



IMSS BIENESTAR

SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD

DIVISIÓN DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA

NOVIEMBRE DE 2024



DIRECTORIO

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Dirección General

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Unidad de Atención a la Salud

Dr. Rosbel Toledo Ortiz
Coordinación de Educación, Investigación y Calidad

Dra. L. Arlette Saavedra Romero
Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dra. Alethse de la Torre Rosas
Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dra. María Cristina Upton Alvarado
Encargada de la Coordinación de Hospitales Estatales de Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. María Olivia López Silva
Coordinación de Enfermería

Dr. Gabriel Padrón Segura
Coordinación de Supervisión

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Coordinación de Epidemiología

Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez
Coordinación de Programas Preventivos

Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte
Coordinación de Normatividad y Planeación Médica



PARTICIPANTES:

Por la Coordinación de Educación, Investigación y Calidad:

Dr. Rosbel Toledo Ortiz
Titular de la Coordinación de Educación, Investigación y Calidad

Dr. Arturo González Ledesma
Titular de la División de Calidad y Certificación Médica

Dra. Abigail Meza Chávez
Subdirectora de Certificación Médica

Dra. Concepción Grajales Muñiz
Jefa de Departamento de Sistemas Críticos para la Seguridad del paciente

Dr. Elías Flores Castellanos
Titular de la Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad

QFB. Ana María Chávez Hernández
Analista del Departamento de Sistemas Críticos para la Seguridad del paciente

Dr. Omar Antonio Sánchez Pérez
Analista de la Subdirección de Calidad

Mtra. Luz Alejandra Cano Collado
Líder de Proyecto Médico en la División de Educación y Formación en Salud

Por la Coordinación de Enfermería:

Dra. María Olivia López Silva
Titular de la Coordinación de Enfermería

Mtra. Estefanía Rosas Juárez
Jefe de Departamento de Calidad y Vinculación de los Programas de Enfermería. Primer Nivel

Mtra. Lupita Koyoc Alonso
Jefe de Departamento de Procesos Técnicos e integrales de Enfermería. Primer Nivel

E.E.Q. Christian Manuel Díaz García
Analista del Departamento de Calidad y Vinculación de los Programas de Enfermería. Primer Nivel



Contenido

1. Introducción	5
2. Objetivo	6
3. Fundamento legal	6
4. Ámbito de aplicación	6
5. Disposiciones	7
5. Políticas	9
5.1. Políticas generales	9
5.2. Políticas específicas	10
6. Definiciones	44
7. Mecanismos de Vigilancia y Evaluación	47
8. Interpretación	47
9. Evaluación	48
10. Referencias:	59
12. Anexos	60



1. Introducción

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención sanitaria, definido como el conjunto de medidas y acciones implementadas para prevenir, reducir y mitigar el riesgo de daño innecesario durante la atención de salud. El concepto implica la identificación de riesgos y eventos adversos, que para evitarlos se implementan medidas preventivas que funcionan como barreras de seguridad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente⁶ como "la ausencia de un daño evitable en la atención de salud recibida por un paciente, y la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención de salud a un mínimo aceptable". Esto no implica únicamente la prevención de errores, sino la creación de un entorno en el que el riesgo de daño sea monitoreado, gestionado y minimizado continuamente.

La seguridad del paciente implica reducir a un mínimo aceptable el riesgo de daños innecesarios asociados a la atención médica. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente actúan como barreras de seguridad que mitigan las consecuencias de actos inseguros. Estas acciones garantizan una atención limpia y sin errores, simplifican los procesos y mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud. Se suman al reconocimiento de los beneficios que se obtienen con su implementación, así como a la necesidad de promover y mejorar la seguridad del paciente en los EAM en todos los niveles, con énfasis en la atención primaria de la salud, así como en la atención médica, bajo un enfoque de derechos humanos, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal. Asimismo, identifica la necesidad de generar una transición de los procesos actuales y burocratizados, hacia "una lógica integral centrada en las personas y en la capacidad resolutoria de sus problemas de salud, es decir, una visión centrada en la calidad"⁷.

La frecuencia y magnitud de los eventos adversos representan un enorme reto en términos de pérdida de vidas, además, significa una gran carga financiera para las organizaciones prestadoras de servicios de salud, situación a la que se añaden factores como la pérdida de confianza tanto por los usuarios como por los prestadores de los servicios.

Asimismo, adoptar un enfoque integral en la seguridad del paciente permite generar un entorno donde la comunicación y la colaboración entre todos los actores del sistema de salud se conviertan en pilares fundamentales. Esto no solo contribuye a un manejo más efectivo de los riesgos, sino que también refuerza la capacidad de los servicios de salud para ofrecer una atención digna y respetuosa.

En este sentido, la presente guía busca ser un recurso práctico y valioso para los Establecimientos de Atención Médica (EAM) del IMSS-BIENESTAR, facilitando la implementación de acciones que promuevan un entorno seguro y centrado en el paciente. Con el compromiso conjunto de todos los profesionales de la salud, podemos avanzar hacia la construcción de un sistema de salud más seguro, eficiente y humano, alineado con las mejores prácticas internacionales y los principios establecidos por la OMS.



2. Objetivo

Implementar y estandarizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente mediante actividades específicas que actúen como barreras de seguridad, con el fin de incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos de atención médica, mejorando así la seguridad de los pacientes en los Establecimientos de Atención Médica de los tres niveles del IMSS-BIENESTAR.

3. Fundamento legal

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917; artículo 77 Bis 5, fracción V, de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 2024; artículos 1, 2 y 4, fracciones II y III del Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2022; artículo 25 fracciones XX, XXI, XXII XXIII y XXV, artículo 30, fracciones II,VI y VII, artículo 32, fracciones XII Y XIII del Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2023, su adición publicada el 27 de septiembre del 2023 y sus modificaciones publicadas el 14 de febrero de 2024, el 27 de mayo de 2024 en el Diario Oficial de la Federación y el Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR publicado en el DOF el 10 de octubre de 2023 y las modificaciones, adiciones y derogaciones al Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, que incorporan las figuras de las Coordinaciones de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, aprobadas el 20 de marzo de 2024 en la Quinta Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno de “IMSS-BIENESTAR”; y las publicaciones en el DOF el 08/09/2017 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y el 29 de junio 2023 ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, por el Consejo de Salubridad General y el Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad CUNCEEC actualizados en julio de 2023.

4. Ámbito de aplicación

El presente lineamiento es de observancia obligatoria para las Coordinaciones Normativas de la Unidad de Atención a la Salud; las Coordinaciones Estales del IMSS-BIENESTAR en el ámbito de su competencia como la Jefatura de Servicios de Atención a la Salud, la Jefatura de Servicios Administrativos y Finanzas, la Jefatura de Servicios Jurídicos, el Departamento de Atención Médica, el Departamento de Supervisión y Desarrollo en Salud, el Departamento de Epidemiología, el Departamento de Enfermería, el Departamento de Programas Preventivos, el Departamento de Educación e Investigación, la Oficina de Educación en Salud, la Oficina de Investigación en Salud, la Oficina de Calidad; los Equipos de conducción; las Representaciones estatales del IMSS-BIENESTAR y las Unidades Médicas en donde se realicen actividades de atención a la salud del IMSS-BIENESTAR.



5. Disposiciones

6.1. Disposiciones Generales

- 4.1.1. El incumplimiento del contenido del presente documento, por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.
- 4.1.2. El incumplimiento del contenido del presente documento por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.
- 4.1.3. El personal realizará sus labores con apego a los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia; a través de las pautas de conducta de: buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad y no discriminación; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos.
- 4.1.4. El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre mujeres y hombres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción, hechas hacia un género representan a ambos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención resulte necesaria la precisión de algún género en particular.
- 4.1.5. La Coordinación de Educación e Investigación a través de la División de Calidad y Certificación Médica, tendrá la facultad de interpretar el presente lineamiento, así como resolver los casos especiales y no previstos en el presente.

4.2. Disposiciones Específicas

- 4.2.1. **La Unidad de Atención a la Salud** mediante las Coordinaciones de Educación e Investigación (CEI) y de Enfermería, a través de las Divisiones de Calidad y Certificación Médica (DCCM) y de Enfermería de Primer, Segundo y Tercer Nivel serán responsables de verificar el cumplimiento del presente lineamiento.
- 4.2.2. Promoverá la colaboración entre las Coordinaciones de la Unidad de Atención de la Salud para establecer mecanismos que faciliten la implementación, difusión, capacitación y evaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, para coadyuvar en la mejora de la calidad en la atención médica.
- 4.2.3. Promoverá la interacción de las Coordinaciones de la Unidad de Atención de la Salud con otras Coordinaciones del IMSS- BIENESTAR para establecer los mecanismos de abasto de insumos, aseguramiento de equipo y generación de recursos didácticos.
- 4.2.4. Definirá los manuales, lineamientos, programas y estrategias en el marco de las políticas institucionales y sectoriales en materia de calidad y seguridad del paciente.



- 4.2.5. Establecerá coordinación con la Dirección General de Educación y Calidad en Salud y el Consejo de Salubridad General para alinear las estrategias al Programa Nacional de Salud.

4.3. La División de Calidad y Certificación Médica:

- 4.3.1. Definirá las estrategias para la implementación y evaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 4.3.2. Detectará las necesidades de capacitación de los recursos humanos para fortalecer las competencias del personal de salud para la aplicación de las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente que coadyuven en mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como promover los estudios de investigación médica.
- 4.3.3. Establecerá los criterios y mecanismos de un sistema de evaluación para las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.
- 4.3.4. Establecerá coordinación con las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR para aplicación de acciones de mejora que permitan encauzar y sistematizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Atención Médica.

4.4. Las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR

- 4.4.1. Realizarán actividades de supervisión, asesoría y evaluación del presente Lineamiento para la Implementación de Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.
- 4.4.3. Verificarán que los Establecimientos de Atención Médica hospitalaria y ambulatorios cuenten con los insumos necesarios para aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
- 4.4.4. Atenderán las necesidades detectadas por los equipos de conducción en las regiones y zonas de implementación.
- 4.4.5. Coordinarán el seguimiento de los procesos de implementación en las unidades de salud con los equipos de salud y cuerpos de gobierno.

4.5. Los Equipos Regionales y Zonales de Supervisión

- 4.5.1. Realizarán actividades de supervisión y asesoría para la implementación de las Acciones Esenciales de Seguridad del paciente en los Establecimientos de Atención Médica.
- 4.5.2. Evaluarán la capacitación y las competencias técnicas de los equipos de salud para la aplicación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 4.5.3. Darán seguimiento a la gestión de solicitudes de insumos para apoyo de las Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.
- 4.5.4. Se encargarán de la evaluación de resultados e indicadores de la implementación y seguimiento de la Acciones Esenciales de la Seguridad del Paciente.



