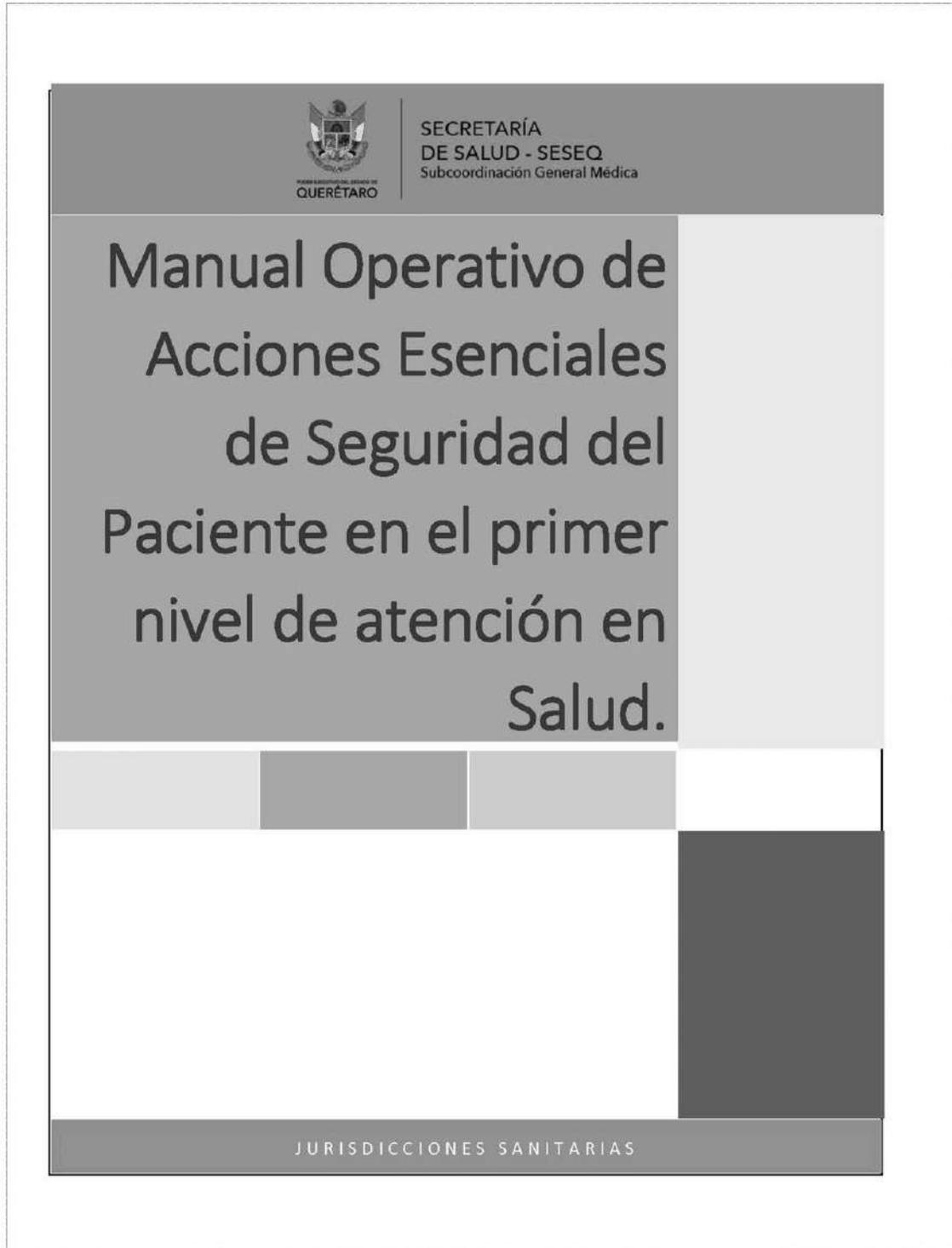


**PODER EJECUTIVO**  
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**



1

## VALIDADO Y APROBADO POR

**Dr. Julio Cesar Ramírez Argüello**

Secretario de Salud de Estado de Querétaro y  
Coordinador General de Servicios de Salud del  
Estado de Querétaro.

**LAE. Raúl Rodríguez Reyes.**

Director de Planeación.

**Dr. Luis Juan Ostos Mondragón.**

Subcoordinador General Médico.

**LA. Felipe Ramírez Moreno.**

Director de Finanzas.

**C.P. Fernando Damián Ocegüera.**

Subcoordinador General Administrativo.

**L.A. Paola Avalos Pérez.**

Directora de Recursos Humanos.

**Dra. Martina Pérez Rendón.**

Directora de Servicios de Salud.

**Lic. Marina Cecilia Ruiz Pérez.**

Directora de Adquisiciones.

**Dr. Miguel Ángel Villatoro Padilla.**

Director de Servicios Médicos Hospitalarios.

**Doctora Nephtys López Sánchez.**

Jefe del Departamento de Atención en  
Enfermería.

**Dr. Juan Carlos Vázquez Espinoza.**

Coordinador de Calidad.

**MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra.**

Departamento de organización, desarrollo e  
informática.

## PARTICIPANTES

**Dr. Juan Carlos Vázquez Espinoza.**

Coordinador de Calidad.

**MAH. Daniel Luque Fernández.**

Responsable de Acreditación- Re acreditación.  
Coordinación de Calidad.

**Doctora Nephtys López Sánchez.**

Jefe del Departamento de Atención en  
Enfermería.

**MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra.**

Departamento de organización, desarrollo e  
informática.

**Dra. Rosalba Romero Silis**

Subdirección de Epidemiología

**Dr. José Francisco Hernández Puga.**

Encargado de la Red Hospitalaria de vigilancia  
Epidemiológica.

**E.E. Sara Lucía de León González.**

Responsable de Enfermería en el Primer Nivel  
de Atención.

**Dr. Juan Carlos Ortega Regalado.**

Gestor de Calidad Jurisdicción Sanitaria No. 1.

**Enf. Elizabeth Moran Moran.**

Responsable de Enfermería Jurisdicción  
Sanitaria No. 1.

**Dra. Lilia Cristina Múgica Cerón.**

Gestor de Calidad Jurisdicción Sanitaria No. 2.

**L.E. Martha Laura Lindero Ávila.**

Jefa de Enfermeras Jurisdicción Sanitaria No. 2.

**Dra. Cynthia Elizabeth Yañez Soto.**

Gestora de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria  
No. 3.

**L.E. Guillermina Martínez Martínez.**

Gestora de Calidad en enfermería Jurisdicción  
Sanitaria No. 3.

**E.E. Ana Lilia Camarillo Méndez.**

Jefa de Enfermeras Jurisdicción Sanitaria No. 3.

**C.D. Darlenne López Salgado.**

Gestora de Calidad en Odontología Jurisdicción  
Sanitaria No. 3

**L.E. Laura Hurtado Ramírez.**

Gestora de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria  
No. 4.

**Dr. Jesús Eduardo Colín González.**

Gestor de Calidad de la Jurisdicción Sanitaria  
No. 4.

**L.E. Alejandra Marín Guillen.**

Jefa de Enfermeras de Jurisdicción Sanitaria  
No.4.

**Dra. Sandra Leticia Polo Sánchez.**

Gestora de Calidad de la UNEME-DEDICAM.

**E.E. Rosa Elena Vega Ramírez.**

Responsable del área de enfermería de la  
UNEME-DEDICAM.

**Tabla de contenido.**

**Introducción.....4**

**Fundamento Jurídico.....6**

**Objetivos.....8**

**Acciones esenciales de seguridad del paciente.....9**

    AESP-1 Identificación del paciente.....10

        AESP1-F1 Formato de identificación del paciente .....15

        AESP1-F2 Formato de tarjeta identificación del paciente y del recién nacido .....16

        AESP1-F3 Formato de identificación en áreas quirúrgicas .....16

        AESP1-F4 Formato de etiqueta de identificación de soluciones.....17

    AESP-2 Comunicación efectiva.....18

        AESP2-F1 Check list SAER .....25

    AESP-3 Seguridad en el proceso de medicación .....26

        Aviso de sospechas de reacciones adversas a medicamentos FF-COFEPRIS-11 .....34

        Tarjeta de identificación de medicamentos de alto riesgo para el personal.....35

    AESP-4 Seguridad en los procedimientos .....36

    AESP-5 Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.....40

        Cartel 5 momentos para la higiene de manos .....47

        Cédula de supervisión del programa integral de higiene de manos .....50

    AESP-6 Reducción del Riesgo de daño al paciente por causa de caídas.....51

    AESP-7 Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.....56

        AESP7-F1 Reporte de eventos adversos .....59

        AESP7-1N- F2 Listado de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas que se presentan en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención .....61

    AESP-8 Cultura de seguridad del paciente.....62

        Plataforma de captura del cuestionario de "Cultura de Seguridad del paciente" .....65

        Formato de Encuesta .....65

**Anexos .....71**

    Dimensiones de la cultura de seguridad.....71

    Factores de riesgo .....72

**Abreviaturas y Definiciones .....73**

**Bibliografía.....79**

## 1. Introducción.

En la actualidad la práctica médica enfrenta retos sin precedentes, generados por un lado, por los cambios epidemiológicos y demográficos, y por el otro, el gran costo financiero y social que esto representa. Es un hecho que los grandes avances tecnológicos permiten mayor precisión diagnóstica y efectividad terapéutica, con una mayor tendencia a la mínima invasión, sin embargo, pese a todo esto, existen riesgos asociados con la atención médica los cuales pueden desencadenar en **errores en la atención** con consecuencias graves. No es posible soslayar que el acto médico por sí mismo es complejo con innumerables variables, siendo esta una condición que genera riesgos y vulnerabilidad. La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa, hasta que el Instituto de Medicina (IOM) en los Estados Unidos publicara en 1999 el informe: "To Err is Human: building a Safer Health System", provocando su contenido un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de los pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, cifras que están por arriba incluso de los accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.

Este estudio fue producto del proyecto denominado: "Quality of Health Care in América", y cuyo propósito era desarrollar una estrategia para alcanzar una mejora significativa en la calidad en el sistema de salud de ese país en los siguientes años. Los eventos adversos se detectaron en el 4% de los pacientes hospitalizados, de los cuales el 70% provocaban incapacidad temporal y el 14% de los incidentes eran mortales. Fue a partir de entonces que no sólo se revisaron los estudios previos, sino que se dio impulso a los trabajos relacionados con el tema. El primer estudio publicado que cumplió con la metodología adecuada, fue realizado en 1984 en Nueva York (Harvard Medical Practice Study), contando con características suficientes para su validez y para ser reconocido como modelo. En este trabajo la incidencia de errores en la atención fue de 3,8%, en el 70% de estos pacientes se produjo discapacidad leve o transitoria, en el 3% fue permanente y en el 14% se provocó la muerte. El objetivo de esa revisión era primordialmente establecer la posible negligencia y su identificación. Las áreas principalmente afectadas fueron cirugía y procedimientos diagnósticos y terapéuticos entre estos las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%) como los más frecuentes. Siendo de gran importancia identificar que el 58% de estos errores en la atención fueron considerados como prevenibles.

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), incluyó una muestra de 11,555 pacientes ingresados en 58 hospitales, en este estudio se señaló la frecuencia de los errores en la atención la cual fue de 11.85% con una posibilidad de prevención del 60%, mientras que los errores en la atención que estaban relacionados con los cuidados fueron del 13.27 %, con el uso de medicación del 8.23%, con infecciones nosocomiales 37.14%, con algún procedimiento 28.69% y con el diagnóstico el 6.15%.

Desde el año 2000, la Secretaría de Salud, ha venido trabajando para atender este problema, sin embargo, un aspecto que aún no se ha desarrollado suficientemente es el regulatorio y para ello, se iniciaron mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General (CSG) y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para identificar los aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deban seguir los establecimientos de atención médica, mismos que permitan abatir la presentación de eventos adversos; Es así como se originan las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales, que se complementan con dos acciones primordiales: el reporte de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de atención a la salud.

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente se encuentran inmersas de forma transversal dentro del Modelo de Gestión de Calidad (MGC) y son parte de la Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad, estableciendo estrategias para la adopción en los establecimientos de atención a la salud, implementación de estrategias para su desarrollo y maduración de los procesos que permitan alcanzar los estándares requeridos para la Acreditación, Certificación y poder lograr los cinco resultados de valor que establece el propio Modelo de Gestión de Calidad: La Salud en la Población, el Acceso Efectivo, Organizaciones Confiables y Seguras, Experiencia Satisfactoria al transitar por el sistema y Costos Razonables.

Estas acciones esenciales para la seguridad del paciente serán la piedra angular para el desarrollo de la Norma Oficial Mexicana para la Seguridad del Paciente, entendiendo esta como la Atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de error y se maximice la probabilidad de su impedimento, razón suficiente para que con el presente instrumento se establezcan las políticas, procedimientos e instrumentos operativos que determinen el proceder dentro de los Hospitales de Servicios de Salud del Estado de Querétaro en materia de seguridad del paciente.

De esta forma, se contribuye a contar con un marco regulatorio más sólido que permita brindar una atención médica con calidad y más segura, porque como bien plasma Goethe: ***"No basta saber, se debe también aplicar, No es suficiente querer, se debe también hacer"***.

## 2. Fundamento jurídico

Si bien actualmente no se puede identificar el marco regulatorio en materia de prestación de servicios de atención médica en un solo instrumento que exprese de manera exclusiva la regulación sobre las acciones que emanan de los compromisos internacionales en materia de calidad y seguridad de los pacientes, México cuenta con instrumentos normativos que regulan diversos aspectos de la atención médica, para prevenir los daños asociados a la misma.

