urgencias
 g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
 h. Salud mental/Psiquiatría
 i. Rehabilitación
 j. Farmacia
 k. Laboratorio
 l. Radiología
 m. Anestesiología
 n. Otro, por favor, especifique: _____

SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene SOLO EL CÍRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL. Observe que en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

PIENSE UN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.....	①	②	③	④	⑤
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.....	①	②	③	④	⑤
3. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	①	②	③	④	⑤
4. 4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	①	②	③	④	⑤
5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes.....	①	②	③	④	⑤
7. Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
8. El personal siente que los errores son utilizados en su contra.....	①	②	③	④	⑤
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo.....	①	②	③	④	⑤
10. En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad.....	①	②	③	④	⑤
11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden.....	①	②	③	④	⑤
12. Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema.....	①	②	③	④	⑤
13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.....	①	②	③	④	⑤
14. Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis", tratando de hacer mucho y muy rápidamente.....	①	②	③	④	⑤
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.....	①	②	③	④	⑤
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral.....	①	②	③	④	⑤
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.....	①	②	③	④	⑤
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN círculo.

PIENSE UN SU SUPERVISOR/ JEFE	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos.....	①	②	③	④	⑤
2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando aumente la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.....	①	②	③	④	⑤
4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN C: Comunicación

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	La mayoría				
	Nunca	Rara vez	A veces	de las veces	Siempre
▼	▼	▼	▼	▼	
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio.....	①	②	③	④	⑤
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente.....	①	②	③	④	⑤
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio.....	①	②	③	④	⑤
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.....	①	②	③	④	⑤
5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	①	②	③	④	⑤
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	La mayoría				
	Nunca	Rara vez	A veces	de las veces	Siempre
▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. Cuándo se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?..	①	②	③	④	⑤
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SECCIÓN F: Su Hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones DE SU HOSPITAL (no de su unidad o área de trabajo). Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.....	①	②	③	④	⑤
2. Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas.....	①	②	③	④	⑤
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital.....	①	②	③	④	⑤
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	①	②	③	④	⑤
5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de paciente durante los cambios de turno.....	①	②	③	④	⑤
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital.....	①	②	③	④	⑤
7. Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital.....	①	②	③	④	⑤
8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad.....	①	②	③	④	⑤
9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso.....	①	②	③	④	⑤
10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.....	①	②	③	④	⑤
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Marque una sola respuesta.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> a. Ninguno | <input type="radio"/> d. 6 a 10 eventos |
| <input type="radio"/> b. 1 a 2 eventos | <input type="radio"/> e. 11 a 20 eventos |
| <input type="radio"/> c. 3 a 5 eventos | <input type="radio"/> f. 21 o más eventos |

SECCIÓN H: Información complementaria

Esta información ayudará para el análisis de los resultados de la encuesta. Marque UNA respuesta rellenando el círculo que corresponde.

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> a. Menos de 1 año | <input type="radio"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="radio"/> b. De 1 a 5 años | <input type="radio"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="radio"/> c. 6 a 10 años | <input type="radio"/> f. 21 años o más |

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en el que labora actualmente?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> a. Menos de 1 año | <input type="radio"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="radio"/> b. De 1 a 5 años | <input type="radio"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="radio"/> c. 6 a 10 años | <input type="radio"/> f. 21 años o más |

3. ¿Habitualmente, cuántas horas trabaja por semana en este hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="radio"/> d. De 60 a 79 horas por semana |
| <input type="radio"/> b. De 20 a 39 horas por semana | <input type="radio"/> e. De 80 a 99 horas por semana |
| <input type="radio"/> c. De 40 a 59 horas por semana | <input type="radio"/> f. 100 horas por semana o más |

4. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en este hospital? Marque una sola respuesta.

- a. Enfermera general titulada g. Otros, por favor especifique
- b. Enfermera especialista titulada
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Médico residente
- e. Médico general
- f. Médico especialista

5. ¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?

- a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
- b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
- c. 6 a 10 años f. 21 años o más

SECCIÓN I: Sus comentarios

Por favor escriba los comentarios adicionales que deseé hacer sobre la seguridad del paciente, error, o reporte de eventos en su hospital.