5. Políticas

5.1. Políticas generales

- 5.1.1. Para dar cumplimiento puntual, el director y cuerpo de gobierno de cada Establecimiento de Atención Médica deberán impulsar las estrategias para el diseño, difusión, capacitación, implementación, monitoreo y mejora continua de las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP)¹⁻⁶, de acuerdo con el contexto y características de su unidad, para que se realicen en la forma correcta, en el momento oportuno y por el personal con las competencias necesarias.
- 5.1.2. La persona titular del establecimiento será responsable de nombrar a una persona que fungirá como coordinador del Programa de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
- 5.1.3. El responsable del Programa debe conformar un equipo de trabajo eficiente, integrando a todas las áreas involucradas en la implementación, mantenimiento, control, supervisión y mejora continua de cada AESP.
- 5.1.4. El personal de salud de los Establecimientos de Atención Médica hospitalarios y ambulatorios, aplicarán las barreras de seguridad para dar cumplimiento a las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente:
 - A) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1 /Meta Internacional de Seguridad del Paciente No. 1

Identificación Correcta de los pacientes

Con el objetivo de mejorar la precisión de la identificación de pacientes unificando este proceso en los EAM, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente nombre completo y fecha de nacimiento que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

- B) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.2 / Meta Internacional de Seguridad del Paciente No. 2

Comunicación Efectiva

Con el objetivo de reducir los errores durante el proceso de atención al paciente y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, paciente, familiar, cuidador o acompañante; a fin de obtener información correcta, oportuna y completa mediante el uso de la herramienta validada SAER (por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) y reducir los errores relacionados con la emisión de indicaciones verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar.

- C) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.3 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 3

Seguridad en el proceso de Medicación



Con el objetivo de fortalecer las acciones relacionadas con la selección y adquisición, el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación.

- D) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.4 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 4

Seguridad en los procedimientos

Con el objetivo de reforzar las prácticas de seguridad y reducir los eventos adversos y centinela a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento y el paciente correcto, tanto en procedimientos quirúrgicos como en procedimientos de alto riesgo realizados dentro y fuera de la sala de operaciones debe emplearse dentro de todas los EAM del IMSS-BIENESTAR el Protocolo Universal que incluye (marcado del sitio quirúrgico, lista de verificación y tiempo fuera.

- Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.5 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 5

Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)

Con el objetivo de coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, por medio de la implementación de un Programa Institucional de Higiene de manos durante el proceso de atención médica.

- E) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.6 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 6

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Con el objetivo de identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes a fin de reducir el riesgo de caídas.

- F) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.7

Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela

Con el objetivo de generar información sobre las cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, 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 eventos centinela en los Establecimientos de Atención Médica.

- G) Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.8

Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención Con el objetivo de generar información sobre la seguridad del paciente, misma que será utilizada para la toma de decisiones, aprendizajes y planes de mejora del clima de seguridad dentro de los Establecimientos de Atención Médica.

5.2. Políticas específicas

El Modelo promueve en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende de los errores y, al mismo tiempo, se minimiza su ocurrencia mediante la implementación de



actividades específicas que actúan como **barreras de seguridad**, es decir, actividades estandarizadas y sistematizadas.

El personal de salud de los Establecimientos de Atención Médica hospitalarios y ambulatorios, aplicarán las barreras de seguridad, se describen a continuación:

5.2.1. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1 /Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 1 ¹⁻⁶

Identificación correcta de los pacientes

A. Identificación general de los pacientes

Todo el personal de salud que presta sus servicios en los Establecimientos de Atención Médica debe identificar correctamente al paciente desde el momento en que este solicita la atención con los siguientes dos identificadores de manera indispensable:

- **Nombre completo (Apellido paterno, Apellido Materno y Nombre (s))**
- **Fecha de nacimiento (día/mes/año)**

Estos datos deben registrarse en todos los documentos que forman parte de expediente clínico del paciente, sin excepción alguna. Además de los brazaletes, fichas de identificación, membretes de identificación y otros, a fin de garantizar la seguridad en los procesos durante su atención.

La identificación del paciente **Nunca** se deberá realizar mediante: padecimiento, especialidad, disciplina, nombre del médico tratante, número de cama, habitación o servicio, horario de atención, ni diagnóstico.

B. Identificación en Recién Nacidos en Nacimientos Múltiples

En caso de nacimientos múltiples, adicionalmente a los dos datos indispensables de identificación (Dos Apellidos de la Madre, la palabra Recién Nacido (RN) y fecha de nacimiento) se deberá utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento. Ejemplo: (Martínez, Zamora RN 1 11/12/2019, Martínez Zamora RN 2 11/12/2019).

C. Identificación en Caso de Ingreso de Pacientes Desconocidos

Para la identificación de pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, se utilizarán los siguientes datos como identificadores: La palabra desconocido, género del paciente, edad aparente, si tiene alguna seña particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, Averiguación Previa, etc.).

Ejemplo: Desconocido masculino de 31 años, cicatriz en parpado superior derecho, fecha de ingreso: 20/11/2018 a las 19:20 horas Protección civil.



Para el caso de arribo masivo de pacientes desconocidos utilizar un identificador numérico según corresponda el orden progresivo de ingreso luego de la palabra desconocido.
Ejemplo: (Paciente Desconocido 1, Paciente Desconocido 2, Paciente Desconocido 3).

D. Estandarización en pacientes encamados / hospitalizados

Tarjeta de cabecera o a pie de cama:

En todas las áreas hospitalarias donde se administren tratamientos y se realicen procedimientos, se deberá colocar una tarjeta en la cabecera o a pie de cama. Misma que deberá incluir la valoración de riesgo de caídas. Colocar los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento). Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias.

Brazaletes o pulsera de identificación:

Todo paciente deberá portar el brazaletes de identificación desde el momento de su ingreso y mientras se encuentre en áreas hospitalarias, procedimientos ambulatorios, o se trasladen al servicio de diagnóstico y tratamiento.

El brazaletes de identificación del paciente contendrá los siguientes datos de identificación (nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, edad, fecha y hora de ingreso).

El brazaletes de identificación del paciente se debe colocar en la muñeca derecha del paciente. En caso de que no se cuente con dicha extremidad se deberá colocar en alguna otra extremidad que no dificulte la atención médica y siempre vinculado al cuerpo del paciente.

Cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida en el brazaletes o legibilidad se deberá reemplazar inmediatamente el brazaletes por el personal de salud responsable del paciente. En caso de que exista alguna incongruencia en estos, se deberá reemplazar el brazaletes inmediatamente por el personal de salud responsable del paciente. Así mismo se deberá reportar el evento relacionado con la atención.

Cuando se retire el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, este deberá colocarse de manera inmediata al concluir.

El personal de enfermería será el responsable de verificar la existencia del brazaletes durante la estadía del paciente, así mismo será el encargado de retirarlo al alta del paciente.

E. Persona recién nacida

Los brazaletes de identificación del recién nacido deberán colocarse inmediatamente después del parto/cesárea de acuerdo con lo siguiente:



Dos brazaletes, pulseras o equivalente (**una en la muñeca derecha y otra en el tobillo izquierdo**), con los datos (**apellidos de la madre, RN, fecha de nacimiento y Sexo del recién nacido**). Ejemplo: Martínez, Zamora, RN, 11/12/2019 H
Confirmar datos con la madre, medios de identificación y/o expediente clínico.

F. Identificación previa a los momentos críticos

El personal de salud multidisciplinario debe validar los datos de identificación del paciente justo antes de al menos los siguientes momentos/procedimientos críticos:

- Administración de todo tipo **medicamentos**
- Administración de **infusiones intravenosas**
- Transfusión de **sangre y hemocomponentes**
- **Procedimientos** médicos o quirúrgicos
- **Estudios de gabinete**, laboratorio clínico y patología
- **Traslados** dentro y fuera del EAM
- Dotación de **dietas**
- Terapias de remplazo renal con **hemodiálisis**
- Aplicación de **biológicos**
- Procedimiento o **tratamiento de alto riesgo**
- Procedimiento **en menores de edad**
- Identificación de **cadáveres o piezas anatómicas**.

En el momento de realizar cualquier procedimiento en pacientes que sean menores de edad, estén inconscientes o con cualquier tipo de condición que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.

Cuando exista cualquier duda respecto de los dos identificadores NO se realizará ningún procedimiento o intervención, hasta corroborar dichos datos.

En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente, la identificación del paciente se realizara una vez estabilizado el paciente.

G. Identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente

- **Soluciones Intravenosas**

Toda solución o mezcla intravenosa que se esté administrando o infundiendo al paciente deberá de contar con un membrete con los siguientes datos:

Datos de identificación del paciente (Nombre completo y fecha de nacimiento).
Nombre de la Solución/componentes (incluidos fármacos).
Cantidad prescrita.
Duración de la solución.



Velocidad de infusión.
Fecha y hora de inicio.
Nombre completo de quien lo instala y turno.

- **Sondas y catéteres.**

Toda sonda o catéter instalado en el paciente deberá de contar con membrete de identificación con los siguientes datos:

Identificación del paciente (nombre y fecha de nacimiento).

Datos de identificación del dispositivo (calibre para accesos vasculares y sondas, así como si se insufla el globo, con qué cantidad de líquido).

Fecha y hora de instalación y el nombre de la persona que lo instala y turno.

Se deberán realizar los registros correspondientes en el expediente clínico del paciente donde se registre quién instaló el dispositivo, fecha y hora de la instalación, y calibre utilizado.

H. Identificación en estudios de Imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología

- **Solicitud de Estudios de Laboratorio.**

Deberán contar con los siguientes datos:

Datos de identificación (nombre completo del paciente y fecha de nacimiento).

Fecha de solicitud.

Identificación del solicitante.

Estudio solicitado.

Diagnóstico probable.

- **Placas Radiográficas.**

Datos de identificación del paciente (nombre completo del paciente y fecha de nacimiento).

Fecha y hora de estudio.

Identificación del establecimiento.

Diagnóstico.

Nombre del médico tratante.

El personal del laboratorio y patología deberá de **cotejar que los datos** de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica **coinciden con los datos de las solicitudes**.

I. Identificación de piezas anatómicas y cadáveres

De forma estricta toda las piezas anatómicas y cadáveres deberán ser identificadas con membrete con los siguientes datos:

- **Piezas Anatómicas.**

Datos de identificación del paciente con los dos identificadores: nombre completo y fecha de nacimiento.

Tipo de muestra.

Nombre del médico responsable.

Nombre de la enfermera.

Hora y fecha de la obtención de la pieza.



Diagnóstico.

El personal médico o de enfermería etiqueta el recipiente para la obtención de muestras biológicas con los datos de identificación del paciente.

- **Cadáveres.**

Identificación del paciente (Nombre completo y fecha de nacimiento).

Hora y fecha de la defunción.

Probable diagnóstico de defunción.

Nombre del personal que realiza el embalaje.

J. El Establecimiento de Atención Médica de los tres niveles de atención deberá contar con los siguientes procesos documentados:

1. Identificar y realizar un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.
2. Definir el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, la especialidad o disciplina que le brinda atención.
3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
4. El proceso de identificación antes de los momentos críticos.
5. Medición y análisis de datos de información derivados de la implementación de la barrera de seguridad de la meta/ Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 1.

5.2.2. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.2 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 2
1-6

Comunicación efectiva

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, paciente, familiar, cuidador o acompañante; a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de indicaciones verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar.

Para mejorar la comunicación entre el equipo de salud.

A. Protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar

Se implementará el protocolo **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar**, para recibir órdenes/indicaciones clínicas o resultados de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicos.

Técnica SAER o SBAR.

Se implementará el proceso estructurado y estandarizado de comunicación, con herramientas de comunicación validadas entre profesionales de la salud, Técnica **SAER** por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (**SBAR** por sus siglas en inglés Situation-Background-Assessment-Recommendation), que permita llevar a cabo una entrega clara, precisa,



completa y oportuna de la información del paciente durante la transferencia de pacientes; ya sea en cambio de turno y guardia, o cambios de área, servicio o de establecimiento.

B. Emisión y recepción de las indicaciones verbales y/ o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio o gabinete

Bitácora de Comunicación Efectiva.