La Ley General de Salud, el Reglamento de Insumos para la Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entre otros documentos, contienen disposiciones que regulan la atención a la salud, así como también la OMS, la OPS, instituciones y organismos internacionales emiten instrumentos normativos que favorecen la adopción de medidas para mejorar las condiciones en que se otorga la atención médica.

Por otro lado, la Secretaría de Salud cuenta con tres Comités Consultivos Nacionales de Normalización, a través de los cuales se impulsa la integración de Normas Oficiales Mexicanas y otros instrumentos jurídicos, considerando para el presente aquellas que contienen aspectos que inciden en la calidad y seguridad de los pacientes, entre los que destacan:

### **Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. SSA1**

- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

### **Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. SSA2**

- NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

### **Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. SSA3**

- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
  - NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- 
- NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental- residuos peligrosos biológicos infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo.

### 3. Objetivos

#### Objetivo general:

El presente **Manual Operativo de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente**, tiene como propósito establecer objetivos, políticas y estrategias necesarias para su implementación.

Mediante este documento el personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, contara con un documento normativo que dará cumplimiento a las acciones esenciales de seguridad del paciente y de esta manera favorecer una atención de calidad en los servicios de salud.

#### Objetivos específicos:

- Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en los establecimientos de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
- Unificar criterios para dar cumplimiento a las acciones esenciales de seguridad del paciente en Establecimientos de Salud de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
- Contar con formatos e instrumentos estandarizados que evidencien el cumplimiento a cada una de las acciones esenciales de seguridad del paciente.

#### 4. Acciones esenciales de Seguridad del Paciente.



Identificación del paciente



Comunicación efectiva



Seguridad en el proceso de medicación



Seguridad en los procedimientos



Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud



Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas



Registro de eventos adversos



Cultura de Seguridad del paciente

## AESP 1. Identificación del paciente



### 1.1 Propósito

Identificamos de forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento, y hacemos que sus datos y seguridad se resguarden y sean coincidentes.

### 1.2 Alcance

Todo usuario que acuda a los establecimientos de 1er nivel de atención deberá estar identificado y las políticas y acciones específicas relacionadas a la identificación del paciente las realizará el personal de salud que tenga contacto, atención o vigilancia de los pacientes, entendiendo estos como el personal de rama médica, parámedica y administrativa.

### 1.3 Políticas de aplicación general

1.3.1 Todo paciente que ingrese a cualquier servicio en cualquiera de los Establecimientos de primer nivel de atención en salud, deberá estar identificado. Al momento de solicitar consulta se solicitará una identificación oficial con fotografía, y en caso de no contar con identificación oficial, se validará con cualquier credencial con fotografía.

1.3.2 Todos los documentos de identificación del paciente, ya sean solicitudes de análisis diversos, solicitud de estudios de imagenología, solicitudes de laboratorios, nota de evolución e indicaciones médicas, recetas médicas, documentos de expediente clínico en todos sus apartados, cartilla de vacunación, cartillas nacionales de salud, tarjetas de identificación de cabecera, brazaletes, apósitos o pulseras deberán contar con el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento (día, mes y año).

1.3.3 Ante cada procedimiento a realizar al paciente deberá comprobarse que los datos corresponden al mismo paciente (previo a administrar medicamentos, vacunas, infusiones IV, transfusiones, toma de muestras para análisis clínicos, extracción de sangre, procedimientos médico quirúrgicos, traslados dentro o fuera del establecimiento, inicio de terapia de hemodiálisis, aplicación de sondas, catéteres antes de la colocación o en el retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros) estudios de gabinete, procedimientos odontológicos, etc.), cuando así aplique en cualquiera de los servicios o niveles de atención de salud en que suceda cualquiera de estas acciones.

1.3.4 Deberá de asegurarse de actualizar siempre los datos de identificación en Cartilla Nacional de Salud y el registro de las atenciones en la misma.

1.3.5 El nombre del paciente en las tarjetas de identificación de cabecera o pie (formato Identificación del paciente, Anexo AESP1-1) deberán de escribirse de forma legible con un color visible y en proporción de letra del doble que el de la fecha (2:1), esto aplicará cuando se tenga algún paciente en observación.

1.3.6 Cada vez que se utilice un brazalete, pulsera de identificación, apósito de identificación y vaya a colocarse en cualquier paciente deberá confirmarse con el paciente o familiar y expediente clínico,

preguntando directamente y revisando los documentos, esto en caso de que el paciente requiera ser identificado o se encuentre en observación dentro del primer nivel de atención.

1.3.7 Todo recién nacido deberá colocarse inmediatamente después del parto un brazalete de identificación en la muñeca derecha o en el tobillo izquierdo que contenga los datos de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo y peso del recién nacido, igualmente deberá de identificarse mediante un apósito pegado a pierna izquierda conteniendo mismos datos (nombre completo de la madre, sexo del recién nacido (femenino/masculino), fecha de nacimiento (día/mes/año), hora de nacimiento y peso al nacer, y en la tarjeta de identificación de cabecera o pie (formato Identificación del paciente y recién nacido, Anexo AESP1- 2), esto aplicara solo en caso de presentarse un parto expulsivo o de atención urgente dentro del establecimiento de primer nivel de atención.

1.3.8 Cuando se coloque una infusión intravenosa sea instalación o recambio, deberá colocarse la Etiqueta de identificación de soluciones (anexo AESP1-F4), debidamente requisitada, confirmando con el paciente o familiar sus datos y con el expediente.

1.3.9 Cuando el paciente tenga algún tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deberán de validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.

1.3.10 Todas las tarjetas de identificación, apósitos y brazaletes deberán de retirarse y desecharse al egreso del paciente de los servicios de salud. Cuando se realice algún procedimiento preventivo, diagnostico o terapéutico y sea necesario el retiro del identificador, se deberá colocar de forma inmediata al concluir.

1.3.12 Se utilizara la Escala de Crichton para valorar el Riesgo de Caidas, lo cual se realizará a todo paciente ingresado a algún servicio, la cual se clasificara como bajo riesgo un puntaje de 0 a 1 (verde), mediano riesgo un puntaje de 2 a 3 (amarillo) y de alto riesgo un puntaje de 4 a 10 (rojo).

Escala de Crichton/ RIESGO DE CAIDAS		
Parámetro	Calificación	Criterios
Limitación física	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgos señalados.
Problemas de idioma o socioculturales	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	No se presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.
Escala	Puntos	Clasificación
Alto riesgo	4 -10	
Mediano riesgo	2 - 3	
Bajo riesgo	0-1	

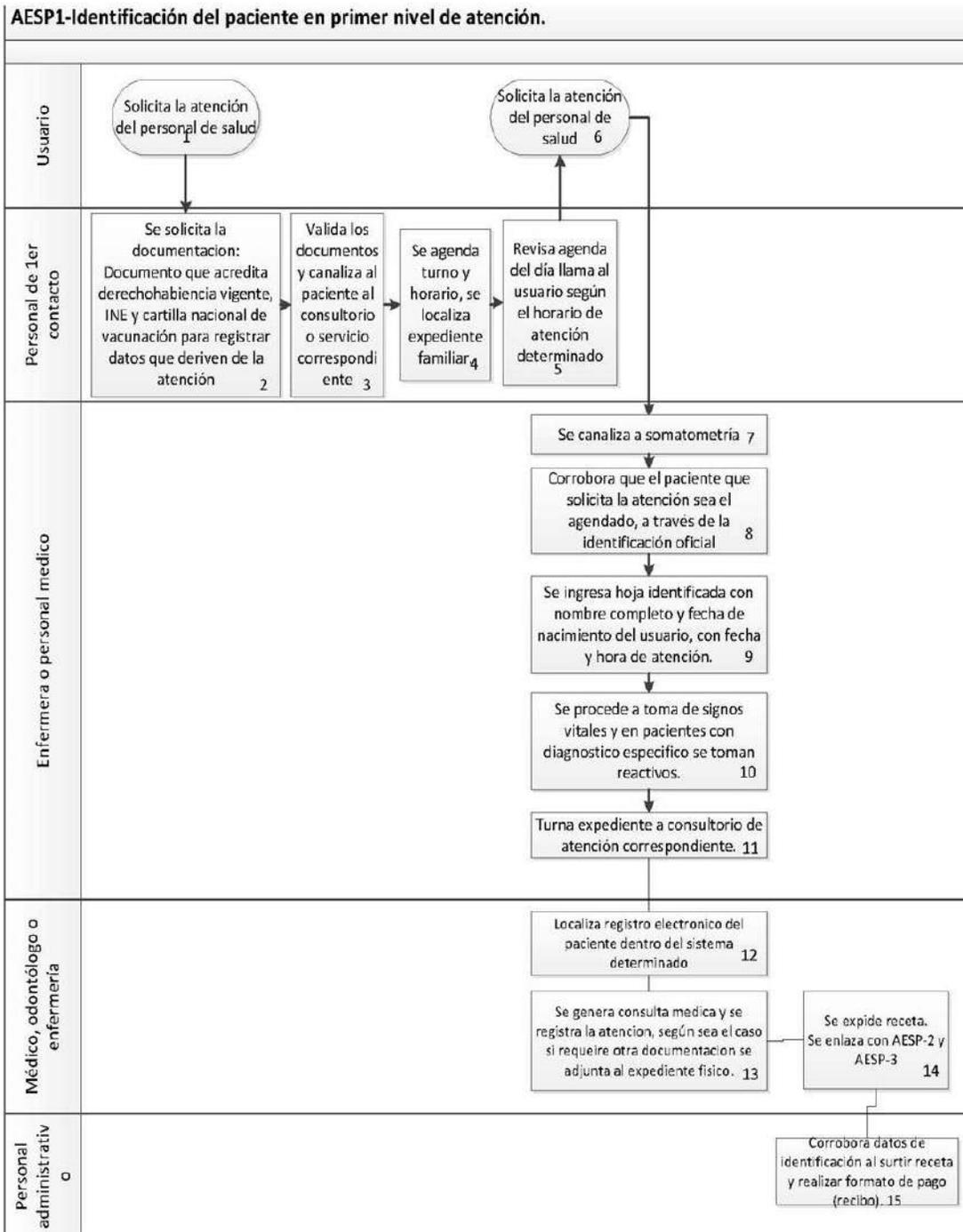
**1.4 Descripción del procedimiento**

12

1.4.1 Procedimiento para la identificación inicial y clasificación general del paciente seguro.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Usuario	1	Solicitud de atención médica en la Unidad.
Personal de 1er contacto	2	Se solicita presente documentación en físico del usuario: INE y documento que acredite derechohabencia vigente.  En primer nivel se solicitará la Cartilla Nacional de Salud para registrar los datos que deriven de la atención.
	3	Validados los documentos, se canalizará al paciente al servicio deseado para que sea atendido por los prestadores de servicios de salud.
	4	Se agendará el turno del paciente en una agenda o algún simil que implemente la unidad, otorgándole un turno y horario de atención al paciente. Se localiza expediente familiar correspondiente al paciente o se genera este.
	5	Revisa la agenda del día y llamará al usuario según el horario de atención determinado.
Usuario	6	Solicita atención médica en la Unidad de acuerdo a lo agendado.
Enfermería o personal médico.	7	Se canaliza a Somatometría.
	8	Se corrobora que el paciente que solicita la atención sea el agendado, a través de la identificación oficial.
	9	Se ingresa hoja identificada con nombre completo y fecha de nacimiento del usuario incluyendo la fecha y hora de atención.
	10	Se procede a la toma de signos vitales (frecuencia cardiaca, temperatura corporal, frecuencia respiratoria, talla/longitud, peso, tensión arterial, estado nutricional) y se registra en el expediente clínico. En caso de pacientes con diagnósticos específicos se tomarán reactivos correspondientes a cada programa.
	11	Turna expediente a consultorio de atención correspondiente.
Médico, Odontólogo ó Enfermería	12	Localiza registro electrónico del paciente dentro del sistema determinado.
	13	Se genera consulta médica y se registra la atención en sistema o en formatos específicos según sea el caso (si se genera documentación derivada de la atención se adjunta a expediente físico).
	14	Se expide receta. Se enlaza con AESP-2 y AESP-3
Personal administrativo, Médico o Enfermería	15	Corrobora datos de identificación al surtir la receta y/o realizar formato de pago.
	16	FIN