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

Esta encuesta es una traducción realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.

Anexos



Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

- 1 - Identificación del paciente.**
- 2 - Comunicación efectiva.**
- 3 - Seguridad en el proceso de medicación.**
- 4 - Seguridad en los procedimientos.**
- 5 - Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.**
- 6 - Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.**
- 7 - Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y casi fallas.**
- 8 - Cultura de seguridad del paciente.**



Glosario

- **AESP:** Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- **Alcoholes:** Utilizados como antisépticos de manos contienen isopropanol, etanol y n-propanol o una combinación de estos dos productos y tienen la capacidad de desnaturalizar proteínas. Estas soluciones contienen un 60-95% de alcohol y son más eficaces. Presentan una actividad in vitro frente a bacterias Gram positivas y Gram negativas incluyendo microorganismo multirresistentes.
- **Brazalete de identificación:** dispositivo que se le coloca al paciente en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente
- **Caídas.** Sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga (OMS).
- **Cuasi falla:** Falta o error que no ocurrió.
- **Clorhexidina al 2% y 4%.** Es una bisbiguanida catiónica, que tiene una actividad antimicrobiana atribuida a su unión y disrupción de la membrana citoplasmática, su actividad antimicrobiana es más lenta que la del alcohol y tiene buena actividad frente a bacterias Gram positiva y algo menor con bacterias Gram Negativas y hongos, y escasa frente a M. Tuberculosis y no es activa contra las esporas. Actividad residual hasta de seis horas, lo cual previene la aparición de microorganismos y su actividad mínimamente por la presencia de materia orgánica
- **Comunicación Efectiva:** Es la habilidad para comunicar/transmitir ideas, opiniones o pensamientos clara y consistentemente, para que sean fácilmente entendidos; así como la habilidad de escuchar atentamente.
- **Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- **Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención en salud.
- **Evento centinela.** Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.
- **Emisor:** Es la persona que genera el mensaje (indicaciones médicas y reportes de resultados urgentes, de patología, imagenología o gabinete verbales o telefónicas) y lo transmite por medio de un canal al receptor.
- **Estudios transoperatorios:** Es el procedimiento solicitado durante alguna intervención quirúrgica que se realiza con estudio citológico y cortes por congelado del tejido enviado para realizar un diagnóstico histopatológico que defina la conducta quirúrgica.

- **Higiene de Manos: (HM)** término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavado con antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación o antisepsia quirúrgica de manos.
- **IAAS.** Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- **Lista de verificación de cirugía segura:** Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.
- **Medicación segura:** estrategia de seguridad del paciente que pretende reducir errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.
- **Paciente:** Individuo que interactúa con el personal de salud en los procesos de atención médica.
- **Receptor:** Es la persona a quien va dirigido el mensaje; realiza el proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta dicho mensaje.
- **Time Out:** Tiempo fuera.
- **Urgencia médica:** Lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

Referencias

1. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Consejo de Salubridad General, 2017.
2. Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) DOF. 13 de junio de 2008
3. Boletín CONAMED – OPS. Órgano de difusión del Centro colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. Noviembre – diciembre 2015.
4. Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Edición 2018.
5. Guia de Practica Clinica en Enfermería – Medicamentos de Alto Riesgo, 2017
6. Guía Técnica para el análisis causa-raíz de eventos adversos en hospitales, 2013. DGCES, SSA, México8.
7. Guía Técnica para la Elaborar o Actualizar Manuales Institucionales. Dirección de Tecnología y Desarrollo Institucional. Versión 3. 1ºAbril 2015.
8. Informe Anual (2015). Dirección General de Epidemiología. Red Hospitalaria de Vigilancia epidemiología. RHOVE.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF 15 de octubre del 2012.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012 Etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios
12. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Referente a "Protección ambiental-salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo". Última reforma publicada 1 de noviembre de 2001
13. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. OMS, 2009
14. Programa Institucional “Higiene de Manos”. Dirección Médica. Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria. Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud. Código: HM.DM.SPPS. SRAH.SGES.01. Versión 0.1.1. 11 Diciembre 2018.