El personal de salud que reciba vía verbal o telefónica cualquier indicación, resultado de laboratorio o gabinete, tiene que anotar dicha información recibida en la bitácora de ordenes verbales y telefónicas, además de registrar en el expediente clínico una vez requisitado.

Se recomienda que se escriba una leyenda directamente en la nota médica del paciente, ejemplo:

13/08/2024, 11:00 am "Por indicación telefónica del Dr. Armando Zepeda Pérez.

Administrar 1 g de Paracetamol Intravascular, cada 8 horas".

Enf. Sofía López Suarez, Enfermera general y firma

C. Proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar

Los datos que se registraran en la bitácora de comunicación efectiva para ordenes verbales y telefónicas son:

Identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).

Nombre, cargo y firma de la persona que emitió la indicación o resultado.

Nombre, cargo y firma de la persona quien recibe la indicación o resultado.

Fecha y hora en la que se recibió.

El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación o resultado de manera verbal o telefónica, tiene que cumplir el siguiente proceso: **Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.**

El personal que recibe las indicaciones o resultados tiene que escuchar atentamente.

La persona que recibe las indicaciones o resultados de laboratorio o gabinete tiene que escribirlas en la bitácora de comunicación efectiva.

La persona que recibe las indicaciones clínicas o resultados tiene que leerlos, a la persona que los emitió.

La persona que emite las indicaciones clínicas o resultados tiene que confirmar que la información es correcta.

Es indispensable validar la información por el médico tratante que emite la indicación, colocando su nombre completo y firma autógrafa en un plazo no mayor a 24 horas, en casos especiales como descanso de los médicos podrá ampliarse el término a 72 horas.



D. Emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar.

Proceso: Escuchar, Repetir y Confirmar.

En situaciones de urgencia donde es imposible llevar a cabo el proceso de **Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar**, como en un paro cardiorrespiratorio donde es crucial realizar las intervenciones de manera inmediata, se sustituirá dicho proceso por el siguiente: **Escuchar, Repetir y Confirmar**.

El personal de salud que recibe las indicaciones tiene que escucharla atentamente.

El personal de salud que recibe las indicaciones tiene que repetirla en voz alta.

El personal de salud que emitió las indicaciones tiene que confirmar que la información es correcta.

Es indispensable que se transcriba la información en cuanto sea estabilizado el paciente y como máximo antes del cambio de turno, registrar en el expediente clínico y firmar por el médico responsable.

E. Comunicación durante la transferencia de pacientes.

Técnica SAER (SBAR). Para la Transferencia de Pacientes.

El personal de salud utilizará la técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación o SBAR por sus siglas en inglés, (durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad con al menos los siguientes datos):

- **Situación:**

Se debe referir:

Los datos de identificación del paciente y el servicio en que se encuentra o encontraba hospitalizado. Describir brevemente el problema de salud del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

- **Antecedentes:**

Motivo y fecha de ingreso.

Datos significativos de la historia clínica.

Diagnóstico principal de ingreso.

Procedimientos realizados.

Medicación administrada.

Líquidos administrados y/o soluciones parenterales.

Alergias.

Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.

Dispositivos invasivos.

Cualquier otra información clínica útil.

- **Evaluación:**



El personal de salud comunica cómo considera el problema de salud y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.

Dentro de la evaluación se recomienda informar el estado de conciencia, la evolución durante el turno y las escalas de valoración: riesgo de caídas, úlceras por presión y del dolor, entre otras usadas en la institución y aplicables de acuerdo con las características y patología del paciente.

- **Recomendación:**

El personal de salud debe comunicar durante el enlace de turno, las intervenciones a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizarlas, sobre todo en el caso de haberse presentado algún incidente para la continuidad de la atención.

F. Prescripciones médicas y anotaciones en documentos

Consideración para las prescripciones médicas.

Para las prescripciones médicas y las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o en medios electrónicos se deberán seguir los siguientes lineamientos:

Escribir con letra legible.

Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación “-ol” se tiene que mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números “01”.

Cuando la dosis es un número entero, nunca tiene que escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. correcto 30, incorrecto 30.0).

Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. (ej. correcto 0.50, incorrecto .50).

Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre tiene que utilizar “comas” (,) para separar los millares, o utilizar las palabras “Mil” o “1 millón”. (ej. Correcto 1,000, incorrecto 1000).

No abreviar las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, intravenoso, intramuscular, más, durante y por.

G. Notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete.



Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notificarán de manera inmediata al personal médico tratante responsable del paciente, utilizando el protocolo escuchar-escribir-leer y confirmar, quien registrará en el instrumento bitácora de comunicación efectiva y registrará en el expediente clínico.

En pacientes de consulta externa, cada Establecimiento de Atención Médica deberá contar con personal expofeso (médico tratante) para informarle los resultados críticos a los pacientes y/o familiares, acorde a la tipología de la unidad.

H. Referencia y Contrarreferencia del paciente.

Debe ser elaboradas por un médico del Establecimiento de Atención Médica y contener:
Los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
Resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
Datos de identificación del Establecimiento de Atención Médica que envía y del Establecimiento de Atención Médica receptor.
Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

Cada Establecimiento de Atención Médica deberá disponer de un directorio de unidades de referencia debe incluir la cartera de servicios con que cuenta, requisitos para admisión, y nombre del contacto que autoriza, es importante llevar un control interno con folio el EAM que envía y el folio del EAM que recibe, en cada EAM de las referencias y contrarreferencias a cargo del área de trabajo social y/o el director médico o el médico responsable del EAM.

I. Egreso del Paciente

La indicación de egreso deberá ser elaborada por el médico tratante y contener:

- Datos de identificación del paciente.
- Fecha de ingreso/egreso.
- Motivo del egreso.
- Diagnósticos finales.
- Resumen de la evolución y el estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.
- Problemas clínicos pendientes.
- Estudios de Laboratorio.
- Plan de manejo y tratamiento.
- Plan de alta de Enfermería.
- Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.
- Atención de factores de riesgo.
- Pronóstico.

J. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con los siguientes procesos documentados⁷:



1. Identificar y realizar un listado en donde se definen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.
2. Diseñar el proceso de acuerdo con lo anteriormente descrito, para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica basado en lo siguiente:
 - El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
 - El uso de la bitácora estandarizada para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.
3. Medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

5.2.3. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.3 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 3
1,3-5

Seguridad en el proceso de Medicación. ⁸

A. Adquisición de electrolitos concentrados.

Etiquetado de Electrolitos Concentrados.

La adquisición de los electrolitos concentrados tiene que cumplir con lo estipulado con la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios la cual dispone el uso de los siguientes colores desde su fabricación:

	(Azul) para el Bicarbonato de Sodio al 7.5%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.
	(Verde) para el Sulfato de Magnesio al 10%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.
	(Amarillo) para Gluconato de Calcio al 10%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.
	(Rojo) para Cloruro de Potasio al 14.9%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.
	(Naranja) para Fosfato de Potasio al 15%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.
	(Blanco) para Cloruro de Sodio al 17.7%. Solución para uso inyectable, ampolleta de 10 mililitros.

B. Almacenamiento de los medicamentos.

Semaforización de Caducidad de los Medicamentos

El personal de Farmacia responsable del almacenamiento de medicamentos llevará un control de registro de lotes y fechas de caducidad de los medicamentos a su cargo. Debiendo Semaforizar los



medicamentos de acuerdo con su caducidad de la siguiente manera: Colocará un círculo de acuerdo con el color que corresponda:

	(Verde) Para los medicamentos que tienen más de un año para caducarse.
	(Amarillo) Para los medicamentos que tienen de 6 meses a un año para caducarse.
	(Café) Para los medicamentos que tienen menos de 6 meses para caducarse.

Los medicamentos y electrolitos concentrados serán almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio o farmacéutico indique.

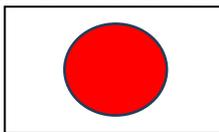
A fin de asegurar la propiedades y estabilidad de los medicamentos se debe observar lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de Fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios.

Almacenamiento de los medicamentos de Alto Riesgo

Cada Establecimiento de Atención Médica de acuerdo con su tipología identificará las áreas críticas para el resguardo y almacenamiento permanente de los medicamentos de alto riesgo (Insulinas, anticoagulantes inyectables, electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, anestésicos y opioides de acuerdo con su Cuadro básico de Medicamentos). Por ejemplo, áreas de Urgencia, Sala de Shock, Quirófanos, Unidades de Cuidados Intensivos, cajas de urgencia obstétrica y carros de soporte vital avanzado, define el tiempo máximo de permanencia en las áreas donde se administra, a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con electrolitos concentrados.

El personal de farmacia responsable del almacenamiento colocará una alerta visual de color rojo en cada frasco (Círculo color rojo) en los medicamentos de alto riesgo (Electrolitos concentrados, insulinas, quimioterapéuticos, anticoagulantes inyectables y aquellos definidos por el EAM de acuerdo con su Cuadro Básico de Medicamentos).

El almacenamiento temporal en el servicio de hospitalización, carros rojos, cajas obstétricas y áreas exclusivas de almacenamiento de medicamentos de alto riesgo el personal responsable es enfermería.



El área destinada para el almacenamiento de los medicamentos de Alto Riesgo deberá contener la leyenda de “MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO” para que el personal visualmente pueda identificar que es un área destinada a resguardar medicamentos de este tipo⁹.

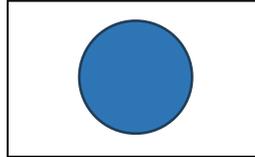


Almacenamiento de los medicamentos LASA.



Los medicamentos LASA son aquellos que tienen nombres y/o características similares lo que puede ocasionar confusión. (Look – Alike, Sound-Alike).

La persona encargada del almacenamiento de los medicamentos (el personal de farmacia) deberá colocar una alerta visual (Circulo) color azul en todos los medicamentos identificados como LASA y separados del medicamento similar (en apariencia y fonética).





C. Prescripción segura.

Prescripción.

Los médicos tienen que anotar la prescripción médica en el expediente y en la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.

La receta y las indicaciones médicas deben contener:

- Nombre y domicilio del Establecimiento de Atención Médica de forma impresa.
- Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe (puede ser un sello que contenga la misma información).
- Fecha de elaboración.
- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- Nombre genérico del medicamento.
- Dosis y presentación farmacéutica del medicamento sin abreviaciones.
- Frecuencia y vía de administración sin abreviaciones.
- Duración del tratamiento.

La receta y las indicaciones médicas deben considerar lo siguiente: contener indicaciones completas y claras para su administración, no tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico. No utilizar abreviaturas en dosis, vía, diagnósticos e indicaciones.

Las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT), tienen que contar por lo menos con los siguientes datos:

- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- Peso del paciente.
- Número de expediente.
- Servicio que solicita.
- Fecha y hora de solicitud.
- Componentes de la mezcla.
- Glucosa kilo minuto.
- Concentración de la mezcla.
- Calorías Totales.
- Kilocalorías.
- Nombre del médico solicitante.
- Cédula profesional de quien la solicita.

D. Prescripción de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y medicamentos de alto riesgo

Prescripción de Medicamentos LASA y Alto Riesgo.

A los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo se les coloca alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos, que hagan evidente la diferencia entre ellos:

- **Medicamentos de alto riesgo:** Utilización de “letras mayúsculas”.



Ejemplo:

BICARBONATO DE SODIO

- **Medicamentos LASA:** Subrayado.