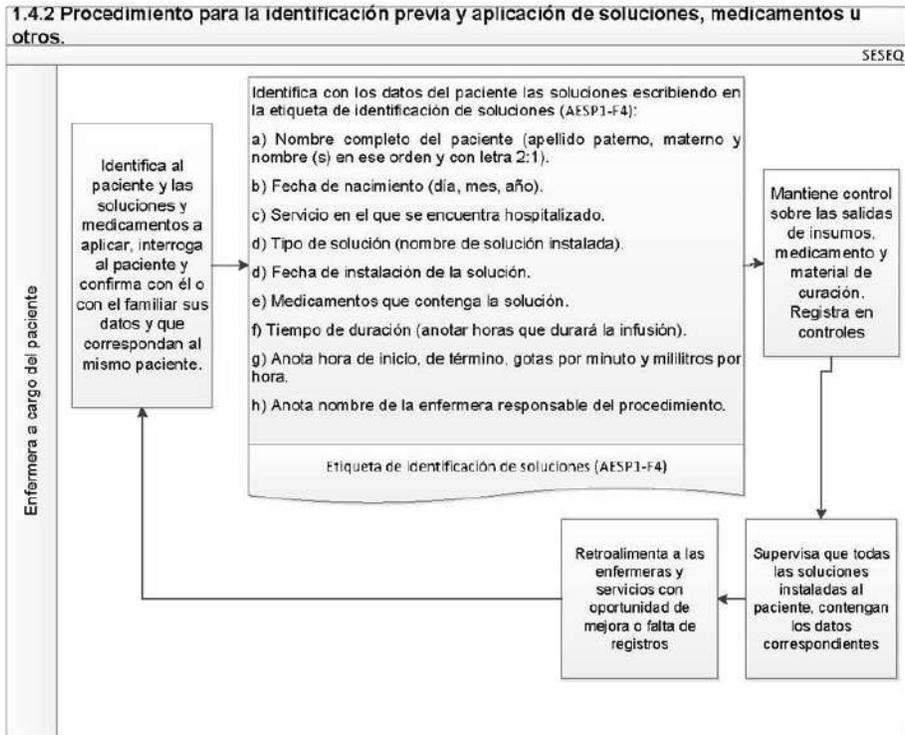
Diagrama

13



14

<b>1.4.2 Procedimiento para la identificación previa y aplicación de soluciones, medicamentos u otros.</b>		
<b>Responsable</b>	<b>No. Activ</b>	<b>Descripción del procedimiento</b>
Enfermera a cargo del paciente	1	Identifica al paciente y las soluciones y medicamentos a aplicar, interroga al paciente y confirma con él o con el familiar sus datos y que correspondan al mismo paciente.
		Identifica con los datos del paciente las soluciones escribiendo en el Formato Etiqueta de identificación de soluciones (AESP1-4): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nombre completo del paciente (apellido paterno, materno y nombre (s) en ese orden y con letra 2:1).</li> <li>b) Fecha de nacimiento (día, mes, año).</li> <li>c) Servicio en el que se encuentra hospitalizado.</li> <li>d) Tipo de solución (nombre de solución instalada).</li> <li>e) Fecha de instalación de la solución.</li> <li>f) Medicamentos que contenga la solución.</li> <li>g) Tiempo de duración (anotar horas que durará la infusión).</li> <li>h) Anota hora de inicio, término, gotas por minuto y mililitros por hora.</li> <li>i) Anota nombre de la enfermera responsable del procedimiento.</li> </ul>
	2	Mantiene control sobre las salidas de insumos, medicamento y material de curación. Registra en controles
	3	Supervisa que todas las soluciones instaladas al paciente, contengan los datos correspondientes
	4	Retroalimenta a las enfermeras y servicios con oportunidad de mejora o falta de registros.



**1.6 Anexos**

**AESP1-F1 Formato de identificación del paciente.**

**SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ**  
 Organización de Servicios Médicos Hospitalarios

**Identificación de Paciente. (AESP1-F1)**

<b>Nombre:</b>		<b>Unidad</b>	
		<b>Riesgo de caídas</b>	<b>Vigilancia epidemiológica</b>
No. de cama:	Servicio:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>		
Femenino: <input type="radio"/>	Masculino: <input type="radio"/>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>No. de expediente:</b>		
<b>No. de Póliza Seguro Popular</b>		<b>Tratamiento nutricional</b>	<b>Úlceras por presión</b>
<b>Fecha de ingreso a urgencias</b>	<b>Hora:</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<b>Fecha de ingreso a piso:</b>	<b>Hora:</b>		
<b>Alergias:</b>	<b>Grupo y RH:</b>		
<b>Diagnóstico:</b>			

**AESP1- F2 Formato tarjeta de identificación del paciente y recién nacido.**



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**Identificación de Paciente y recién nacido. (AESP1-F2)**

Nombre:		Unidad	
		Riesgo de caídas	Vigilancia epidemiológica
No. de cama:	Servicio:		
Edad:	Sexo: Femenino:      Masculino:		
Fecha de nacimiento:	No. de expediente:	Tratamiento nutrición	Ulceras por presión
Fecha de ingreso a urgencias:	Hora:		
Fecha de ingreso a piso:	Hora:		
Alergias:	Grupo y RH:	Identificación del recién nacido:	
Diagnóstico:		Sexo: Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
		Fecha de nacimiento:	Hora:
		Talla:	Peso:      APGAR:
Riesgo obstétrico		Observaciones: _____	

**AESP1-F3 Formato tarjeta de identificación de paciente en áreas de identificación quirúrgicas.**



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**Identificación del paciente en áreas quirúrgicas. (AESP1-F3)**

Nombre:			Unidad	
			Ulceras por presión:	Riesgo de caídas
Edad:	Fecha de nacimiento:	Sexo: Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/>		
Fecha de ingreso a quirófano:		Hora:		
Hora de inicio de procedimiento quirúrgico:	Hora de término de procedimiento quirúrgico:		De riesgo obstétrico	
Fecha de ingreso a recuperación:	Hora:			
Alergias:	Grupo y RH:		Diagnóstico de egreso:	
Diagnóstico de ingreso:				

17

**AESP1-F4 Formato etiqueta de identificación de soluciones.**



**Identificación de soluciones. (AESP1-F4)**

<b>Nombre del paciente:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Servicio:</b>
<b>Tipo de solución:</b>		
<b>Medicamentos:</b>	<b>Tiempo de duración:</b>	
	<b>Hora de inicio:</b>	
	<b>Hora de término:</b>	
	<b>Gotas por minuto:</b>	
	<b>Mililitros por hora:</b>	
<b>Nombre de la enfermera responsable:</b>		

## AESP 2. Comunicación efectiva



### 2.1 Propósito

Mejoramos la comunicación como profesionales de la salud con los pacientes y familiares, a fin de obtener información oportuna y completa durante el proceso de atención y así reducimos errores relacionados a la emisión de órdenes verbales o telefónicas, en el traspaso de pacientes o en cambios de turno.

### 2.2 Alcance

Se efectuara cada vez que se reciba una orden verbal o telefónica, mediante el proceso de escuchar-leer-confirmar-transcribir- confirmar y verificar, así como ante cada traspaso de pacientes de un servicio a otro o en cada cambio de turno, mejorando así la comunicación entre los profesionales de la salud, siendo este proceso de observancia obligatoria para todo el personal operativo de los establecimientos de primer nivel de atención dentro de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

### 2.3 Políticas de aplicación general

2.3.1 Todo el personal de salud deberá comunicarse de forma eficiente, clara, correcta, oportuna y completa con el paciente, familiares, acompañantes y personal de salud.

2.3.2 Toda orden o indicación médica, sea verbal o escrita, deberá ser con letra clara y legible, sin tachaduras y sin enmendaduras, sin abreviaturas o símbolos de forma que sea entendible.

2.3.3 Toda prescripción médica y anotaciones que se realicen en cualquier documento que sea parte del expediente clínico del paciente, indicaciones médicas o formatos relacionados a la atención del paciente ya sean manuscritos o en medios electrónicos deberán:

2.3.3.1 Escribirse con letra legible, sin abreviaturas o símbolos.

2.3.3.2 Para la prescripción, deberá colocarse un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación.

2.3.3.3 En los medicamentos que terminen en "o" deberá tenerse mantener un espacio visible ente el medicamento y la dosis a fin de evitar confusiones con los números 01.

2.3.3.4 Cuando la dosis sea un número entero, nunca deberá escribir puntos decimales y ceros hacia la derecha.

2.3.3.5 Cuando la dosis sea menor a un número entero, siempre deberá escribir un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.

2.3.3.6 Si la dosis es un número superior a 1,000 siempre deberá de utilizar comas para separar los millares o deberá utilizar la palabra mil o 1 millón.

- 2.3.3.7 En ningún caso se abreviarán las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, unidades (gramos, mililitros), intranasal, subcutáneo, más, durante y por.
- 2.3.4 Cuando se tengan de un paciente valores críticos de laboratorio, patología o estudios de gabinete, el personal responsable del laboratorio, patología o gabinete notificarán inmediatamente al servicio vía telefónica, para comunicarle al médico tratante, residente, médico responsable o enfermera a cargo, para que lo comunique al médico tratante y determine las indicaciones a seguir. Para los Centros de Salud en caso de encontrarse algún resultado que sea importante notificar inmediatamente se realizará a través de la Jurisdicción Sanitaria y esta a su vez notificará al establecimiento para la búsqueda inmediata del paciente.
- 2.3.5 Ante una emisión de orden verbal o telefónica relacionada con algún paciente para los resultados de laboratorio, banco de sangre, patología, gabinete, alimentación, procedimientos o medicación deberá de generarse el proceso escuchar- escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar.
- 2.3.6 Toda indicación emitida verbal o telefónicamente deberá registrarse en la bitácora específica de cada establecimiento de salud, y una vez confirmada, deberá de transcribirse en el expediente clínico del paciente y el médico tratante como emisor de la indicación deberá de firmarla en un plazo no mayor de 24 a 72 horas.
- 2.3.7 Toda indicación verbal o telefónica en el servicio de urgencias deberá recibirse, escucharse, repetirse, confirmarse y transcribir de forma inmediata a bitácora y expediente.
- 2.3.8 Todas las unidades de primer nivel deberán de contar con una bitácora para el registro de órdenes verbales o telefónicas relacionada con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y de gabinete.
- 2.3.9 En caso de que el médico tratante no se encuentre o no pueda firmar la indicación realizada de forma verbal, el responsable del establecimiento deberá tener conocimiento y firmarla por ausencia.
- 2.3.10 Durante la transferencia de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando el paciente sea referido a otra unidad se deberá utilizar la técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- 2.3.11 Para la referencia y/o contrarreferencia de cualquier paciente atendido en cualquier unidad de Servicios de Salud del Estado de Querétaro deberá requisitarse el Formato Único de Referencia y Contrarreferencia (U340-SGM-F01) y apegarse a lo establecido en el Manual de Procedimientos para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (U300-CG-MP-02).
- 2.3.12 Para realizar el registro de la referencia y contrarreferencia deberá de ser elaborada por el médico del establecimiento y contener:
- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
  - Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado (Identificación del paciente, fecha de ingreso y egreso, motivo del envío, presunto diagnóstico, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para traslado, atención de factores de riesgo y pronóstico).
  - Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor.
  - Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.

20

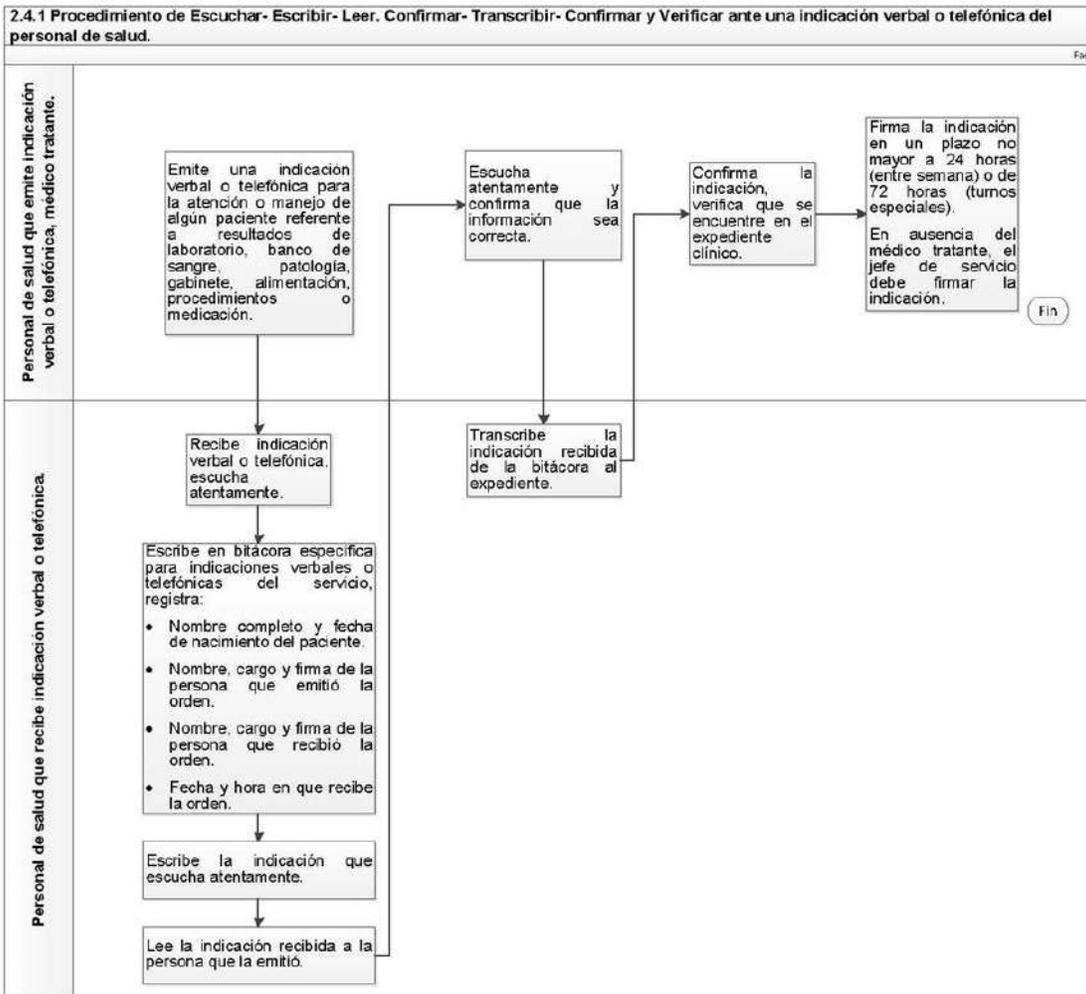
e. Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

2.3.13 Todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención deberán de disponer de un Directorio de red de servicios de salud del Estado de Querétaro en el cual se encuentren las unidades a las que pueden enviar pacientes, los requisitos que solicitan para su ingreso, tipo de pacientes que recibe o servicios que otorga así como nombres de contacto.