Ejemplo:

Amikacina solución inyectable 100 mg

Amikacina solución inyectable 500 mg

- **Medicamentos de alto riesgo y LASA:** Utilizar **ambas barreras de seguridad. (mayúsculas y subrayado)**

Ejemplo:

ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 mg

ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 60 mg

INSULINA HUMANA ACCIÓN INTERMEDIA NPH

INSULINA HUMANA ACCIÓN RÁPIDA REGULAR

E. Transcripción segura.

- El personal de salud que realice transcripción de un documento a otro documento transcribirá sin modificar la prescripción original.
- En caso de duda con alguna indicación de medicación tiene que aclarar y validar con el médico tratante o el emisor del documento original.
- En caso de dudas no se administrará ningún medicamento, hasta que se haya disipado la duda.

F. De la dispensación.

- El personal de la farmacia verificará que coincida la solicitud de medicamento, con el medicamento a dispensar antes de entregarlo.



- En caso de dudas, no entregará el medicamento y se pondrá en contacto con el personal que solicitó el medicamento.
- Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes tiene que contener fecha de caducidad y lote.
- Deberá existir un registro del control interno de inventario de la farmacia hospitalaria (salidas y entradas).

G. Recepción de medicamentos

El personal de enfermería verificará que los medicamentos recibidos correspondan a los prescritos por el personal médico y los solicitados mediante su receta colectiva.

El medicamento tiene que rotularse con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).

H. Preparación de medicamentos

- Solo personal autorizado podrá preparar los medicamentos y productos biológicos.
- La preparación de los medicamentos debe realizarse en lugar exclusivo, un entorno higiénico y seguro destinado para tal fin (área de preparación de medicamentos), con equipo y suministros adecuados. Conforme a las normativas de buena práctica para la preparación de medicamentos.
- El personal deberá realizar limpieza de mesa de trabajo de preparación de medicamentos antes de iniciar y al concluir el procedimiento.
- El personal debe realizarse higiene de manos con técnica de la OMS por lo que se debe disponer de lavabo de higiene de manos e insumos necesarios.
- Para la preparación de medicamentos que requieren de un ambiente estéril se utilizará equipo de protección personal y se emplearán las técnicas asépticas adecuadas, además de las políticas empleadas para el uso de campana de flujo laminar si es el caso.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales, deberá preferirse la presentación unidosis o la presentación más pequeña, garantizando: la apertura de un frasco nuevo durante la preparación, o el desecho del sobrante o remanente al término de la preparación. Esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.
- **La preparación segura** de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes correctos de la preparación de medicamentos:



- Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
- Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
- Vía de administración correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.
- Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Dilución o reconstitución correcta si aplica.
- Se deberá **etiquetar los medicamentos inmediatamente después de su preparación** por parte del personal de enfermería con los siguientes datos:
 - Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
 - Nombre del medicamento.
 - Dosis.
 - Concentración, si corresponde.
 - Vía.
 - Dilución, si corresponde.
 - Fecha / hora de preparación y caducidad una vez preparado, si corresponde.
 - Se podrá omitir el etiquetado si es un único medicamento y se administra inmediatamente después de prepararlo para un solo paciente: por ejemplo, en el caso de reanimación cardiopulmonar.

I. Administración de medicamentos.

Solo el personal autorizado podrá administrar medicamentos.

No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas (Deberán contener todos los datos señalados anteriormente) o cuando estas no sean legibles.

Todos los medicamentos de alto riesgo incluidos en esta Guía y aquellos definidos por la normatividad vigente o en el Establecimiento de Atención Médica como son los electrolitos concentrados, insulinas o anticoagulantes parenterales se tiene que preparar justo antes de su administración y deberán emplear la doble verificación.



El personal de salud antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente, tiene que corroborar, con el paciente, cuidador o acompañante o en el expediente clínico, si tiene alergias y verificará los datos de identificación del paciente en el brazalete y con el propio paciente.

El personal de salud que administre los medicamentos tiene que verificar, al menos lo siguiente y de la manera correcta:

- Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Medicamento correcto, verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
- Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente clínico y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
- Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
- Velocidad de infusión correcta.
- Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Caducidad correcta una vez preparado, si corresponde.
- Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, en la hoja de enfermería registrar el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.
- Informar al paciente o familiar.
- Seguimiento de reacciones adversas.

Los medicamentos que el paciente trae consigo, tienen que ser resguardados por el personal de enfermería y en su caso solicitar indicaciones del médico para aplicarlos. (Conciliación).

J. Doble verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo.

Es importante implementar la doble verificación con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, tiene que realizarse por dos personas competentes y se realizará durante la preparación y administración de anestésicos, opioides y medicamentos de alto riesgo: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos, radiofármacos anestésicos y opioides.

La doble verificación o doble “chequeo” durante los procesos de preparación y administración se realiza durante dos momentos:

- La primera durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo
- La segunda durante el proceso de administración de estos medicamentos

Se realiza por dos personas competentes en el momento mismo del proceso de preparación y administración.



Al final de aplicar esta barrera de seguridad registrar en la hoja de registros clínicos de enfermería las iniciales de las dos personas que realizaron el proceso de la doble verificación.

La jefatura de enfermería será la encargada de gestionar el abasto a los servicios de las Bitácoras de doble verificación y supervisar su uso como barrera de seguridad al administrar medicamentos de alto riesgo.

K. Notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi falla relacionados con la medicación.

Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o hemo componentes tiene que darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.

Se debe realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemo componentes. Los resultados del ACR y el seguimiento del Evento Centinela se presentarán en el pleno del CICASEP.

La notificación se realizará en un instrumento utilizado de manera Interna en los EAM del IMSS BIENESTAR para la notificación de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifalla.

L. Para el control de todos los medicamentos.

- El Establecimiento de Atención Médica deberá establecer de manera interna un protocolo de ingreso de medicamentos (inventario, SAI) para el control en los EAM en apego a la normatividad vigente.
- El Establecimiento de Atención Médica deberá establecer un protocolo de manera interna de acuerdo con su tipología para la inactivación de los medicamentos caducados, a través de un manifiesto el cual deberá ser tramitado ante las autoridades de COFEPRIS, notificar ante el pleno del COFAT, en apego a la normatividad vigente y a las instrucciones del fabricante.
- Debe emplearse siempre el sistema de uso por primeras caducidades primeras salidas y posteriormente primeras entradas primeras salidas.
- Queda estrictamente prohibido utilizar medicamentos y cualquier otro insumo para la salud con fecha de caducidad vencida.
- Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.
- El Establecimiento de Atención Médica deberá establecer un protocolo de manera interna de acuerdo con su tipología para destino final de los medicamentos que tienen escasa prescripción, en apego a la normatividad vigente.
- El Establecimiento de Atención Médica establecerá un protocolo para el uso de medicamentos multidosis acorde a la tipología de la Unidad y la normatividad vigente que incluya al menos: que sean etiquetados al momento de su apertura, con fecha/hora de preparación y/o apertura, caducidad y dilución.
- En el caso de medicamentos y vacunas multidosis, se deberá colocar la fecha y hora de apertura y caducidad, proteger el puerto del frasco, el uso será en estricto apego a la ficha técnica del fabricante y con apego a la normatividad vigente.



M. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con el siguiente proceso documentado:

1. Definir el proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
 - Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.
 - Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.
 - El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamento de alto riesgo.
 - Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
 - Electrolitos concentrados
 - Quimioterapias
 - Radiofármacos.
 - Insulinas.
 - Anticoagulantes parenterales.
 - Anestésicos y Opioides

2. Medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

5.2.4. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.4 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 4
6

Seguridad en los procedimientos.

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y reducir los eventos adversos y centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los Establecimientos de Atención Médica.

A. Para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano¹⁰

En los Establecimientos de Atención Médica debe llevarse a cabo el protocolo universal para todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen dentro y fuera de quirófano. Así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que se determinen en la “Lista de procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo”

Protocolo Universal,

Se conforma de tres procesos esenciales:

- Marcado del sitio quirúrgico
- Verificación del proceso antes de la Cirugía
- Tiempo fuera
 - **El marcado del sitio quirúrgico**, deberá realizarlo el responsable del procedimiento, con participación del paciente estando despierto y consiente, siempre que esto sea posible, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión, el marcaje debe ser visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.
El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad (derecho-izquierdo), estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples



(columna vertebral: cervical, torácica, lumbar, sacrocoxigea); en todos los Establecimientos de Atención Médica se adoptará la siguiente marca universal: Tipo diana que consiste en un círculo de al menos 3cm de diámetro con un punto al centro y las iniciales del cirujano se marcará con violeta de genciana apoyados de un hisopo. Como se muestra en la siguiente imagen (1)



Imagen1. Marca tipo diana marcaje quirúrgico, siglas del cirujano

Deberá 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 marque la piel.

Para cirugías oftalmológicas se realizará en marcado quirúrgico arriba de la ceja del lado correspondiente. Para cirugías odontológicas debe elaborarse un odontograma.

Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

- **Verificación del proceso antes de la cirugía.** Es muy importante corroborar la identificación correcta del paciente (**paciente correcto**), su correlación con el procedimiento y área anatómica a intervenir (**procedimiento correcto**), además de asegurar que se cuenta con toda la documentación que integra el expediente clínico, así como los auxiliares diagnósticos y la congruencia de estos con el planteamiento quirúrgico.
- **Lista de Verificación de Cirugía Segura⁹**

Fase 1 Entrada

Antes de la inducción de la anestesia

El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

- Confirman verbalmente con el paciente (si es posible), su identidad preguntando los dos datos de identificación, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento.

El anestesiólogo:

- Durante la realización de procedimientos con técnica aséptica tiene que utilizar el equipo completo de protección incluyendo gorro, guantes, bata quirúrgica y cubre bocas bien posicionado.
- Confirma con el cirujano el marcaje del sitio quirúrgico.
- Realiza el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, anotando la fecha de caducidad y el lote de estos, así mismo como la aplicación de los correctos para la administración



de medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente.

- Coloca y comprueba que funcione el oxímetro de pulso correctamente.
- Confirma si el paciente tiene alergias conocidas, vía aérea difícil y riesgo de aspiración. En el caso de que sí exista este riesgo, tiene que verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponibles.
- Identifica el riesgo de hemorragias: en adultos mayor a 500 ml y en niños mayor a 7ml/kg.
- Prevé la disponibilidad de soluciones parenterales, vías centrales y/o periféricas permeables con el calibre de catéter adecuado, de acuerdo con el procedimiento a realizar.
- Identifica la necesidad de hemocomponentes y en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

El cirujano confirma:

- Realización de asepsia en el sitio quirúrgico.
- Disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- Disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios, especialmente en procedimientos con riesgo de presentar una hemorragia masiva.
- Funcionamiento adecuado de implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios.
- Participa en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Se nombrará a la enfermera circulante como coordinador para el llenado de la lista de verificación para seguridad de la cirugía, para aplicarse en todos los pacientes a los que se realice cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones.

La enfermera circulante es quién recaba la información contenida en la “Lista de Verificación de Cirugía segura”, realizando cada una de las preguntas en voz alta, y en la cual deberán participar el o los cirujanos, el o los anesthesiólogos, y la enfermera especialista (quirúrgica), en cada uno de los apartados.

El equipo quirúrgico (enfermera instrumentista, enfermera circulante, cirujano y anesthesiólogo) deberán concentrar su atención en cada una de las preguntas y responder con veracidad.

FASE 2. Tiempo fuera o Pausa quirúrgica

Antes de la incisión

La enfermera circulante El circulante o persona designada ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico que pueden ser cirujano, anesthesiólogo, ayudante de cirujano, instrumentista y cualquier otro tipo de personal, para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones (lista de verificación de la seguridad de la cirugía).