## 2.4 Descripción del procedimiento.

2.4.1 Procedimiento de Escuchar- Escribir- Leer. Confirmar- Transcribir- Confirmar y Verificar ante una indicación verbal o telefónica del personal de salud.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	1	Emite una indicación verbal o telefónica para la atención o manejo de algún paciente referente a resultados de laboratorio, banco de sangre, patología, gabinete, alimentación, procedimientos o medicación.
Personal de salud que recibe indicación verbal o telefónica.	2	Recibe indicación verbal o telefónica, escucha atentamente.
	3	<p>Escribe en bitácora específica para indicaciones verbales o telefónicas del servicio, registra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente,</li> <li>- Nombre, cargo y firma de la persona que emitió la orden</li> <li>- Nombre, cargo y firma de la persona que recibió la orden,</li> <li>- Fecha y hora en que recibe la orden.</li> <li>-</li> </ul>
	4	Escribe la indicación que escucha atentamente.
	5	Lee la indicación recibida a la persona que la emitió.
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	6	La persona que emitió la indicación escucha atentamente y confirma que la información sea correcta.
Personal de salud que recibe indicación verbal o telefónica.	7	Transcribe la indicación recibida de la bitácora al expediente.
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	8	Confirma la indicación, verifica que se encuentre en el expediente clínico.
	9	Firma la indicación en un plazo no mayor a 24 horas (entre semana) o de 72 horas (turnos especiales). En ausencia del médico tratante, el jefe de servicio debe firmar la indicación.
	10	Fin.

**Diagrama**

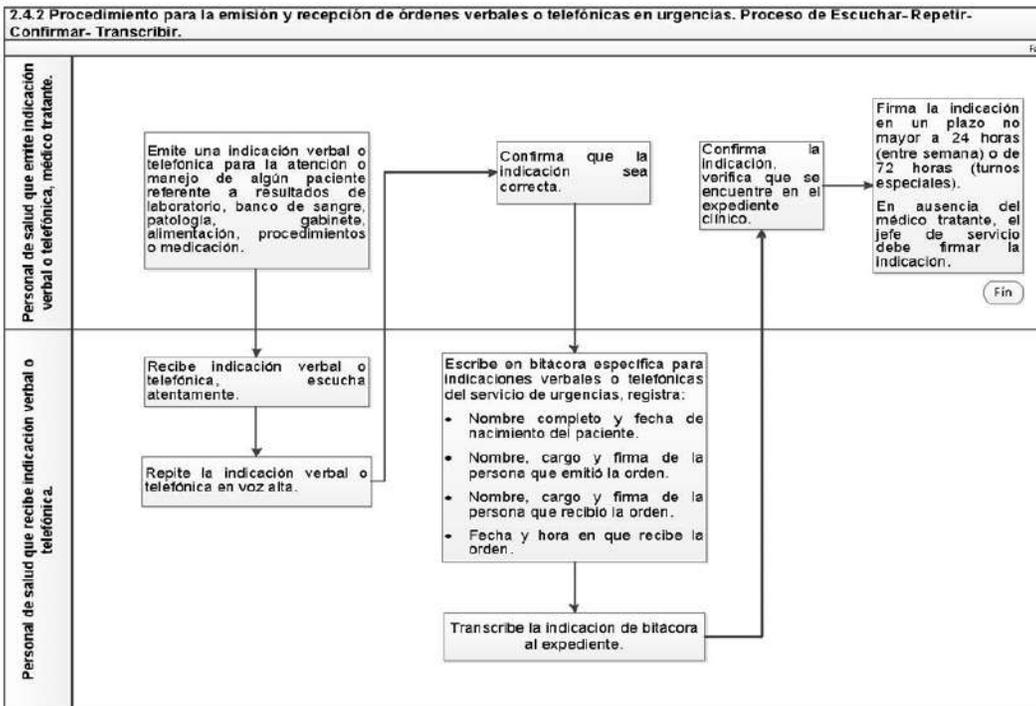


**2.4.2 Procedimiento para la emisión y recepción de órdenes verbales o telefónicas en urgencias. Proceso de Escuchar- Repetir- Confirmar- Transcribir .**

Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	1	Emite una indicación verbal o telefónica para la atención o manejo de algún paciente referente a resultados de laboratorio, banco de sangre, patología, gabinete, alimentación, procedimientos o medicación.
Personal de salud que recibe indicación verbal o telefónica.	2	Recibe indicación verbal o telefónica, escucha atentamente.

	3	Repite la indicación verbal o telefónica en voz alta.
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	3	Confirma que la indicación sea correcta.
Personal de salud que recibe indicación verbal o telefónica.	7	<p>Escribe en bitácora específica para indicaciones verbales o telefónicas del servicio de urgencias, registra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente,</li> <li>- Nombre, cargo y firma de la persona que emitió la orden</li> <li>- Nombre, cargo y firma de la persona que recibió la orden,</li> </ul> <p>Fecha y hora en que recibe la orden.</p>
		Transcribe la indicación de bitácora al expediente.
Personal de salud que emite indicación verbal o telefónica, médico tratante.	8	Confirma la indicación, verifica que se encuentre en el expediente clínico.
	9	<p>Firma la indicación en un plazo no mayor a 24 horas (entre semana) o de 72 horas (turnos especiales)</p> <p>En ausencia del médico tratante, el jefe de servicio debe firmar la indicación.</p>
	10	Fin.

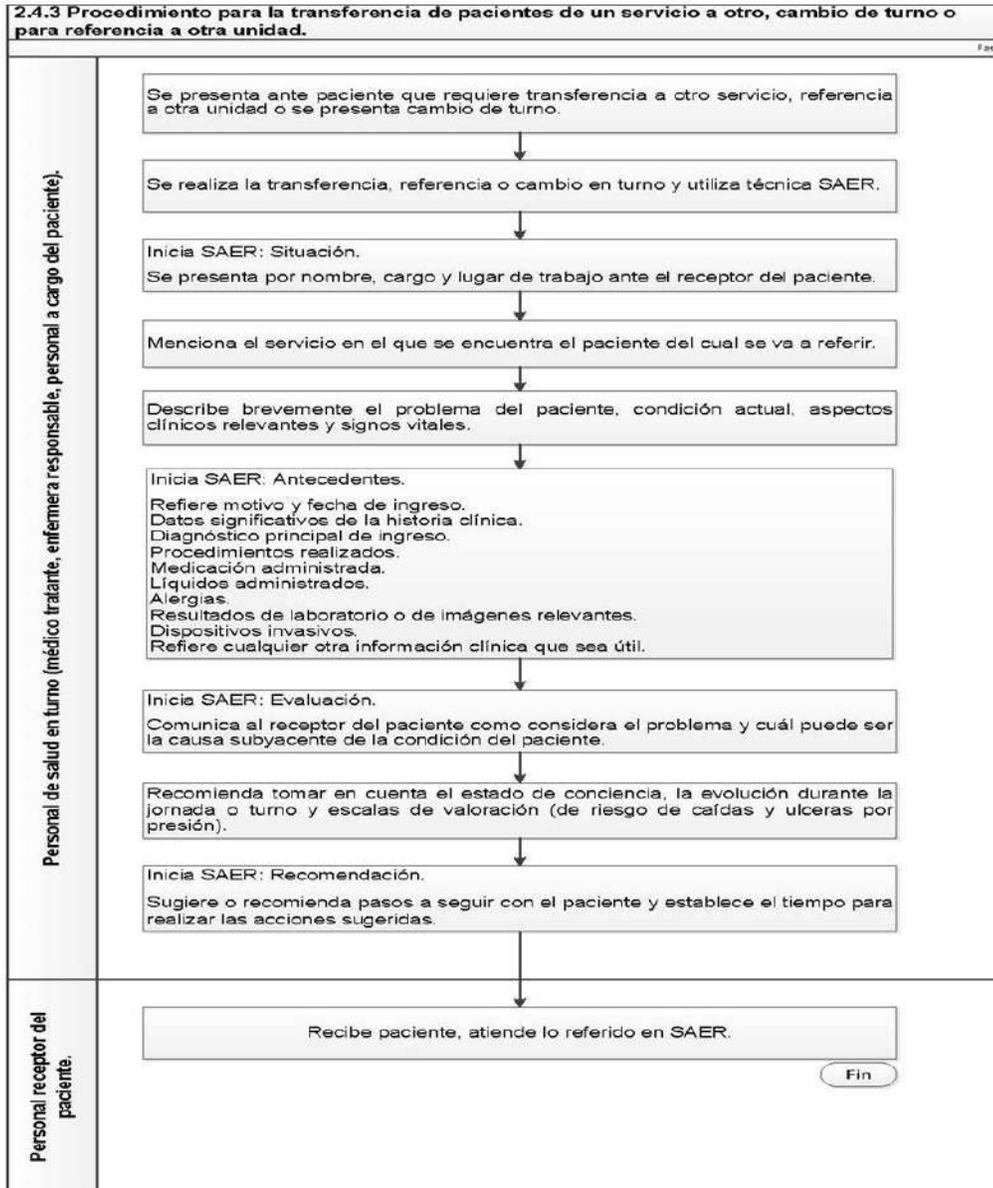
**Diagrama**



**2.4.3 Procedimiento para la transferencia de pacientes de un servicio a otro, cambio de turno o para referencia a otra unidad.**

Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de salud en turno (médico tratante, enfermera responsable, personal a cargo del paciente).	1	Se presenta ante paciente que requiere transferencia a otro servicio, referencia a otra unidad o se presenta cambio de turno.
	2	Se realiza la transferencia, referencia o cambio en turno y utiliza técnica SAER (AESP2-F2 check list).
	3	Inicia SAER: Situación. Se presenta por nombre, cargo y lugar de trabajo ante el receptor del paciente.
	4	Menciona el servicio en el que se encuentra el paciente del cual se va a referir.
	5	Describe brevemente el problema del paciente, condición actual, aspectos clínicos relevantes y signos vitales.
	6	Inicia SAER: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes.</li> <li>• Refiere motivo y fecha de ingreso,</li> <li>• Datos significativos de la historia clínica,</li> <li>• Diagnóstico principal de ingreso,</li> <li>• Procedimientos realizados,</li> <li>• Medicación administrada,</li> <li>• Líquidos administrados,</li> <li>• Alergias,</li> <li>• Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes,</li> <li>• Dispositivos invasivos,</li> <li>• Refiere cualquier otra información clínica que sea útil.</li> </ul>
	7	Inicia SAER: Evaluación Comunica al receptor del paciente como considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.
	8	Recomienda tomar en cuenta el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración (de riesgo de caídas y úlceras por presión).
	9	Inicia SAER: Recomendación. Sugiere o recomienda pasos a seguir con el paciente y establece el tiempo para realizar las acciones sugeridas.
Personal receptor del paciente	10	Recibe paciente, atiende lo referido en SAER.
		Fin.

Diagrama



**2.6 Anexos.**

**AESP2-F2 Check list SAER**



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios



**AESP2. Comunicación Efectiva SAER.**  
(Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación)

**Check List SAER (AESP2-F2)**

Recuerde utilizar como guía ante cada cambio de turno o cuando el paciente sea referido a otra unidad o servicio.

Situación	1	Presente al compañero que recibe a su paciente, diga su nombre, su cargo y lugar de trabajo	
	2	Diga el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento para identificarlo y corrobore con el expediente.	
	3	Mencione el servicio en el que se encuentra actualmente hospitalizado el paciente	
	4	Refiera brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos relevantes y signos vitales con que lo entrega	
Antecedentes	5	Refiera Motivo y fecha de ingreso del paciente	
	6	Oriente sobre datos significativos de la historia clínica	
	7	Refiera Diagnóstico principal de ingreso del paciente	
	8	Mencione los procedimientos realizados hasta el momento	
	9	Mencione la medicación administrada	
	10	Mencione líquidos administrados al paciente	
	11	Refiera si el paciente tiene alguna Alergia	
	12	Mencione sobre resultados de laboratorio relevantes	
	13	Mencione sobre resultados de imagenología relevantes	
	14	Refiera si el paciente tiene dispositivos invasivos	
	15	Refiera cualquier otra información útil que pudiera requerir el compañero o servicio que recibe al paciente.	
Evaluación	16	Comente como considera el problema del paciente y cual pudiera ser la causa subyacente de la condición del paciente.	
	17	No olvide tomar en cuenta el estado de conciencia del paciente, la evolución durante el último turno y la situación en referencia a las escalas de valoración como la escala de riesgo de caídas y la de dolor.	
Recomendación	18	Sugiera o recomiende los pasos a seguir con el paciente	
	19	Establezca tiempos para realizar las acciones sugeridas durante la transferencia o traslado.	
	20	Refiera las acciones pendientes a realizar o sugeridas como inmediatas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o esta algún pendiente para dar continuidad en la atención.	

## AESP 3. Seguridad en el proceso de medicación



### 3.1 Propósito

Fortalecemos las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a nuestros pacientes derivados del proceso de medicación.

### 3.2 Alcance

Se efectuara cada vez que se realice un proceso de almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, a fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos para las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención de SESEQ.

### 3.3 Políticas de aplicación general.

3.3.1 La seguridad en el proceso de medicación deberá abarcarse desde la selección, adquisición, almacenaje, prescripción (receta), transcripción, distribución, preparación, dispensación, administración, documentación y control de medicamentos en todo SESEQ.

3.3.2 Todos los medicamentos que sean considerados de alto riesgo (Glibenclamida, Insulina humana, acción intermedia NPH y acción rápida regular, insulina glargina, insulina lispro, oxitocina) deberán etiquetarse con una etiqueta roja y deberán resguardarse en un sitio seguro señalado como de alto riesgo, bajo llave y con controles de entrada y salida preferentemente en cada establecimiento de salud.

3.3.3 Todo medicamento y electrolitos concentrados deberán almacenarse en un lugar seguro y con las condiciones ambientales necesarias que se indiquen de acuerdo al tipo de medicamento y lo establecido por el laboratorio farmacéutico de origen.