El cirujano:

- Confirma que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones).



- Confirma de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.

El anestesiólogo:

- En cualquier procedimiento de anestesia, realizar protocolo de manejo que incluyan la correcta técnica de asepsia y antisepsia, así como evitar al máximo los factores que incrementan el riesgo de infección.
- Verifica en el caso que proceda, que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas.
- Informa la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.

Enfermería:

- Verifica la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Informa si hubo algún problema con el instrumental, equipos y material, así como con el conteo de este.

FASE 3. Salida

Antes de que el paciente salga del quirófano

El cirujano, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, confirma que se ha aplicado la LVSC, a partir de confirmar verbalmente:

- El nombre del procedimiento realizado.
- El recuento completo del instrumental, textiles y agujas.
- El etiquetado de las muestras con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha de la cirugía y descripción general de la muestra.
- Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos que tiene que ser notificados y resueltos.
- Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo registrarlos.
- Principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento.

Todos los integrantes del equipo quirúrgico anotan su nombre y firman la LVSC, en la parte que les corresponde.

La LVSC debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, se integra al expediente clínico del paciente.

La lista de verificación incluye la verificación de puntos adicionales que en conjunto completan las medidas de seguridad para el paciente quirúrgico, se realizan en la sala de operaciones y se registra en un formato para ser incluido en el expediente clínico con la firma de todos los participantes.

El equipo quirúrgico aplicará, y firmará la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” además de incluirla en el expediente clínico. El personal responsable del procedimiento proporcionará información al paciente y a su familia en el ámbito de su competencia sobre la justificación, plan terapéutico, las alternativas, los riesgos de las intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos a realizar.



Al concluir el registro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, a la salida del paciente de la sala de operaciones para ingresar a la sala de recuperación, todos los participantes deberán anotar su cédula profesional y firmar el documento.

Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano

Para mejorar la seguridad en los procedimientos fuera del quirófano

Procedimientos fuera de Quirófano.

La realización del Tiempo fuera o “Time out”

Con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, tiene que realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- Transfusión de sangre y hemo componentes; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: identificación del paciente (AESP 1), procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponentes correcto.
- Radioterapia, tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: identificación del paciente (AESP 1), procedimiento, sitio y dosis correcta.
- Terapia de remplazo renal con hemodiálisis; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, identificación del paciente (AESP 1), prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular.
- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos que requieran de anestesia y sedación.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Colocación y manejo de accesos vasculares centrales.

El médico responsable de la atención:

- Confirma que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, marcaje según corresponda.
- Verifica que se cuenta con los estudios de imagen, en caso de que se requieran.
- Prevé eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Verifica que el paciente, familiar, cuidador o acompañante reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.

El personal de enfermería es el responsable del registro de las listas de verificación de los procedimientos / tratamiento fuera de quirófano.

Se debe brindar educación al paciente y familiar sobre el Protocolo Universal y Tiempo fuera o “Time out” para su participación y toma de decisiones.

B. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con los siguientes procesos documentados⁷:



1. Identificar y realizar un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.
2. Definir un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.

5.2.5 Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.5 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No. 5⁶

Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).

A. Acciones generales del EAM para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Las áreas responsables de la capacitación del personal y las acciones de educación a la comunidad tienen que:

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal clínico y no clínico de las Establecimientos de Atención Médica, estudiantes, pacientes, familiares, acompañantes, proveedores y visitantes, en temas de higiene de manos, prevención de IAAS y uso racional de antimicrobianos, debe existir evidencia documental de la capacitación otorgada. Bitácora de capacitación de higiene de manos.
- El personal responsable de la atención debe informar a los pacientes, a sus familias o acompañantes sobre los riesgos para la salud cuando ocurren fallas en una higiene oportuna y adecuada de las manos.
- El Área Administrativa de los Establecimientos de Atención Médica, deberá asegurar el abasto del material y mantenimiento del equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua en los Establecimientos de Atención Médica.

Programa Institucional de Higiene de Manos¹⁰

- Cada Establecimiento de Atención Médica de primer, segundo y tercer nivel deberá implementar un Programa Institucional de Higiene de Manos con los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos:
- Cambios del sistema: contar con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales de salud llevar a cabo la higiene de manos.
- Formación y capacitación: del personal de salud, pacientes, familiares y visitantes con respecto a la importancia de la higiene de manos, los cinco momentos y los procedimientos adecuados para la fricción y lavado de manos.
- Evaluación y retroalimentación: hacer seguimiento de la infraestructura y de la observancia de estas prácticas y retroalimentar al respecto.



- Colocar recordatorios visuales: en los puntos de atención en el lugar de trabajo, con carteles con imágenes de desinfección de las manos con la técnica de fricción de manos con solución alcoholada al 70%, técnica de lavado de manos con agua y jabón e higiene de manos en los cinco momentos.
- Fomentar una cultura de seguridad de la atención al paciente y del personal de Salud de los Establecimientos de Atención Médica en el primer, segundo y tercer nivel de Atención.

En todos los Establecimientos de Atención Médica será necesario designar a una persona líder de cada uno de los componentes de la estrategia multimodal de la OMS que se encargue de:

1. Cambios del sistema (Área de Conservación)
2. Formación y Capacitación (Área de Educación)
3. Evaluación y retroinformación (Área de Epidemiología)
4. Colocar recordatorios visuales (Área de Administración)
5. Fomentar Cultura de Seguridad (Área de Calidad)

Otras áreas de apoyo:

- El Establecimiento de Atención Médica debe realizar supervisiones periódicas y anualmente autoevaluaciones. (Por los líderes de los componentes).
- Aplicar una herramienta validada para la prevención y reducción de las IAAS, por ejemplo, la Cédula Única de Gestión para los Paquetes de Acciones para la Prevención de las IAAS. (Epidemiología y Enfermería).
- Aplicar el formato de estudio de observación para conocer el apego de higiene de manos en los cinco momentos de atención. (Enfermería).
- Garantizar los insumos para la higiene de las manos (Administración).

Durante las sesiones del CICASEP y CODECIN:

- Se analizará la información obtenida del estudio de observación de higiene de manos y los paquetes de acciones preventivas para IAAS, con el objetivo de definir estrategias de mejora y estandarizar los procesos relacionados con el apego de higiene de manos, así como promover la reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud y el uso racional de antimicrobianos.
- Se analizará las áreas de oportunidad en los componentes de la estrategia multimodal de la OMS: Cambios del sistema, Formación y Capacitación, Evaluación y retroinformación del Programa Institucional de Higiene de Manos, Recordatorios visuales, y Cultura de la Seguridad.
- Se informarán los resultados de la Acción Esencial de Seguridad del paciente No. 5, del Programa Institucional de Higiene de Manos a los directivos y personal de salud del Establecimiento de Atención Médica.
- Con el propósito de seguir generando conciencia en todo el Personal clínico y no clínico sobre la importancia de mejorar la higiene de manos durante los procesos de atención médica (en los cinco momentos) es necesario que cada año el Establecimiento de Atención Médica realice la **Encuesta del Marco de Autoevaluación** y aplique al personal de salud el **Cuestionario de Conocimientos y Percepción** (en la plataforma de la DGCES o el que el IMSS-BIENESTAR defina) para tener un



diagnóstico del nivel de madurez de este programa en los Establecimientos de Atención Médica de primer, segundo y tercer nivel de atención.

B. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con el siguiente proceso documentado⁷:

Aplicar el Programa Institucional de Higiene de Manos que incluye:

- Monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
- Educación a pacientes y familiares.
- Capacitación al personal y visitantes.
- Monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.
- El Programa esté implementado en todo el Establecimiento de Atención Médica.
- Medir y el analizar los datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta

5.2.6 Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.6 / Meta Internacional Seguridad del Paciente No.6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas⁶.

A. Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas.

Escalas del Riesgo de Caídas.

El personal directivo difundirá al personal responsable de la atención del paciente, la escala para evaluar el riesgo de caídas. **Escala de Crichton** para pacientes adultos, **escala de Humpty Dumpty** para pacientes pediátricos.

El personal médico y de Enfermería evaluará y reevaluará el riesgo de caída en todos los pacientes desde el primer contacto y durante su estancia hospitalaria y lo registrará en la nota médica y hoja de registros clínicos de Enfermería, según corresponda.

La reevaluación se realizará en los siguientes momentos: Cada cambio de turno, cambio de área o servicio, cambio en el estado de salud, cambio o modificación del tratamiento farmacológico y cuando el personal de salud lo considere necesario.

Para realizar una valoración integral del paciente se incluyen algunos parámetros que permiten identificar y calificar el riesgo de que un paciente pueda sufrir una caída. A nivel Institucional se sugieren utilizar escalas como Crichton para adultos, Downton, Morse etc., y para niños Humpty Dumpty, lo importante es que se utilicen.

La Escala de Crichton para pacientes adultos:

ESCALA DE CRICHTON	
Factores de Riesgo:	Puntos:
Limitación Física	2
Estado Mental Alterado	3



Tratamiento Farmacológico que implique riesgos	2
Problemas de Idioma o Socioculturales	2
Paciente sin Factores de Riesgo evidente	1
Total, de Puntos:	10
DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS.	
Nivel:	Puntos
Alto Riesgo	4 – 10
Mediano Riesgo	2 – 3
Bajo Riesgo	0 – 1

Al terminar la valoración de cada uno de los factores de riesgo, se realiza una sumatoria obtenida y en base al resultado obtenido se clasifica y codifica por color el cual puede utilizarse con algún identificador.

La interpretación de esta escala identifica mayor riesgo cuando existe mayor puntaje.

La escala de Humpty Dumpty para pacientes pediátricos:

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3 a 7 años	3
	De 7 a 13 años	2
	Mayor a 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación: (Problemas respiratorios, anemia, deshidratación, anorexia, vértigo).	3
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2
	Otro diagnóstico	1
Deterioro Cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvidan sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	Historia de caídas de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas/ Ninguna	1
	Uso de múltiples medicamentos sedantes	3



Medicación	Uso de un solo medicamento sedante	2
	Ningún medicamento sedante	1
Total		
Determinación del Grado de Riesgo de Caídas.		
Nivel:	Puntos:	Código:
Alto Riesgo	> 12 puntos	Rojo
Mediano Riesgo	7 – 11 puntos	Amarillo
Bajo Riesgo	< 7 puntos	Verde

La importancia además de identificar el riesgo es tomar las medidas correspondientes para evitar la caída del paciente. Posterior a la valoración el personal de enfermería colocará un distintivo del color correspondiente con base en el resultado de la valoración.

B. Acciones de Seguridad para prevención de caídas

Prevención de Caídas.

El personal de enfermería responsable del paciente coloca la tarjeta de semaforización del riesgo de caídas en la cabecera de la unidad del paciente y registra en cada valoración y revaloración el riesgo de caídas en los registros clínicos de enfermería de cada turno.

El personal de enfermería de la Unidad de Salud a cargo de los pacientes deberá realizar las siguientes acciones como parte del Programa para la Reducción de Daños a los pacientes por causa de caídas:

- Realizará la evaluación de riesgo de caídas con la escala de valoración, inserta en el instructivo de la hoja de Registros clínicos, Esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería, así como las acciones realizadas a las pacientes encaminadas a reducir el riesgo de caídas desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.
- Utilizará diferentes medios de comunicación (visual, verbal y escrita para informar y capacitar al personal de salud, familiar, pacientes y visitantes, sobre el riesgo de caída de cada paciente, las medidas de seguridad que se aplicarán y la participación de cada uno de ellos para la prevención.
- Identificará el riesgo de caídas en la tarjeta de cabecera o a pie de cama u otros medios que permitan la identificación del riesgo durante los traslados.
- Identificará y registrará los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria. (Condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente, estado postoperatorio, ayuno o reposó prolongado, caídas previas, edad menor de 6 años o mayor de 70, etc.).
- Utilizará los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas de acuerdo con las condiciones específicas del paciente que aseguren la protección de la integridad del paciente como: levantar los barandales de la cama, trasladar al paciente en camilla segura, sujeción en caso de ser necesario, colocar banco de altura para uso inmediato, colocar una silla para el baño del paciente, acercar aditamentos de ayuda (bastones, andadera, silla de ruedas etc.).
- Evitará realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo postrado.



- Explicará al paciente y familiar, cuidador o acompañante, el proceso de incorporación del paciente partiendo desde la posición en decúbito o sentado.
- Informará al familiar, cuidador o acompañante que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, cuidador o acompañante.
- Registrará, desarrollará e implementará estrategias para el control y seguimiento de la frecuencia e incidencia de caídas.
- Documentará los hechos relacionados con la prevención de caídas, así como las intervenciones y resultados obtenidos con el plan terapéutico establecido.
- Reportará las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.

En caso de que el paciente requiera sujeción terapéutica, el personal médico es responsable de requisitar el Consentimiento Informado “medidas de sujeción física”, al familiar y/o acompañante.

C. Acciones del EAM.

En el EAM se designará a una persona para que verifique los siguientes factores del entorno arquitectónico y que están asociados a riesgo de caídas de pacientes hospitalizados:

- El área de baños y regaderas tienen que contar con barras de sujeción.
- El área de regaderas tiene que contar con piso y franjas antiderrapante.
- Tiene que existir señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo, etc.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas tienen que contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- El área de tránsito tiene que estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.
- El mobiliario como el buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas, entre otros, y los cables en general tienen que colocarse en el lugar asignados para estos.
- Los dispositivos específicos para la deambulacion, como bastones, muletas y andaderas tienen que contar siempre con las gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atención al paciente y la central de enfermeras tienen que contar con adecuada iluminación.

D. El personal de limpieza:

Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.



Es importante que se implemente la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada EAM en función de las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas.

E. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con el siguiente proceso documentado⁷:

- Identificar y realizar un listado de las áreas a través de un análisis multidisciplinario, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y reevaluación de riesgo de caída.
- Implementar la herramienta validada para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes.
- Definir el proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.
- Determinar qué personal tiene la función de la evaluación y reevaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.

5.2.7 Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.7 ⁶

Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela.

Registro y análisis de Cuasi falla y Evento Adverso.

Los Establecimientos de Atención Médica, utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos desarrollado para tal efecto de manera interna.

El EAM debe realizar el registro y análisis cuando exista riesgo potencial o inminente de muerte imprevista, pérdida temporal o permanente de una función que no estén relacionadas con el curso natural de la enfermedad, problema subyacente del paciente o resultado de una intervención.

El registro de eventos adversos de manera nacional se hará de acuerdo con el “Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos” establecido por la DGCEs o el que determine el IMSS-BIENESTAR. (<https://desdgces.salud.gob.mx/srea/acceso.php>). Se requiere usuario y contraseña para el acceso, para el reporte por la persona asignada por la Dirección.

El registro de eventos adversos se tiene que realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados, priorizando la atención del paciente.

Es responsabilidad de los directores, subdirectores, asistentes de dirección, directores de educación y calidad, coordinadores de educación y calidad, subdirector de calidad, jefe de educación y calidad o directivo encargado de la gestión de la calidad, jefes de guardia de enfermería y médico, jefes de servicio de enfermería y médico, difundir y apoyar el reporte de eventos adversos, evento centinela y cuasi falla de carácter no punitivo, asegurando que todo el personal que efectúe un reporte / notificación, estén libres de represalias o castigos como resultado de este.

Los Establecimientos de Atención Médica deben realizar el registro y análisis mediante sesión del comité CICASEP cuando exista riesgo potencial o inminente de muerte imprevista, pérdida temporal o permanente de una función que no estén relacionadas con el curso natural de la enfermedad, problema subyacente del paciente.



El registro de eventos adversos se tiene que realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto como sean identificados, priorizando la atención del paciente.

Es un registro anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo.

Los eventos adversos y cuasi fallas tendrán que analizarse mediante Patrones y Tendencias al menos cada 6 meses y establecer planes de mejora con base a este análisis.

Reportar al personal de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva eventos adversos asociados al proceso de vacunación inmediato al ingreso del paciente asociados a Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e inmunización.

A. Eventos Adversos para notificar.

Los eventos adversos que a continuación se enlistan son aquellos que tendrán una identificación inmediata, sin embargo, no excluyen a todos aquellos que por la naturaleza de la atención de los servicios que se prestan provoquen un daño al paciente:

Procedimientos invasivos y/o tratamientos

- Paciente incorrecto
- Sitio incorrecto
- Procedimiento incorrecto
- Falta de consentimiento informado
- Técnica estéril violada
- Cuenta incorrecta de textiles e instrumental médico
- Cuerpo extraño
- Preparación inadecuada o errónea
- Procedimiento cancelado
- Transferencia No planeada

Medicación

- Reacciones adversas
- Error de medicación
- Errores de prescripción
- Errores de transcripción
- Errores de dispensación
- Errores de preparación
- Errores de administración

Caídas

Estudios de laboratorio

- Paciente incorrecto
- Estudio incorrecto
- Sitio incorrecto
- Resultados erróneos



Lesiones en la piel

- Flebitis
- Infiltración y hematomas
- Multipunción
- Quemaduras
- Ulceras por presión (UPP) o lesiones por incontinencia (humedad)
- Lesión asociada adhesión

Nutrición y dietas

- Tipo de dieta incorrecta
- Error de prescripción
- Dieta no surtida
- Reacciones alérgicas
- Omisión en la administración de dietas

Gestión

- Retraso de ambulancias
- Problemas de traslado

Infecciones asociadas a la atención de la salud.

- Relacionadas con catéter.
- Relacionadas a sonda vesical.
- Relacionadas con ventilación mecánica.
- Otros.

Debe registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención.
- 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, hemo componentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
- Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

En todos los eventos centinela se tiene que realizar el análisis causa-raíz en un período no mayor a 45 días.

B. Recopilación, análisis y comunicación de datos



- Los resultados del registro de Cuasi fallas, eventos adversos y centinela se presentarán en el Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), con el fin de identificar patrones y tendencias, costos y establecer las acciones de mejora.
- Los resultados del análisis de las Cuasi fallas, eventos adversos y centinela se presentarán al cuerpo directivo y al personal de los Establecimientos de Atención Médica en una de sus sesiones generales.

El CICASEP deberá monitorear las estrategias de mejora definidas a partir de los resultados analizados. A través del CICASEP se realizará retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

C. El Establecimiento de Atención Médica deberá contar con el siguiente proceso documentado⁷:

Verificar el registro en la plataforma y análisis de los eventos adversos, mediante sesión del comité CICASEP cuando exista riesgo potencial o inminente de muerte imprevista, pérdida temporal o permanente de una función que no estén relacionadas con el curso natural de la enfermedad, problema subyacente del paciente.

5.2.8 Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.8

Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención¹¹.

A. Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente

Para el proceso de medición se recomienda utilizar el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) o el que defina el IMSS-BIENESTAR.

La medición de la cultura de seguridad del paciente se podrá realizar en la plataforma informática de la DGCES o lo que determine el IMSS-BIENESTAR para este fin. La cual se encuentra en este documento: Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos en Hospitales de México. <http://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp>

Elementos medibles que debe contar el Establecimiento de Atención Médica:

- Proceso documentado para medir y analizar la cultura de seguridad del paciente
- Contar con el cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente.
- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- Participa de manera anónima el personal de todos los turnos del EAM.
- Los resultados de la medición se presentarán en el CICASEP, para identificar patrones y tendencias e implementación de acciones de mejora.
- Los resultados de este análisis y las acciones de mejora implementadas se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM.

Nemotecnia con los dedos de las manos

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente




1 **Identificar correctamente a los Pacientes**
2 IDENTIFICADORES
Nombre completo y Fecha de Nacimiento

2 **Mejorar la comunicación efectiva**
- Indicaciones médicas verbales y telefónicas
- Laboratorio y gabinete
Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar

3 **Seguridad en el proceso de Medicación**
- Barreras -Electrolitos concentrados (Etiqueta individual (alerta visual) Doble verificación)
- Insulinas
- Anticoagulantes parenterales
- Quimioterápicos
- Radiofármacos
- LASA

4 **Seguridad en los procedimientos.**
PROTOCOLO UNIVERSAL
Antes de procedimientos invasivos "Tiempo Fuera"
Antes de: Hemodiálisis, Radioterapia, Hemotransfusiones, etc.

5 **Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en Salud**
"Programa integral de Higiene de manos"

6 **"Cachando" Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de Caídas**
-Evaluar y reevaluar el riesgo de caídas a todos los pacientes hospitalizados.

7. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.7
Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela. Registro y análisis de Cuasi falla y Evento Adverso.

8. Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.8
Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.

Elaborado por Dr. Rosbel Toledo Ortiz

6. Definiciones⁶

- 6.1. **Acceso:** Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita.
- 6.2. **Acceso efectivo:** Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud.
- 6.3. **Análisis Causa Raíz:** Es una forma de estudio retrospectivo de eventos adversos destinado a detectar las causas subyacentes de los mismos para proteger a los pacientes mediante la modificación de los factores dentro del sistema de salud que los provocaron y prevenir sus recurrencias.
- 6.4. **Atención Médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.
- 6.5. **Atención de consulta ambulatoria:** Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos para la atención médica fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados.
- 6.6. **Atención hospitalaria:** Atención que se presta a pacientes para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en el Establecimiento de Salud.



- 6.7. Calidad de la atención:** Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.
- 6.8. Cobertura de salud:** Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento.
- 6.9. Consulta externa:** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.
- 6.10. Continuidad de la atención:** Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.
- 6.11. Cuasifalla:** Situación en la que un error médico podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no lo hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.
- 6.12. Cultura de la seguridad:** Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- 6.13. Daño:** Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención.
- 6.14. Discapacidad:** La o las deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal que, por razón congénita o adquirida, presenta una persona, que al interactuar con las barreras de seguridad que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.
- 6.15. Establecimiento de atención médica (EAM):** Todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.⁷⁻¹²
- 6.16. Evento centinela:** Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos



eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.

- 6.17. Evento adverso:** Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas.
- 6.18. IMSS-BIENESTAR:** Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. A través de la Unidad de Atención a la Salud, se tiene como función aprobar, dirigir y supervisar la ejecución y desarrollo de los procesos, relacionados con los programas de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, atención médica, educación y formación, investigación y calidad de la atención, alineados a las prioridades de salud del Modelo de Salud MAS-Bienestar
- 6.19. Infección asociada con la atención de la salud (IAAS):** Es la condición localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento de la atención médica o el ingreso al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.
- 6.20. Lista de verificación de cirugía segura (LVCS):** Herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.
- 6.21. Lesión:** Daño causado por una fuerza externa a diferencia de una “enfermedad”, que indica simplemente que el organismo no está sano.
- 6.22. MAS-Bienestar:** es el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) el cual se basa en los principios y en la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS), mismo que define la estrategia que permitirá cumplir los objetivos y las prioridades de salud de la población, así como mejorar el desempeño en el contexto de la transformación actual del sistema público de salud mexicano. Será también la base para la transformación de los modelos de atención que se mantengan bajo la responsabilidad operativa de las entidades federativas y, al armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, será una pieza fundamental hacia el objetivo superior de la universalización de los servicios de salud a la población mexicana.
- 6.23. Medicamento:** Es toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra.
- 6.24. Medicamentos de alto riesgo** son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Como: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

Estos medicamentos son objetivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y se recomienda que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización.