3.3.4 Cada establecimiento de salud establecerá dentro de la unidad a un responsable de almacén, área de botica o farmacia, con quien se resguardaran y almacenaran los medicamentos, asegurando el etiquetado y control de los medicamentos y electrolitos de alto riesgo, además de asegurar el adecuado almacenamiento, conservación y caducidad para todos los insumos y medicamentos.

3.3.5 Todas las soluciones con electrolitos concentrados deberán cumplir con lo establecido en la NOM-072-SSA1-2012, para el etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios, utilizando colores como sigue:

Electrolitos	Presentación	Color de etiqueta
Bicarbonato de Sodio 7.5%	Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 mililitros	Azul 
Sulfato de magnesio 10% (1G – 10ml)	Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 mililitros	Verde 

Gluconato de calcio 10%	Solución para uso inyectable en ampollita con 10 mililitros	Amarillo 
Cloruro de potasio 14.9% (2 MEQ/ml – 10ml)	Solución para uso inyectable en ampollita con 10 mililitros	Rojo 
Fosfato de potasio 15% (20 MEQ – 10ml)	Solución para uso inyectable en ampollita con 10 mililitros	Naranja 
Cloruro de sodio 17.7% (17.7G – 10ml)	Solución para uso inyectable en ampollita con 10 mililitros	Blanco 
Citotóxicos (Quimioterapia)		Rosa 
Anticoagulantes		Café 
Insulina		Azul marino 
Radioactivo		Gris 

3.3.6 Todo personal de salud que prescriba deberá de escribir la prescripción médica en el expediente del paciente y en la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras, la cual deberá contener:

- 3.3.6.1 Nombre y domicilio impreso del establecimiento de donde se expide;
- 3.3.6.2 Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe;
- 3.3.6.3 Fecha de elaboración;
- 3.3.6.4 Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento;
- 3.3.6.5 Nombre genérico del medicamento;
- 3.3.6.6. Dosis y presentación del medicamento;
- 3.3.6.7 Frecuencia y vía de administración;
- 3.3.6.8 Duración del tratamiento;
- 3.3.6.9 Indicaciones completas y claras para su administración;

3.3.7 En ningún caso la prescripción y/o la receta tendrán correcciones que puedan confundir al personal de salud, paciente o familiar.

3.3.8 En la prescripción médica y en la receta no deberán de utilizarse abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

3.3.9 El personal de salud dentro de los establecimientos de salud deberá de identificar el listado con los medicamentos de alto riesgo y los medicamentos L.A.S.A.

3.3.10 Los medicamentos que tengan aspecto o nombre parecido (LASA), deberán de contar con alertas visuales en su almacenaje y prescripción, vigilando cuidadosamente, implementando barreras de seguridad y al momento de su prescripción diferenciando con letras mayúsculas los nombres.

<b>Medicamentos LASA</b>			
<b>Grupo terapéutico</b>	<b>Nombre Medicamento</b>	<b>Grupo terapéutico</b>	<b>Nombre medicamento</b>
Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	DICloxacilina	Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	DOXicilina
Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	CEFTriaxona	Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	CEFTaxima
Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	AMPicilina	Enf. Infecciosas y parasitarias. Antibiótico	AMOXicilina
Analgesia	METAmizol	Enf. Infecciosas y parasitarias.	METRonidazol
Enf. Inmunoalérgicas Antihistamínico	CLORFenamina	Enf. Inmunoalérgicas Antihistamínico	DIFENhidramina CLOROpiramina
Endocrinología y metabolismo	METformina	Enf. Infecciosas y parasitarias	METRonidazol
Oftalmología	PREDNIsolona	Endocrinología y metabolismo	PREDNIsona
Cardiología	Nifedipino	Neurología	Nimodipino
Enf. Inmunoalérgicas	Difenihidramina	Otorrinolaringología	Dimenhidrinato
Psiquiatría	Alprazolam	Psiquiatría	Lorazepam
Neurología	Atomoxetina	Endocrinología y metabolismo	Atorvastatina
Cardiología	Captopril	Cardiología	Carvedilol
Neurología	Clobazam	Neurología	Clonazepam
Cardiología	Dobutamina	Cardiología	Dopamina
Anestesia	Efedrina	Cardiología	Epinefrina
Cardiología	Hidralazina	Enfermedades Inmunoalérgicas	Hidroxizina
Enf. Infecciosas y parasitarias.	Levofloxacinó	Neurología	Levetiracetam
Endocrinología y metabolismo	Levotiroxina	Neurología	Lamotrigina
Neurología	Metilfenidato	Analgesia	Metadona
Gineco- obstetricia	Mifepristona	Gineco- obstetricia	Misoprostol
Neurología	Oxcarbazepina	Neurología	Carbamacepina
Endocrinología y metabolismo	Sitagliptina	Neurología	Sumatriptan
Dermatología	Sulfadiazina	Gastroenterología	Sulfazalazina
Neurología	Zolmitriptan	Neurología	Sumatriptan.
Cardiología	Verapamilo	Endocrinología y metabolismo	Vasopresina

3.3.11 Cuando se aplique el procedimiento de acción específica para la seguridad del paciente número 2 mediante el proceso de Escuchar- Escribir- Leer- Confirmar- Transcribir- Confirmar y Verificar, el personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos e indicaciones médicas sin modificar la prescripción original y en caso de duda deberá confirmar y aclarar con el médico que prescribió previo a su administración.

3.3.12 Cuando se requiera aplicar algún medicamento dentro del establecimiento de salud, el personal de salud de la unidad, médico, odontología o enfermería en turno deberá solicitar el medicamento a la botica o farmacia del establecimiento de acuerdo a las prescripciones e indicaciones médicas que se realicen en su turno para los pacientes bajo observación, mediante la prescripción de la receta médica.

3.3.13 El personal de enfermería deberá verificar que los medicamentos que se reciben sean los prescritos por el personal médico y rotulará los medicamentos con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación.

3.3.13.1 Los medicamentos que su etiqueta no sea legible o si carece de etiqueta por ningún motivo serán administrados.

3.3.13.2 Los medicamentos que el paciente traiga desde casa deberán resguardarse por el personal de enfermería hasta contar con indicaciones del médico tratante para su aplicación.

3.3.13.3 Los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración deberán resguardarse y posteriormente entregarse a la botica o farmacia del establecimiento.

3.3.13.4 Los medicamentos clasificados como de doble verificación, tales como electrolitos concentrados, insulinas, medicamentos de alto riesgo, se deberá realizar la doble verificación en el proceso de preparación y en el proceso de administración.

3.3.14 Para la administración del medicamento, únicamente podrá realizarse a través del personal médico, odontológico y de enfermería, desde su preparación hasta su administración.

3.3.14.1 Previo a su administración (medicamento o hemocomponente) se deberá interrogar al paciente o familiar sobre la presencia de alergias verificando la información en el expediente clínico, y de así aplicar en la ficha de identificación del paciente.

3.3.14.2 En caso de tratarse de un medicamento de alto riesgo deberán de realizar una doble verificación durante la presentación y la administración de los mismos.

3.3.14.3 Cuando se trate de la aplicación de biológico se deberá de verificar la correcta aplicación del mismo, revisando etiqueta, fecha de caducidad, integridad del frasco y temperatura de la red de frío, debiendo de registrarse su aplicación dentro de la cartilla de vacunación del solicitante.

3.3.14.4 Previo a su administración siempre, ante cada paciente deberá de verificar que se trate de:

- a) Paciente correcto: Pregunta el nombre del paciente, fecha de nacimiento y verifica que coincidan con el identificador y expediente clínico.
- b) Medicamento correcto: Identifica al retirar de la zona de almacenamiento, verifica nombre del medicamento con indicaciones del expediente clínico y hoja de enfermería.
- c) Dosis correcta: Comprueba en expediente clínico y en hoja de enfermería la prescripción.
- d) Vía correcta: Confirma en etiqueta, expediente clínico y hoja de enfermería la vía de administración.
- e) Horario correcto: Confirma intervalo para la administración en expediente clínico y hoja de enfermería.
- f) Registro correcto de los medicamentos: Posterior a la administración registra en hoja de control y en el expediente clínico el nombre del fármaco, fecha, hora, dosis, vía de administración y nombre de la persona que administro.

3.3.15 En caso de que se omita administrar algún medicamento, deberá de registrarse en el expediente clínico y en la hoja de enfermería.

3.3.16 Cuando se presenten eventos adversos, eventos centinela o cuasifallas relacionadas a la medicación deberá de darse notificación inmediata en el formato AESP7-F1 Notificación de efectos adversos priorizando la estabilización del paciente y estableciendo un análisis de la causa raíz del evento relacionado.

3.3.17 En caso de tratarse de una reacción adversa al medicamento deberá de realizarse la notificación correspondiente a COFEPRIS mediante el formato Aviso de sospecha de Reacciones Adversas a medicamentos, debiendo de registrarse dentro del Expediente clínico.

3.3.18 Cuando se trate de un Evento Secundario Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) deberá de notificarse de forma inmediata al responsable del establecimiento de salud y al responsable a nivel jurisdiccional para su intervención, debiendo de registrarse el ESAVI en la bitácora y registros correspondientes.

3.3.19 El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención deberá de apegarse al programa de uso racional de antimicrobianos con la finalidad de asegurar un sistema económico y eficaz de receta de medicamentos para reducir al mínimo la selección de microorganismos resistentes, debiendo considerar:

3.3.19.1 Que el uso de antibióticos deberá justificarse siempre a partir de un diagnóstico clínico y de los microorganismos infecciosos conocidos o previstos.

3.3.19.2 Que la selección de un antibiótico deberá basarse no solo en la naturaleza de la enfermedad y de los agentes patógenos, sino también en el patrón de sensibilidad, la tolerancia del paciente y el costo.

3.3.19.3 Que el médico deberá de prescribir las dosis correctas y utilizar agentes con el menor espectro posible a fin de no generar resistencia.

### 3.4 Descripción del procedimiento.

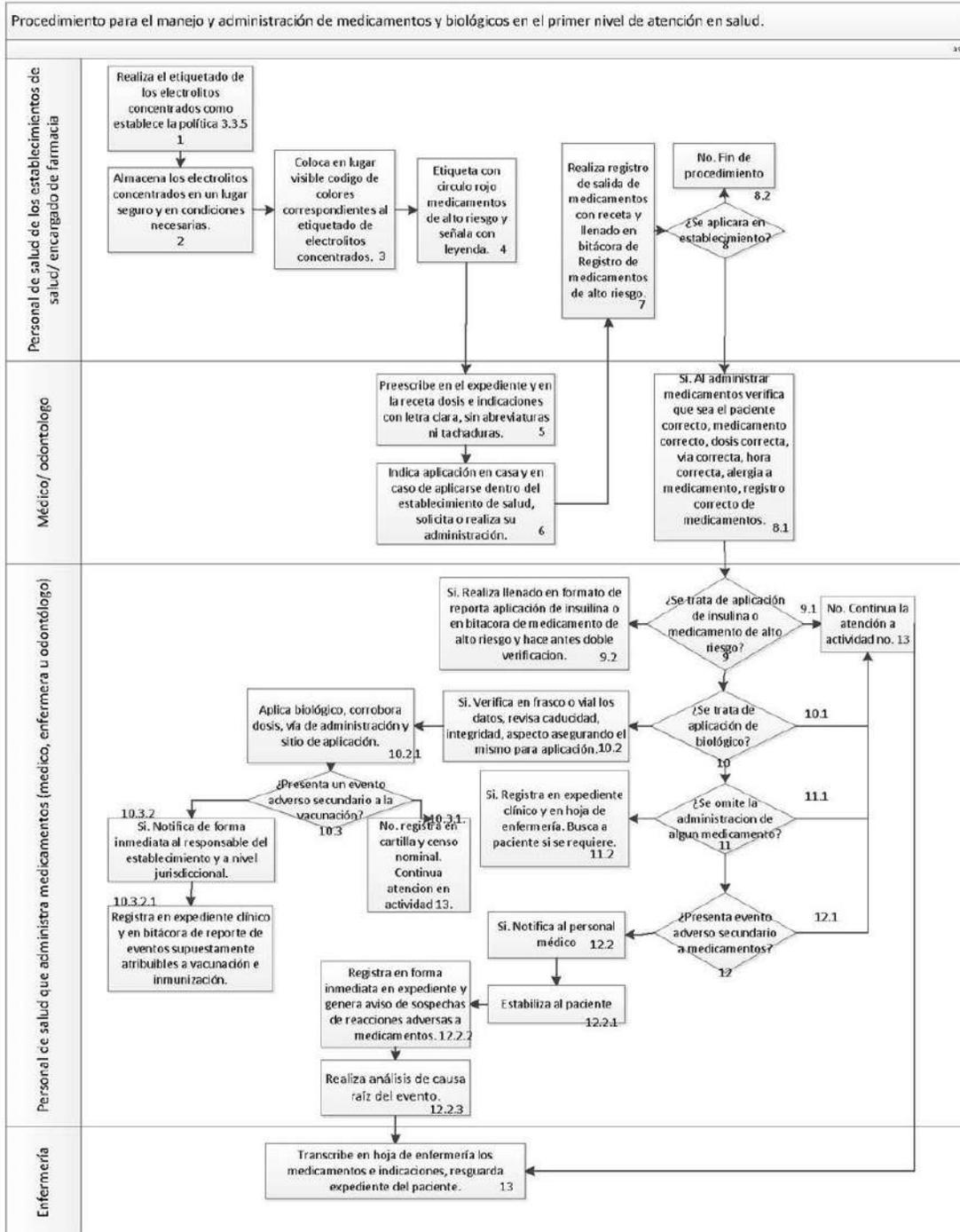
Procedimiento para el manejo y administración de medicamentos y biológicos en el primer nivel de atención en salud.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de salud de los establecimientos de salud/ encargado de farmacia del establecimiento.	1	Realiza el etiquetado de los electrolitos concentrados como establece la política 3.3.5
	2	Almacena los electrolitos concentrados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
	3	Coloca en un lugar visible el código de colores que corresponden al etiquetado de los electrolitos concentrados.
	4	Etiqueta con un círculo rojo los medicamentos de alto riesgo y los señala con esa leyenda para su resguardo.