- 6.25. Medicamento LASA:** Los medicamentos Look-Alike Sound-Alike (LASA, por sus siglas en inglés) involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro.
- 6.26. Medicación segura:** Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.
- 6.27. Plan de mejora continua:** Conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico.
- 6.28. Reacción adversa:** Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
- 6.29. Reacción adversa a medicamento:** Respuesta nociva e inesperada a un medicamento que se produce a dosis normalmente recomendadas para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para el restablecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica.
- 6.30. 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.
- 6.31. Servicio de Atención Médica:** conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de estos.
- 6.32. Servicios de Salud:** Son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.
- 6.33. Sistema de registro y análisis de eventos adversos:** Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible.

7. Mecanismos de Vigilancia y Evaluación

La Coordinación de Educación e Investigación a través de su División de Calidad y Certificación Médica será la encargada de vigilar, verificar o evaluar el cumplimiento de los lineamientos. (Ver evaluación punto 9)

8. Interpretación

La Coordinación de Educación e Investigación a través de la División de Calidad y Certificación Médica tendrá la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos en el presente procedimiento.



9. Evaluación

Evaluación del proceso de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Instrucciones:

En la columna de Calificación debe seleccionar del com bo de 10,5,0 o NA		
Ponderación		Criterios de evaluación
Cumple totalmente con lo solicitado en el propósito del Estándar.	10	Significa que cumple totalmente, es decir, que el requerimiento se ha llevado a cabo acorde a lo solicitado en el propósito del Estándar correspondiente y que está implementado de manera consistente y sistémica . Asimismo, significa que su implementación tiene, al menos, cuatro meses de evolución/desarrollo.
Cumple Parcialmente	5	Significa que cumple parcialmente, es decir, que el requerimiento se ha llevado a cabo acorde a lo solicitado en el propósito del estándar correspondiente, pero que se ha implementado de manera parcial, no estandarizada y que su definición y/o implementación tiene sólo de 1 a 3 meses de evolución/desarrollo .
No Cumple	0	Significa que no cumple, es decir, que el requerimiento NO se definió acorde al propósito del estándar correspondiente, no está implementado o que su definición y/o implementación tiene menos de un mes de evolución/desarrollo . También se emplea de la misma manera en los elementos medibles que contienen distintos componentes desglosados en viñetas, y que no fueron definidos y, por lo tanto, implementados en su totalidad, es decir, un elemento medible que contenga cuatro viñetas debe cumplirlos en su totalidad de no ser así se califica como cero (0).
No aplica	NA	Significa que no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular la calificación general. Se califican como "no aplica" los requerimientos que no corresponden al contexto de la organización, por ser procesos que no se realizan en ella , por ejemplo, si un servicio de atención ambulatoria no cuenta con personal clínico en formación, a los elementos medibles relacionados se les asignará NA.

Todas las OBSERVACIONES generadas durante la Evaluación significan que alguno(s) de los elementos medibles de los estándares involucrados cuentan con calificación de 0 o 5, debido a alguna o varias de los siguientes puntos:

- No se definió el proceso acorde al propósito del estándar correspondiente.
- El proceso no está implementado.
- El proceso no está estandarizado.
- El proceso no se realiza de manera sistemática cuando corresponde.
- La temporalidad de implementación es menor a cuatro meses.

Ver cuadros anexos:





Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Estado _____ Establecimiento de Atención Médica: _____ Fecha: _____
Servicio _____ Turno _____

Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente

1. Identificar correctamente a los pacientes

HOSPITAL / AMBULATORIOS

Elemento Medible	M UEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de administrarles medicamentos .	3	10	Se toma una muestra del 40% de pacientes de todos los ingresos al hospital
5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de administrarles infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.	3	10	
6. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de la administración de sangre y hemocomponentes .	3	10	
7. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de la realización de estudios de gabinete .	3	10	
8. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos .	3	10	
9. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de la dotación de dietas .	3	10	
10. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de ser trasladados dentro y fuera de la organización.	3	10	
11. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis .	3	NA	
12. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de la aplicación de vacunas .	3	NA	Revisar en el Servicio de Medicina Preventiva
13. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) <u>justo antes</u> de proporcionarles tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo , de acuerdo a lo establecido por la organización.	3	10	
14. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la base de seguridad de la meta.	3	10	Cuenta con el análisis de la implementación de la base de seguridad
15. Cada una de las hojas que integran el expediente clínico del paciente, deben contener los datos identificados .	3	10	
16. La organización implementa métodos de identificación, como brazalete o pulsera, tarjeta de cabeza o pie de cama u otros, para la identificación de todos los pacientes .	3	10	
17. El brazalete o pulsera se coloca en alguna de las extremidades del paciente que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este método de identificación se coloca en la tarjeta de cabeza o pie de cama .	3	10	
18. El personal que registre los identificados confirma con el paciente. En caso de que el paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM .	3	10	
19. Existe reemplazo del brazalete, pulsera o su equivalente , cuando exista cualquier duda respecto a la información contenida o legibilidad de la misma .	3	10	
20. La organización no realiza ningún procedimiento o intervención cuando existe cualquier duda respecto a los datos identificados, hasta como corroborar dichos datos .	3	10	
21. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente .	3	10	
22. En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto dos brazaletes, pulsera o su equivalente, una en la muñeca derecha y otra en el tobillo derecho, datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, esta información tiene que confirmarse con los datos de la madre y en el expediente clínico.	3	10	
23. Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconscientes o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es es obligatorio confirmar los datos de identificación a través de los métodos de verificación previamente referidos.	3	10	
24. Cuando se utiliza el método para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, se coloca de manera inmediata al concluir .	3	10	
25. Las piezas anatómicas y los cadáveres son identificados (usando al menos dos datos de identificación) para su envío al Servicio Anatómico Patológico o equivalente .	3	10	
PROMEDIO		100	

Fuente: Autoevaluación Anexo 2 CUNCEC Hospitales Ambulatorios MUEC 102023



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		 SERVICIOS DE SALUD IMSS BIENESTAR UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DIVISIÓN DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA	
Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente			
Estado _____		Establecimiento de Atención Médica: _____	
Servicio _____		Fecha: _____	
		Tumo _____	
Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente 2. Mejorar la comunicación efectiva.			
HOSPITAL / AMBULATORIOS			
Elemento Medible	MUEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.	3	10	
4. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben resultados de laboratorio y gabinete de manera verbal o telefónica.	3	10	
5. Si corresponde al contexto de la organización, se realiza el proceso alternativo de Escuchar-Repetir-Confirmar en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.	3	10	
6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la bandera de seguridad de la meta.	3	10	
PRO MEDIO		100	
Fuente: Autoevaluación Anexo A-CUNCEEC Hospitales Ambulatorios MUEC_102023			



Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Estado _____ Establecimiento de Atención Médica: _____ Fecha: _____
Servicio _____ Turno _____

Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

HOSPITAL / AMBULATORIOS

Elemento Medible	MUEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.	3	10	
3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.	3	10	
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofarmacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.	3	10	
5. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	3	10	
		100	

Fuente: Autoevaluación_Anexo_A-CUNCEEC_Hospitales_Ambulatorios_MUEC_102023



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		 SERVICIOS DE SALUD IMSS BIENESTAR UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DIVISIÓN DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA	
Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente			
Estado _____		Establecimiento de Atención Médica: _____	
Servicio _____		Tumo _____	
Fecha: _____ Meta Internacional de Seguridad del Paciente/ Acción Esencial de Seguridad del Paciente 4. Procedimientos Correctos.			
HOSPITAL / AMBULATORIOS			
Elemento Medible	M UEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda. NO tiene que utilizarse como marcaje una "x" ya que genera confusión.	3	10	
4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.	3	10	
Lista de verificación cirugía segura			
5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:			
5.1. El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISPA).			
5.2. El procedimiento correcto.			
5.3. La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.			
5.4. La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.	3	10	
5.5. Marcado del sitio anatómico, si corresponde.			
5.6. Alergias del paciente.			
5.7. Riesgo de sangrado.			
5.8. Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.			
6. El proceso de Tiempo fuera se realiza con la presencia de todo el equipo multidisciplinario que participa en el procedimiento justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.	3	10	
7. Cuando solo participa una persona, el tiempo fuera es realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.	3	10	
8. La verificación del Tiempo Fuera se documenta acorde a lo definido por la organización.	3	10	
9. Se lleva a cabo el Tiempo fuera justo antes de iniciar todo procedimiento invasivo o de alto riesgo definido por la organización.	3	10	
10. Siempre que sea posible se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.	3	10	
11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	3	10	
12. El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permenezca después de la asepsia y antisepsia.	3	10	
13. Previo al ingreso a la sala de cirugía, el personal clínico autorizado que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.	3	10	
14. En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.	3	10	
15. 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 marque la piel. Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumores evidentes.	3	10	
16. Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea el circulante.	3	10	
17. Se cumple lo señalado de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 14A2.	3	10	
		100	
Fuente: Autoevaluación Anexo A-CUNCEEC Hospitales Ambulatorios M UEC 102023			



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		 SERVICIOS DE SALUD IMSS BIENESTAR UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DIVISIÓN DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA	
Marco de Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente			
Estado _____		Establecimiento de Atención Médica: _____	
Servicio _____		Turno _____	
Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente 5. Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.			
HOSPITAL / AMBULATORIOS			
Elemento Medible	MUEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
6. El Programa de Higiene de manos está implementado en toda la organización.	3	10	
7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	3	10	Se realiza estudio de observación y el análisis
		100	
Fuente: Autoevaluación_Anexo_A-CUNCEEC_Hospitales_Ambulatorios_MUEC_102023			



Marco de Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Estado _____ Establecimiento de Atención Médica: _____ Fecha: _____
Servicio _____ Turno _____

Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

HOSPITAL / AMBULATORIOS

Elemento Medible	M UEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.	3	10	
6. Se evalúa el riesgo de caídas cuando como parte de la evaluación inicial.	3	10	
7. Se reevalúa a todos los pacientes en cada cambio de turno y cambio de área o servicio.	3	10	
8. Se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.	3	10	
9. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.	3	10	
10. La organización realiza la evaluación de caídas de los pacientes ambulatorios y para aquellos que cumplen los criterios, toma las medidas necesarias para reducir el riesgo de caída.	3	10	
11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.	3	10	
12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	3	10	
13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente.	3	10	
		100	

Fuente: Autoevaluación Anexo A-CUNCEEC Hospitales Ambulatorios M UEC_102023



Marco de Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Estado _____ Establecimiento de Atención Médica: _____ Fecha: _____

Meta Internacional de Seguridad del Paciente / Acción Esencial de Seguridad del Paciente

7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi-falla, eventos adversos y centinela

HOSPITAL / AMBULATORIOS

Elemento Medible	M UEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
1. Se han establecido definiciones operativas de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los incisos de la a) a) definidos en el propósito, cuando así como respondan al contexto de la organización. 4 a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. c) Cingula en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. d) Muerte materna. e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. f) Suicidio (Dentro del Establecimiento). g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento). h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal. i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.	4	10	
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.	3	10	
3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.	3	10	
4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.	3	10	
		100	