Médico/odontólogo.	5	Escribe la prescripción médica en el expediente del paciente, así como en la receta médica la dosis e indicaciones, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.
	6	Indica su aplicación en casa y en caso de aplicarse dentro del establecimiento de salud se solicita al personal de enfermería o el mismo medico u odontólogo administran el medicamento. Pasa a surtimiento a farmacia.
Encargado de farmacia del establecimiento.	7	Realiza el registro de salida de medicamentos con receta y llenado en formato bitácora de "Registro de Medicamentos de Alto Riesgo" cuando así aplique.
Personal de salud que administra medicamentos (enfermería, médico u odontólogo).	8	¿Se aplicará en establecimiento de salud?
	8.1	Si. Al administrar los medicamentos debe verificar:  a) Paciente correcto; preguntando nombre completo y fecha de nacimiento y verifica que los datos coincidan con la receta médica. b) Medicamento correcto; identifica el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verifica el nombre con la receta médica. c) Dosis correcta; comprueba con los registros en expediente y la receta médica la dosis prescrita. d) Vía correcta: confirma la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, el expediente clínico y la receta médica. e) Hora correcta: verificando en receta médica el horario de administración. f) Alergia a medicamento: preguntando al paciente o acompañante la presencia de las mismas. g) Registro correcto de medicamentos: inmediatamente después de su administración, se debe registrar en el expediente clínico el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien prescribió.
Personal de salud que administra medicamentos (enfermería, médico).	8.2	No. Fin del procedimiento.
	9	¿Se trató de aplicación de insulina o de medicamento de alto riesgo?
	9.1	No. Continúa la atención a la actividad no. 13.
	9.2	Si. Realiza el llenado en formato de "Reporte de Aplicación de Insulina" o en el registro de bitácora de medicamento de alto riesgo el tipo, la dosis, vía de administración, fecha e iniciales de quien realiza el procedimiento, realiza doble verificación de dispensación, prescripción, aplicación.
Personal de enfermería o personal médico.	10	¿Se trata de aplicación de biológico?
	10.1	No. Continúa la atención a la actividad no. 13.

32

	10.2	Si. Verifica en el frasco o vial: el nombre del biológico, la presentación, la integridad, la fecha de caducidad, la consistencia, el aspecto y el color del mismo que cumpla con lo necesario y es seguro de aplicar.
	10.2.1	Aplica el biológico verificando la identificación del paciente, biológico corroborando la dosis, la vía de administración y el sitio de aplicación.
	10.3	¿Se presenta un evento adverso secundario a la vacunación?
	10.3.1	No. Registra en documento correspondiente. (Cartilla y censo nominal). Y continúa atención a la actividad no. 13.
	10.3.2	Si. Ante la presencia de algún ESAVI notifica de manera inmediata al responsable del establecimiento y posteriormente al responsable del programa a nivel jurisdiccional.
Personal de enfermería o personal médico.	10.3.2.1	Realiza el registro en expediente clínico y en "Bitácora de reporte de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización". FIN.
Personal de salud que administra medicamentos (enfermería, médico u odontólogo).	11	¿Se omite la administración de algún medicamento?
	11.1	No. Continúa la atención a la actividad no. 13.
	11.2	Si. Registra de manera inmediata en el expediente clínico y en la hoja de enfermería. Busca a paciente si así se requiere para aplicación, si no espera siguiente cita. FIN.
	12	¿Presenta un evento adverso secundario a los medicamentos?
	12.1	No. Continúa la atención a la actividad no. 13.
	12.2	Si. Notifica inmediatamente al personal médico que corresponda.
	12.2.1	Estabiliza primero al paciente.
	12.2.2	Registra de forma inmediata en expediente clínico y en "Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos" COFEPRIS.
	12.1.3	Realice análisis de la causa raíz del evento relacionado.
Personal de enfermería	13	Transcribe en la hoja de enfermería los medicamentos e indicaciones médicas sin modificar la prescripción original y en caso de duda confirma y aclara con el médico que prescribió previo a su administración. Resguarda expediente del paciente.
		FIN

### 3.5 Diagrama



### 3.6 Anexos

#### Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos. FF-COFEPRIS-11.

##### Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-11	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.  
Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.  
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

#### 1. Homoclave y nombre del trámite

Homoclave: COFEPRIS-04-017      Nombre: Aviso de sospecha de reacciones adversas de medicamentos

No. de notificación ( de acuerdo a origen)	No. de notificación (general)	No de notificación (laboratorio)

#### 2. Datos del paciente

Iniciales del paciente	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estatura (cm)	Pi
	DD / MM / AAAA	Años / Meses	<input type="radio"/> hombre <input type="radio"/> mujer		

#### 3. Datos de la sospecha de reacción adversa

Fecha de inicio de la reacción      DD / MM / AAAA

Descripción sospecha de reacción adversa (incluyendo los datos de exploración y de laboratorio)

Consecuencias del evento

Recuperado sin secuela       Muerte-debido a la reacción adversa       No se sabe  
 Recuperado con secuela       Muerte-el fármaco pudo haber contribuido  
 No recuperado       Muerte- no relacionada al medicamento

#### 4. Información sobre el medicamento sospechoso

Nombre genérico	Fecha de caducidad:	DD / MM /
Número de lote:	Fecha de la administración inicial:	DD / MM /
Vía de administración:	Fecha de la administración final:	DD / MM /
Denominación distintiva:		
Laboratorio productor:		
Dosis:		
Motivo de prescripción:		

Extensión:	
Correo electrónico:	
Domicilio del informante (laboratorio productor o profesional)	
Código postal:	Localidad:
Tipo y nombre de vialidad:	Municipio o alcaldía:
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros)	Entidad Federativa:
Número exterior:	Número interior:
Tipo y nombre de asentamiento humano:	Entre que calles (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Calle posterior (tipo y nombre):
	Lada:
	Teléfono:
	Extensión:

**Nota:** El envío de este informe no constituye necesariamente una admisión de que el medicamento causó la reacción adversa.

En caso de que el informante sea el laboratorio productor indicar los datos de este. Estos datos son requeridos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia cuando el laboratorio notifique directamente y deberá ser en un periodo no mayor a 15 días después de la recepción de la notificación. Indicar datos del profesional notificador, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario. En caso de que el informante sea un profesional, indicar datos de este, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes a Sistema Federal Sanitario. (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?  Sí  No

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-420-4224.

**Tarjeta de identificación de medicamentos de alto riesgo para el personal.**

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
ELECTROLITO	COLOR DE IDENTIFICACIÓN	1.- Identificar correctamente a los pacientes.	
SULFATO DE MAGNESIO 1G / 10 ML	VERDE	2.- Mejorar la comunicación efectiva	
BICARBONATO DE SODIO 7.5%	AZUL	3.- Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo	
GLUCONATO DE CALCIO	AMARILLO	4.- Procedimientos correctos	
CLORURO DE SODIO 17.7 G / 10 ML	BLANCO	5.- Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.	
CLORURO DE POTASIO 2MEQ / ML - 10 ML	ROJO	6.- Reducir el riesgo de Daño al paciente por causa de Caidas.	
FOSFATO DE POTASIO 20MEQ / 10 ML	NARANJA	7.- Registro de Cuasifallas, Eventos Adversos y Eventos Centinela.	
CITOTÓXICOS (QUIMIOTERAPIA)	ROSA	8.- Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente.	
ANTICOAGULANTES	CAFE		
INSULINA	AZUL MARINO		
RADIATIVO	GRIS		

## AESP 4. Seguridad en los procedimientos



### 4.1 Propósito

Reforzamos las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducimos los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela durante procedimientos.

### 4.2 Alcance

Se efectuara cada vez que se efectúe un procedimiento desde su inicio, proceso y finalización en todo aquel que requiera 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.

### 4.3 Políticas de aplicación general

4.3.1 Antes de cualquier procedimiento que ponga en riesgo la seguridad del paciente el médico responsable de la atención deberá de confirmar que el paciente es el correcto, se realice el procedimiento correcto, en el sitio correcto, previo a su intervención.

4.3.1.1 El médico responsable de la atención debe de confirmar siempre se trate del sitio en que se requiere realizar el procedimiento, en caso de órganos bilaterales el marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple especificar el nivel y la posición correcta del paciente.

4.3.2 Antes de realizar cualquier procedimiento, el médico responsable de la atención deberá verificar que se cuenta con los estudios de imagenología y de laboratorio que se requieran para el mismo.

4.3.3 Previo a su intervención el médico responsable y su equipo de intervención deberá de prever eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.

4.3.4 El médico responsable deberá promover y comunicar al paciente y/o cuidador familiar que reciban la información completa y comprensible sobre su proceso asistencial o intervención a realizar, así como también deberá de comunicar los riesgos que conlleva el proceso.

4.3.5 Ante un procedimiento que pueda realizarse dentro de un establecimiento de primer nivel de atención deberán seguirse las siguientes políticas para el marcado del sitio quirúrgico, por lo que siempre y en cada procedimiento:

4.3.5.1 Previo al ingreso el médico responsable de la atención, deberá de marcar el sitio sobre la piel del paciente, más cuando se trate de órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.

4.3.5.2 El marcaje se deberá realizar en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.

4.3.5.3 El marcado deberá de realizarse sobre la piel del paciente y de forma que permanezca después de la asepsia y antisepsia.

4.3.5.3.1 Para el marcado deberá de utilizar una señal tipo diana y fuera del círculo mayor deberá señalar las iniciales del médico que intervendrá.

4.3.5.3.2 En caso de ser cirugía oftálmica el marcado deberá de realizarse con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente a la cirugía.

4.3.5.3.3 El marcado podrá realizarse documentalmente 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.

4.3.5.4 El marcaje podrá omitirse cuando se trate de situaciones de urgencias que pongan en peligro la vida o la función y en lesiones visibles como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

4.3.6 Deberá de realizarse el proceso de Tiempo Fuera, con el fin de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto en el sitio correcto, antes de iniciar cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (considerando paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo, Rh y hemocomponente correcto).
- Radioterapia (considerando paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de remplazo renal con hemodiálisis (considerando procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto (si se tienen contemplado y autorizado el re- uso), evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros)
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.

4.3.7 Ante cada procedimiento deberá de realizarse el registro correspondiente dentro del Expediente Clínico y en los formatos que se establezcan.

4.3.8 Los procedimientos que se lleguen a realizar en el establecimiento de salud dependerán de la capacidad resolutoria del mismo, las instalaciones con que se cuenten y se efectuaran en apego a lo que establezcan las normas oficiales y las guías de práctica clínica.

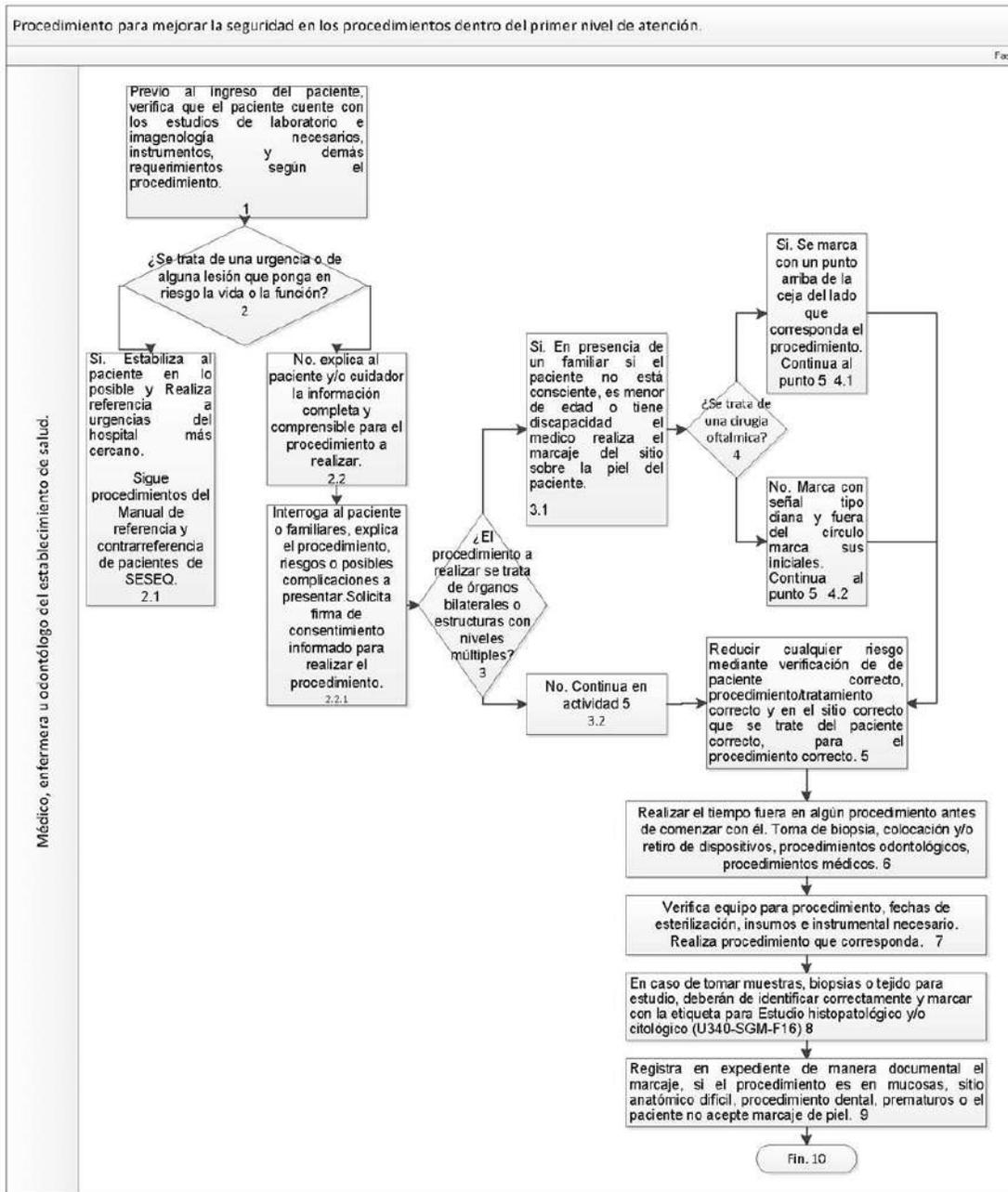
**4.4 Descripción del procedimiento.**

Procedimiento para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del 1er nivel		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Médico, enfermera u odontólogo del establecimiento de salud.	1	Previo al ingreso del paciente, verifica que el paciente cuente con los estudios de laboratorio e imagenología necesarios, instrumentos, y demás requerimientos según el procedimiento.
	2	¿Se trata de una urgencia o de alguna lesión que ponga en riesgo la vida o la función?

38

	2.1	Si. Estabiliza al paciente en lo posible y realiza referencia a urgencias del hospital más cercano de acuerdo al directorio de red de servicios del Estado de Querétaro. Sigue procedimientos del Manual de referencia y contrarreferencia de pacientes de SESEQ.
	2.2	No. explica al paciente y/o cuidador la información completa y comprensible para el procedimiento a realizar.
	2.2.1	Interroga al paciente o familiares, explica el procedimiento, riesgos o posibles complicaciones a presentar. Solicita firma de consentimiento informado para realizar el procedimiento.
	3	¿El procedimiento a realizar se trata de órganos bilaterales o estructuras con niveles múltiples?
	3.1	Si. En presencia de un familiar si el paciente no está consciente, es menor de edad o tiene discapacidad el medico realiza el marcaje del sitio sobre la piel del paciente.
	3.2	No. Continúa en actividad 5.
	4	¿Se trata de una cirugía oftálmica?
	4.1	Si. Se marca con un punto arriba de la ceja del lado que corresponda el procedimiento. Continúa al punto 5.
	4.2	No. Marca con señal tipo diana y fuera del círculo marca sus iniciales. Continúa en actividad 5.
	5	Reducir cualquier riesgo mediante verificación de paciente correcto, procedimiento/tratamiento correcto y en el sitio correcto que se trate del paciente correcto, para el procedimiento correcto.
	6	Realizar el tiempo fuera en algún procedimiento antes de comenzar con él. Toma de biopsia, colocación y/o retiro de dispositivos, procedimientos odontológicos, procedimientos médicos.
	7	Verifica equipo para procedimiento, fechas de esterilización, insumos e instrumental necesario. Realiza procedimiento que corresponda.
	8	En caso de tomar muestras, biopsias o tejido para estudio, deberán de identificar correctamente y marcar con la etiqueta para Estudio histopatológico y/o citológico (U340-SGM-F16).
	9	Registra en expediente de manera documental el marcaje, si el procedimiento es en mucosas, sitio anatómico difícil, procedimiento dental, prematuros o el paciente no acepte marcaje de piel.
	10	Fin.

4.5 Diagrama



## AESP 5.Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).



### 5.1 Propósito

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

### 5.2 Alcance

Se efectuara cada vez que se brinde una atención como medida primordial para disminuir las infecciones asociadas a ellos, considerando que una atención limpia es una atención más segura, reforzando las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente.

### 5.3 Políticas de aplicación general

5.3.1 Cada establecimiento de salud a través de la jurisdicción sanitaria con el área de epidemiología y área de enseñanza deberán de recibir capacitación continua para todo el personal del establecimiento, desde estudiantes, practicantes, pacientes, familiares y visitantes en temas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud y uso racional de antimicrobianos.

5.3.2 El administrador de la jurisdicción sanitaria deberá de asegurar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para realizar la higiene de manos, así como también deberá de asegurar la calidad del agua mediante el monitoreo periódico.

5.3.2.1 Para el monitoreo de la calidad del agua, deberá de establecerse un sistema de vigilancia y control de la calidad del agua de la red de distribución interna del establecimiento de salud, lo que incluye:

- Verificación de la determinación del cloro residual libre a través de escala colorimétrica en varios puntos de la tubería del establecimiento de salud (medición en todos los puntos de por lo menos 0.3mg/L); y
- Lavado de los sistemas de almacenamiento del agua (cisterna y tinacos) por lo menos cada 6 meses (los niveles de cloración de la cisterna deben ser como mínimo 1.5 mg/dL).

5.3.2.2 Si el agua proviene de camiones cisterna o pipas deberá de asegurarse que el proveedor suministre un insumo de calidad con controles químicos y microbiológicos y deberá hacerse la búsqueda de enterobacterias y vibrio cholerae.

5.3.3 Los responsables de promoción de la salud, epidemiología y enseñanza jurisdiccional deberán de coordinar la programación de actividades necesarias para ejecutar el programa integral de capacitación y aseguramiento de la higiene de manos en los establecimientos de salud.

5.3.4 Cada jurisdicción sanitaria deberá de contar con una Unidad de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional (UVEJ), y deberá de ser parte del Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional y un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), mismos que trataran temas que en su caso lleguen a someterse ante el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

5.3.5 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional (UVEJ) deberá de:

5.3.5.1 Observar y analizar la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgo asociados a estas.

5.3.5.2 Analizar las cédulas únicas de gestión, identificando áreas de oportunidad en conjunto con el COCASEP, Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional, personal de la UVEJ y los responsables de programas, con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las infecciones asociadas a la atención de la salud (lavado de manos, técnicas de asepsia, antisepsia, esterilización, manejo de RPBI y el uso racional de antimicrobianos).

5.3.5.3 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional deberá de observar y analizar la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgo asociados a estas.

5.3.5.4 Promover la emisión de un Manual de limpieza que se apruebe por el Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional y posteriormente acordado con el resto de las Jurisdicciones se integre como un solo manual que se apruebe a nivel Estatal y que sea la base para la capacitación, gestión de la limpieza y contratación del personal de personal de intendencia por el departamento de supervisión de la infraestructura y servicios generales de la Dirección de Planeación.

5.3.5.5 La Jurisdicción sanitaria deberá designar a una persona dentro de la UVEJ encargada de:

- Coordinar las acciones de higiene de manos.
- Difundir material alusivo a la higiene de las manos en las diferentes áreas del establecimiento, dicho material debe ser visible a personal, pacientes y familiares.
- Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos.
- Realizar autoevaluaciones de programa de higiene de manos por lo menos una vez al año.
- Aplicar la Cédula Única de Gestión de acuerdo al Manual de Programa para la prevención y reducción de las infecciones asociadas a la atención a la Salud (PRIAAS)
- Analizar la información resultado de la Cedula Única de Gestión para que durante las sesiones de COCASEP y de Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional se identifiquen las áreas de oportunidad.
- Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- Verificar la calidad del agua y registrar dentro de la bitácora específica cuando supervise, y verificar que los establecimientos cuenten con dicha bitácora y los registros correspondientes.
- Aplicar la cédula de supervisión del programa integral de higiene de manos.

Semana epidemiológica No.			Unidad:		
Insumo	Si	No	Insumo	Si	No
Agua corriente			Kit de verificación de cloro		
Jabón con antiséptico			Cartel con técnicas de higiene de manos		
Toallas de papel			Carteles de 5 momentos		

Determinación de cloro

\_\_\_\_\_ ppm

5.3.6 El Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional funcionará como órgano consultor técnico en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS), y se apegará a lo establecido en la NOM-045-SSA2-2015 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud de acuerdo a lo que se establezca en el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) y la Subdirección de Epidemiología de la Dirección de Servicios de Salud.

5.3.7 El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) coadyuvará a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las infecciones asociadas a la atención a la salud con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.

5.3.7.1 El COCASEP deberá conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas por la UVEJ y el Comité de Vigilancia Epidemiológica Jurisdiccional, fomentando el trabajo en equipo.

5.3.8 Para la higiene de manos con agua y jabón o soluciones alcoholadas, el personal de salud deberá de realizar las siguientes acciones:

5.3.8.1 Realizar la higiene de manos durante los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

5.3.8.2 Mantener las uñas cortas y limpias.

5.3.8.3 Evitar utilizar anillo o pulseras, durante la jornada laboral.

5.3.8.4 Evitar la higiene de manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de frotar las manos con una solución de base alcohólica.

5.3.8.5 Realizar la higiene de manos con agua y jabón simple, con la técnica establecida por la OMS o frotarlas con una preparación alcoholada antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

5.3.8.6 En caso de utilizar solución de base alcohol, esperar que esta se haya secado completamente antes de colocarse los guantes.

5.3.8.7 Utilizar siempre guantes, cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta.

5.3.8.8 Usar obligadamente guantes, en el caso del personal de salud que presente lesiones cutáneas.

5.3.8.9 Utilizar guantes para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como para realizar cualquier procedimiento invasivo.

5.3.8.10 Cambiar a un par nuevo de guantes cuando en un mismo paciente, pasa de una zona del cuerpo contaminada a una zona limpia, o al realizar diferentes procedimientos clínicos, diagnósticos y/o terapéuticos.

5.3.8.11 Nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.

5.3.8.12 Evitar la higiene de manos con los guantes puestos.

5.3.9 Para la limpieza de las áreas de los establecimientos de salud considerados como de medio y bajo riesgo:

5.3.9.1 Deberá de realizarse de acuerdo a los procedimientos que se establezcan, siendo suficiente la eliminación de polvo y manchas.

5.3.9.2 Las superficies que sean tocadas frecuentemente requieren de limpiezas más frecuentes.

5.3.9.3 Deberá de realizarse de forma inicial una limpieza de superficies mediante un paño húmedo, seguido del barrio húmedo.

5.3.9.4 La limpieza debe de realizarse de limpio a sucio, de arriba abajo y de dentro hacia afuera.

5.3.9.5 Para la limpieza es aceptable como producto el detergente para las superficies y en zonas de alto riesgo se recomienda utilizar un desinfectante, debiendo de utilizarse siguiendo las instrucciones del fabricante y utilizando métodos de protección y guantes de goma.

5.3.9.6 Los utensilios usados en la limpieza y desinfección deben ser limpiados y secados después de su uso.

5.3.9.7 Si el establecimiento tiene aire acondicionado deberá de establecer programas para la limpieza y mantenimiento de los mismos.

5.3.10 Para la esterilización de instrumental e insumos deberá de:

5.3.10.1 Todo el instrumental debe ser lavado antes de realizar cualquier proceso de esterilización o de desinfección.

5.3.10.2 Los instrumentos que tengan varios componentes deberán desensamblarse para su limpieza.

5.3.10.3 El instrumental quirúrgico y odontológico deberá estar totalmente limpio y seco antes de empacarlo y someterlo al proceso de esterilización, ya que la humedad interfiere con el proceso.

5.3.10.4 Cada vez que vaya a esterilizarse material o instrumental en el establecimiento, deberá de etiquetarse cada paquete con la descripción del contenido, cantidad del producto, personal responsable, número de lote, fecha de esterilización, número de esterilizador y fecha de caducidad.

5.3.10.5 Una vez que se cuente con el material estéril deberá de garantizarse su guarda libre de polvo y humedad, por lo que deberá de resguardarse en anaqueles y en caso de almacenarse, deberá colocarse en la parte posterior.

5.3.10.6 Deberá de utilizarse un control y registro en bitácora de mantenimiento y utilización de los procesos de esterilización de los equipos, instrumental o insumos que así lo requieran.

5.3.10.7 Todos los esterilizadores, autoclaves, equipos destinados a la esterilización de material, equipos e instrumental deberán de contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como controles de vigilancia de su funcionamiento y registro completo de cada ciclo de uso.

5.3.11 Para cualquier procedimiento que conlleve una punción o incisión que altere la integridad de la piel deberá de efectuarse antisepsia de la piel previamente.

- 5.3.11.1 En la toma de muestras venosas y arteriales, aplicación de biológicos, reactivos y medicamentos deberá de realizarse antisepsia de la piel con solución alcoholada a concentraciones mínimas de 60-95%
- 5.3.11.2 .En ningún caso el excedente de alcohol de las torundas se exprimirá en el torundero, por lo que una vez fuera la torunda, debe de exprimirse fuera de este.
- 5.3.11.3 El instrumental estéril que se utilice en cada procedimiento deberá de transportarse hasta el sitio de uso en condiciones asépticas, contenedores seguros y cerrados que garanticen la integridad y esterilidad de los paquetes y contenidos.
- 5.3.12 El material de RPBI deberá estar identificado, separado y envasado inmediatamente después de su generación, por lo que todo el personal involucrado en la atención, el proceso y manejo de material de RPBI, ya sea Materiales y dispositivos punzocortantes contaminados con sangre, Sangre y productos derivados no comerciales, Materiales y cultivos del laboratorio de microbiología o Patológicos (órganos y tejidos del laboratorio de patología y cadáveres de animales de centros antirrábicos), como lo clasifica la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 deberá de estar capacitado y atender al manejo seguro de estos .