Fuente: Autoevaluación Anexo A-CUNCEEC_Hospitales_Ambulatorios_MUEC_102023



Marco de Autoevaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Estado _____ Establecimiento de Atención Médica: _____

Meta Internacional de Seguridad del Paciente/ Acción Esencial de Seguridad del Paciente

8. Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención

HOSPITAL / AMBULATORIOS

Elemento Medible	M UEC Etapa	Calificación	OBSERVACIONES
1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.	4	10	
2. El cuestionario se aplica al menos cada año a la muestra seleccionada.	4	10	
3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.	4	10	
		100	

Fuente: Autoevaluación Anexo A-CUNCEEC Hospitales Ambulatorios M UEC 102023

CRONOGRAMA PARA EL REPORTE DE LA AUTOEVALUACIÓN CUATRIMESTRAL 2024-2025

Mes	Fecha	1er cuatrimestre	2° Cuatrimestre	3° Cuatrimestre
Abril	25 de abril	x		
Agosto	25 de agosto		x	
Diciembre	18 de diciembre			x



Autoevaluación de la Implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Interpretación	
Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Subtotal
	Promedios obtenidos
1. Identificación correcta del paciente	100
2. Comunicación efectiva	100
3. Seguridad en el proceso de medicación	100
4. Seguridad en los procedimientos	100.0
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	100
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por caídas	100
7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinelas	100
8. Cultura de Seguridad del paciente para la mejora de la calidad de la atención	100.0
Total	100.0

En Hospitales

Promedios total	Nivel de Implementación
< 10	Sin implementar
10 - 49	Inadecuado
50 - 64	Básico
65 - 79	Intermedio
80 - 100	Avanzado

NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS AESP

Recomendaciones

Sin implementar: Urgente implementar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, revise y aplique las acciones del presente lineamiento.
Sensibilizar al personal y directivos sobre la importancia de la seguridad del paciente y obtener su compromiso para llevar a cabo las mejoras.

Inadecuado: Reforzar las Acciones Esenciales en su Establecimiento de Atención Médica, iniciar por la Planeación, difusión, capacitación, implementación, monitoreo, analizar y aplicar un plan de mejora. Contar con los insumos necesarios. Identifica las acciones que faltan por implementar, los servicios y turnos, establecer un plan de mejora.

Básico: Fortalecer las Acciones Esenciales en su establecimiento de Atención, en el monitoreo y difusión identifica las acciones que faltan por implementar, los servicios y turnos con menor desempeño, reforzar la supervisión.

Intermedio: Desarrollar programas específicos de mejora continua basados en la información recolectada en el monitoreo y reporte de incidentes, identificar servicios y turnos con menor desempeño

Avanzado: Impulsar la mejora continua, fomentar una cultura centrada en la seguridad del paciente con liderazgo comprometido y participación de todo el personal.
Realizar evaluaciones regulares y comparaciones (benchmarking) con otros Establecimientos de Atención Médica, contar con personal especializado en seguridad del paciente.



10. Referencias:

1. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions. 2007 May;1(2).
2. Joint Commission. National Patient Safety. 2011.
3. Secretaría de Gobernación. ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. [cited 2024 Aug 11]; Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. 72a Asamblea Mundial de la Salud. 2019 Mar.
6. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), Consejo de Salubridad General (CSG). Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Actualizado en 2023. México: Secretaría de Salud; 2023.
7. Consejo de Salubridad General, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC). Criterios y estándares. Anexo A y B CUNCEEC. Edición 2023. Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria de la CCEAM, 20 de julio de 2023. México: Secretaría de Salud; 2023.
8. Dionisi S, Giannetta N, Liquori G, De Leo A, D'Inzeo V, Orsi GB, et al. Medication errors in intensive care units: an umbrella review of control measures. *Healthcare*. 2022;10(1221).
9. Bardia Barimani, Pouyan Ahangar , Rajpal Nandra , Keith Porter , The WHO Surgical Safety Checklist: A Review of Outcomes and Implementation Strategies, Perioperative Care and Operating Room Management (2020), <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2020.100117>
10. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de Higiene de las manos. World Health Organization, 2009
11. Bishop AC, Boyle TA. The role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. *J Patient Saf*. 2014;00(00):1-6.
11. Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, texto vigente, última reforma publicada DOF 17 de julio de 2018. 2018.



12. Anexos

Anexo 1. "Bitácora de comunicación efectiva"

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD			
IMSS-BIENESTAR COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA BITÁCORA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA			
ESTADO: _____		REGIÓN: _____	
UNIDAD DE SALUD: _____			
Nombre completo del Pacient		Fecha de Nacimiento:	
Edad:	Servicio:	Fecha:	Hora:
Indicación Médica		Verbal	
Resultado de Laboratorio/ Gabinete		Telefónica	
DESCRIPCIÓN			
Nombre, Firma y Cargo del Personal que recibe la indicación o resultado:			
Nombre, Firma y Cargo del Personal que emite y confirma la indicación y resultado:			

Anexo 2. "Bitácora de doble verificación"



Fecha: _____ Hora: _____

Durante la Preparación	Durante la Administración
Nombre completo del Paciente: _____	Hora de la administración: _____
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____	
Medicamento correcto: _____	
Dosis correcta: _____	Nombre y firma del primer verificador: _____
Vía correcta: _____ Hora correcta: _____	Nombre y firma del segundo verificador: _____
Caducidad del medicamento (fecha de laboratorio): _____	
Velocidad de la Infusión/ mililitros por hora: _____ gotas por minuto _____	Descripción de la formula para para el cálculo exacto de dosis prescrita
Antecedentes de alergia: Si: ___ No: ___ Nombre del medicamento o alimento: _____	
Cuál: _____	Observaciones: _____
Nombre y firma del primer verificador: _____	
Nombre y pirma del segundo veri DOBLE VERIFICACION	

Fecha: _____ Hora: _____

Durante la Preparación	Durante la Administración
Nombre completo del Paciente: _____	Hora de la administración: _____
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____	
Medicamento correcto: _____	
Dosis correcta: _____	Nombre y firma del primer verificador: _____
Vía correcta: _____ Hora correcta: _____	Nombre y firma del segundo verificador: _____
Caducidad del medicamento (fecha de laboratorio): _____	
Velocidad de la Infusión/ mililitros por hora: _____ gotas por minuto _____	Descripción de la formula para para el cálculo exacto de dosis prescrita
Antecedentes de alergia: Si: ___ No: ___ Nombre del medicamento o alimento: _____	
Cuál: _____	Observaciones: _____
Nombre y firma del primer verificador: _____	
Nombre y pirma del segundo verificador: _____	

Fecha: _____ Hora: _____



 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA	 SERVICIOS DE SALUD IMSS BIENESTAR UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DIVISION DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA
<p style="text-align: center;">FASE 1: ENTRADA</p> <p style="text-align: center;">Antes de la inducción de la anestesia</p> <p><i>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería en presencia del paciente han confirmado:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Su identidad</p> <p><input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> El procedimiento quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Su consentimiento</p> <hr/> <p><i>¿El Anestesiólogo ha confirmado con el Cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <hr/> <p><i>El Cirujano ha confirmado la realización de asepsia en el sitio quirúrgico:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p><i>El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, equipo (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p><i>El Anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p><i>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</i></p> <p><i>¿Alergias conocidas?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p><i>¿Vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se cuenta con material, equipo y ayuda disponible.</p> <hr/> <p><i>¿Riesgo de hemorragia en adultos >500 mL (niños >7mL./kg)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías centrales</p> <hr/> <p><i>¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha realizado el cruce de sangre previamente.</p>	<p style="text-align: center;">FASE 2: PAUSA QUIRÚRGICA (TIME OUT)</p> <p style="text-align: center;">Antes de la incisión cutánea</p> <p><i>La Instrumentista ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiólogo</p> <p><input type="checkbox"/> Ayudante de Cirujano <input type="checkbox"/> Circulante</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> <hr/> <p><i>El Cirujano, ha confirmado de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de Enfermería (Instrumentista y Circulante:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente Correcto.</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento Correcto</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico Correcto</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar</p> <p><input type="checkbox"/> Posición correcta del paciente</p> <hr/> <p><i>¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <hr/> <p><i>¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí</p> <hr/> <p style="text-align: center;">PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><i>El Cirujano ha informado:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Los pasos críticos o no sistematizados</p> <p><input type="checkbox"/> La duración de la operación.</p> <p><input type="checkbox"/> La pérdida de sangre prevista.</p> <p><i>El Anestesiólogo ha informado:</i></p> <p><input type="checkbox"/> La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.</p> <p><i>El personal de Enfermería ha informado:</i></p> <p><input type="checkbox"/> La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental.</p> <p><input type="checkbox"/> La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo.</p>	<p style="text-align: center;">FASE 3: SALIDA</p> <p style="text-align: center;">Antes de que el paciente salga de quirófano</p> <p><i>El Cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería, ha aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</i></p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento COMPLETO del instrumental, gases y agujas.</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general).</p> <p><input type="checkbox"/> Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos.</p> <hr/> <p><i>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería han comentado al Circulante:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria</p> <p><input type="checkbox"/> El plan de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Los riesgos del paciente</p> <hr/> <p><i>¿Ocurrieron eventos adversos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <hr/> <p><i>¿Se registró el evento adverso?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde? _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">CIRUJANO(S):</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">ANESTESIÓLOGO(S):</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">PERSONAL DE ENFERMERÍA:</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p>
<p>Nombre y firma de los participantes:</p>		
_____ Cirujano	_____ Anestesiólogo	_____ Enfermero(a) Instrumentista
_____ Enfermero(a) Circulante		

Fuente: Dirección de Seguridad del Paciente, 2024



Anexo 4. "Lista de verificación de procedimientos invasivos"

 IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		IMSS-BIENESTAR COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA LISTA DE VERIFICACIÓN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS 	
Nombre completo del Paciente: <input style="width: 80%;" type="text"/>		Fecha de Nacimiento: <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Fecha: <input style="width: 15%;" type="text"/>	Hora: <input style="width: 15%;" type="text"/>	Sexo: M <input style="width: 15%;" type="checkbox"/> F: <input style="width: 15%;" type="checkbox"/>	Edad: <input style="width: 15%;" type="text"/>
Nombre del Procedimiento: <input style="width: 80%;" type="text"/>			
Pre-Procedimiento "Time Out"	Post-Procedimiento		
1.- ¿A confirmado la identidad de la o el paciente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.- ¿Se efectuó el procedimiento sin complicación alguna presente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2.- Se ha informado a la o el paciente o familiar sobre el procedimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.- ¿Ha confirmado el personal de Enfermería el nombre del procedimiento en voz alta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		
3.- ¿El consentimiento informado para el procedimiento se encuentra autorizado por el paciente, familiar y/o cuidador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3.- ¿Ha realizado la etiqueta de identificación del procedimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		
4.- ¿Existen insumos necesarios para el procedimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.- ¿Realiza el reporte de incidencias de eventos adversos, cuasifallas y centinela? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		
5.- ¿El paciente tiene alergias conocidas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Nombre, firma y cargo del Personal Médico </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Nombre, firma y cargo del Personal de Enfermería </div>		
6.- ¿El médico tratante confirma que todo el personal que participara se haya presentado por su nombre y función? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
7.- ¿Se ha confirmado que el instrumental, material de consumo y ropa quirúrgica cuenta con la trazabilidad de esterilización? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
8.- ¿Ha realizado, la toma, registro y valoración de los signos vitales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			