#### 5.4 Descripción del procedimiento.

Procedimiento para los 5 momentos para la higiene de manos.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de Salud	1	Inicia acciones para prevenir las infecciones intrahospitalarias:
	1.1	Antes de tocar al paciente para proteger al paciente de los gérmenes dañinos.
	1.2	Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que pueden entrar a su cuerpo, incluso sus propios gérmenes.
	1.3	Después del riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes
	1.4	Después de tocar al paciente y las zonas de lo rodea cuando deje la cabecera del paciente.
	1.5	Después del contacto con el entorno del paciente, después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente cuando lo deje.
	2	¿Se va a desinfectar con alcohol gel?
	2.1	Si. Deposita en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies. Se desinfecta por 20 a 30 segundos.

		Continúa con la Activ. No.3
	2.2	No. Se lava con agua y jabón. Inicia procedimiento de 40 a 60 segundos.
	2.2.1	Se moja con agua y aplica suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.
	3	Repite 5 veces los siguientes pasos: Frota las palmas de las manos entre sí.
	4	Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
	5	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	6	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
	7	Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano y viceversa.
	8	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
	9	Enjuágate las manos con agua, usa una toalla desechable para secarlas y con ella cierra el grifo.
	10	Deja secar sin agitar

**5.5 Diagrama**

## Prevenir las infecciones intrahospitalarias Está en tus manos



HIGIENE DE MANOS: SEGURIDAD DEL PACIENTE.

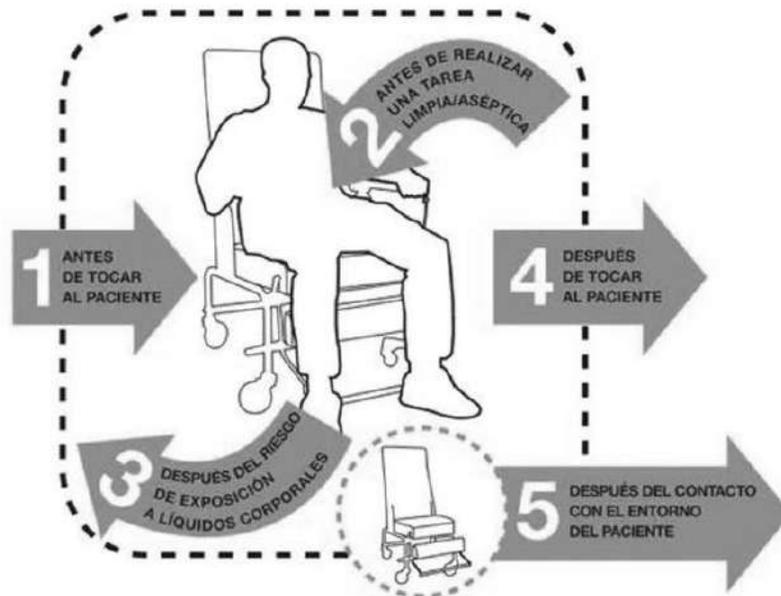


Organización Mundial de la Salud

5.6 Anexos

Cartel 5 momentos para la higiene de las Manos

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



<b>1</b>	<b>ANTES DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b>	<b>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b>	<b>DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b>	<b>DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando se aleje del costado del paciente.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>5</b>	<b>DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (o incluso aunque no haya tocado al paciente).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización  
Mundial de la Salud

**SAVE LIVES**  
Clean Your Hands

# Sus Momentos para la Higiene de las Manos

## Campaña de Vacunación



<b>1</b>	<b>ANTES DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerca a él. <b>¿POR QUÉ?</b> Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b>	<b>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. <b>¿POR QUÉ?</b> Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían estar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b>	<b>DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y/ó tras quitarse los guantes. <b>¿POR QUÉ?</b> Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b>	<b>DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos después de tocar al paciente, al final de la consulta o cuando ésta sea interrumpida. <b>¿POR QUÉ?</b> Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

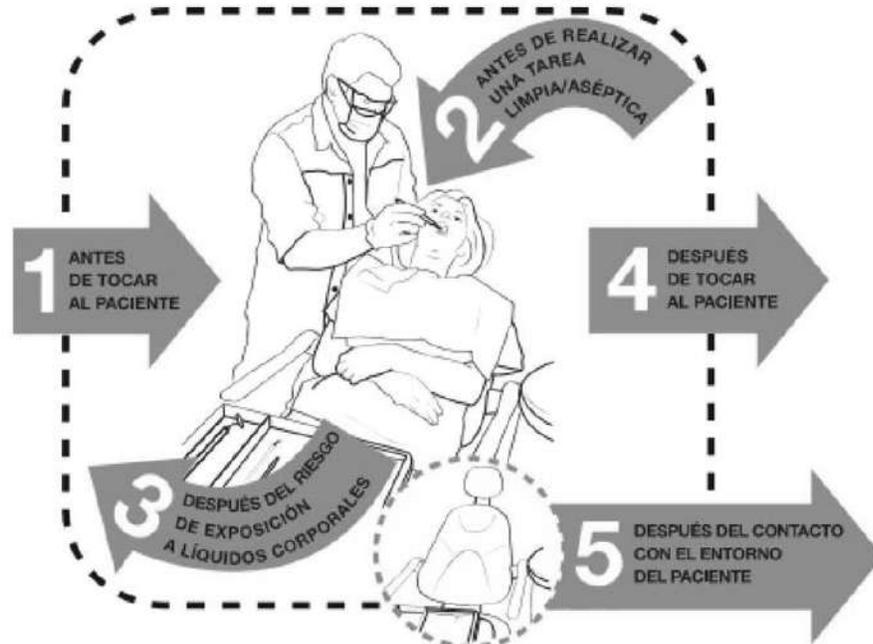


**Organización Mundial de la Salud**

**SAVE LIVES**  
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado estos materiales educativos para ayudar a promover un mayor conocimiento sobre la higiene de las manos y reducir la transmisión de enfermedades infecciosas. Este material educativo se distribuye en español en el marco del Programa Mundial de Acción para la Higiene de las Manos. Este material educativo se distribuye en español en el marco del Programa Mundial de Acción para la Higiene de las Manos. Este material educativo se distribuye en español en el marco del Programa Mundial de Acción para la Higiene de las Manos.

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos Atención Odontológica



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

50

**Cédula de Supervisión del programa integral de higiene de manos.**

**CÉDULA DE SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL DE HIGIENE DE MANOS**

Entidad federativa:	Municipio/Delegación:
Jurisdicción Sanitaria:	Localidad:
Unidad de Salud:	No. de CLUES:

**SUPERVISIÓN DE INSUMOS**

Material	Cumple		Observaciones/Fecha de último abasto
	SI	NO	
Abasto de agua			
Agua clorada			
Lavabo en buen estado			
Jabón			
Sanitas			

**SUPERVISIÓN DE TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS**

PERSONAL					
<b>Pauta</b>					
Manos libres de accesorios					
Uñas cortas y limpias					
Abre el grifo					
Se moja las manos y muñecas					
Se enjabona las palmas					
Fricciona las palmas de las manos					
Frota las palmas de las manos contra los dorsos					
Frota palmas de las manos con dedos entrelazados					
Se frota el dorso de los dedos agarrándose los dedos					
Frota los pulgares					
Frota las puntas de los dedos contra las palmas					
Se enjuaga las manos					
Se seca las manos					
Utiliza la toalla para cerrar el grifo					
El procedimiento duró al menos 40 segundos					
Conoce los 5 momentos para la Higiene de Manos.					

**RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN:**



**AESP 6.Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.**

**6.1 Propósito**

Prevenimos el daño al paciente asociado a caídas en nuestros servicios de salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

**6.2 Alcance**

Se utilizará la valoración y evaluación del grado de riesgos de caídas en el paciente al cual se evaluará los siguientes criterios en cada paciente: limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implique riesgo, problemas de idioma o socioculturales, y pacientes sin factores de riesgo evidentes, a fin de reducir el riesgo de daño al paciente hospitalizado.

**6.3 Políticas de aplicación general**

6.3.1 Se deberá de evaluar el riesgo de caídas del paciente, considerando siempre la limitación física del paciente, su estado mental, el tratamiento farmacológico y los problemas de comunicación que llegara a presentar el paciente, en relación a los siguientes:

Limitación física del paciente	Menores de 6 años y mayores de 65 años; con deterioro musculo esquelético y neurológico; traumatismo cráneo encefálico, enfermedad vascular cerebral, lesiones de columna vertebral, reposo prolongado, antecedente de caídas previas, desnutrición, ayuno prolongado, obesidad, alguna incapacidad física que afecte la movilidad, periodo postoperatorio y uso de aparatos ortopédicos, prótesis y ortésis.
Estado mental del paciente	Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo, déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas, depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia, deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de poliomielitis o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico con	Diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, anti arrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos y broncodilatadores.
Problemas de comunicación	Dialectos, defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos por medicamentos, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).

6.3.2 Todos los establecimientos de salud deberán de contar con lo siguiente:

- Áreas de baños y regaderas con barras de sujeción, piso y tapetes antiderrapantes.
- 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.
- Escaleras o rampas deben de contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- Las áreas de tránsito deben 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 buros, bancos de altura, sillones, camillas, sillas de ruedas, cables en general deberán de colocarse en lugares asignados a estos.
- Todos los dispositivos específicos necesarios y disponibles en el establecimiento para deambulación como bastones, muletas, andaderas deberán contar siempre con gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atención al paciente y la central de enfermeras deberán contar con adecuada iluminación.

6.3.3 La evaluación del riesgo de caídas deberá de realizarse a todos los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, servicio de urgencias, así como en aquellos pacientes que ingresen a solicitando atención.

6.3.4 Se deberán de realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes, siendo estas (únicamente cuando apliquen o se cuente con áreas específicas para observación, recuperación u hospitalización:

- 6.3.4.1 En cada movimiento deberán de evitarse realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida, sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- 6.3.4.2 En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, deberán de levantarse siempre los barandales.
- 6.3.4.3 Deberá verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos de las sillas de ruedas.
- 6.3.4.4 En cada traslado de paciente ya sea en cama o en camilla, deberá de hacerse uso de los barandales y de los descansabrazos en posición elevada y con frenos funcionales.
- 6.3.4.5 Deberá de colocar siempre un banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- 6.3.4.6 En la regadera deberá de colocarse una silla de baño y deberá de acercarse al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andaderas, silla de ruedas y lentes, en caso de así requerirlos.
- 6.3.4.7 En caso de requerirse deberá de realizarse la sujeción del paciente de acuerdo a los protocolos que se establezcan en los hospitales de SESEQ.

6.3.5 A los familiares y al paciente se les deberá de explicar sobre el proceso de incorporación desde la posición en decúbito a fin de evitar alguna complicación, molestia, mareo o caída innecesarios.

6.3.6 Deberá de mantenerse siempre alguna iluminación nocturna dentro de la habitación de observación si la unidad cuenta con ella y si tiene ocupación.

6.3.7 Se les solicitará a los familiares del paciente que las sandalias del paciente sean con suela antiderrapante.

- 6.3.8 En los pacientes que tienen agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas deberán de:
- 6.3.8.1 Elevar los barandales y siempre permanecer un familiar con ellos.
  - 6.3.8.2 Reportar inmediatamente cualquier falla, descompostura o falta de equipo necesario para la seguridad del paciente.
  - 6.3.8.3 Informar al familiar que para movilizar al paciente requiere de la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, por lo que previo a movilizarlo deberá de avisar y solicitar ayuda.
  - 6.3.8.4 En caso de que el paciente sufra una caída deberá de registrarse y notificarse inmediatamente, siguiendo el protocolo que se tenga para el reporte de eventos adversos en el formato correspondiente (AESP7-F1 Reporte de eventos adversos).
- 6.3.9 Para evitar caídas en pacientes pediátricos deberán de:
- 6.3.9.1 Informar a los familiares sobre la necesidad de que el menor permanezca en su cama o cuna siempre, con los barandales en posición elevada y los frenos colocados.
  - 6.3.9.2 Cuando se necesario trasladar al menor fuera de la cuna, debe de permanecer en compañía de personal de salud o de un familiar.
  - 6.3.9.3 Informar a los familiares de la importancia de no separarse de su paciente, y en caso de requerir separarse avisar al personal de enfermería.
  - 6.3.9.4 Acompañar siempre por un familiar del menor cuando requiera ir al baño.
  - 6.3.9.5 Mantener las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan su vigilancia.
  - 6.3.9.6 Durante la noche, mantener la habitación preferentemente iluminada.
  - 6.3.9.7 Reevaluar el riesgo de caídas cada día.
- 6.3.10 Se deberá de reevaluar el riesgo de caída del paciente en:
- Cada cambio de turno, cambio de área o servicio;
  - Cambio en el estado de salud;
  - Cambio o modificación del tratamiento; o,
  - Cuando a los pacientes o familiares se les informe sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirlas, entre ellas, el solicitar la ayuda del personal para la movilización del paciente.
- 6.3.11 Para la evaluación del riesgo de caídas se utiliza la Escala de Crichton para valorar el Riesgo de Caídas, lo cual se realizará a todo paciente ingresado a algún servicio, la cual se clasificara como bajo riesgo un puntaje de 0 a1 (verde), mediano riesgo un puntaje de 2 a 3 (amarillo) y de alto riesgo un puntaje de 4 a 10 (rojo).

Escala de Crichton/ RIESGO DE CAÍDAS		
Parámetro	Calificación	Criterios
Limitación física	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgos señalados.
Problemas de idioma o socioculturales	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	No se presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.

54

Escala	Puntos	Clasificación
Alto riesgo	4 -10	
Mediano riesgo	2 - 3	
Bajo riesgo	0-1	

6.3.12 El personal de limpieza deberá de mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

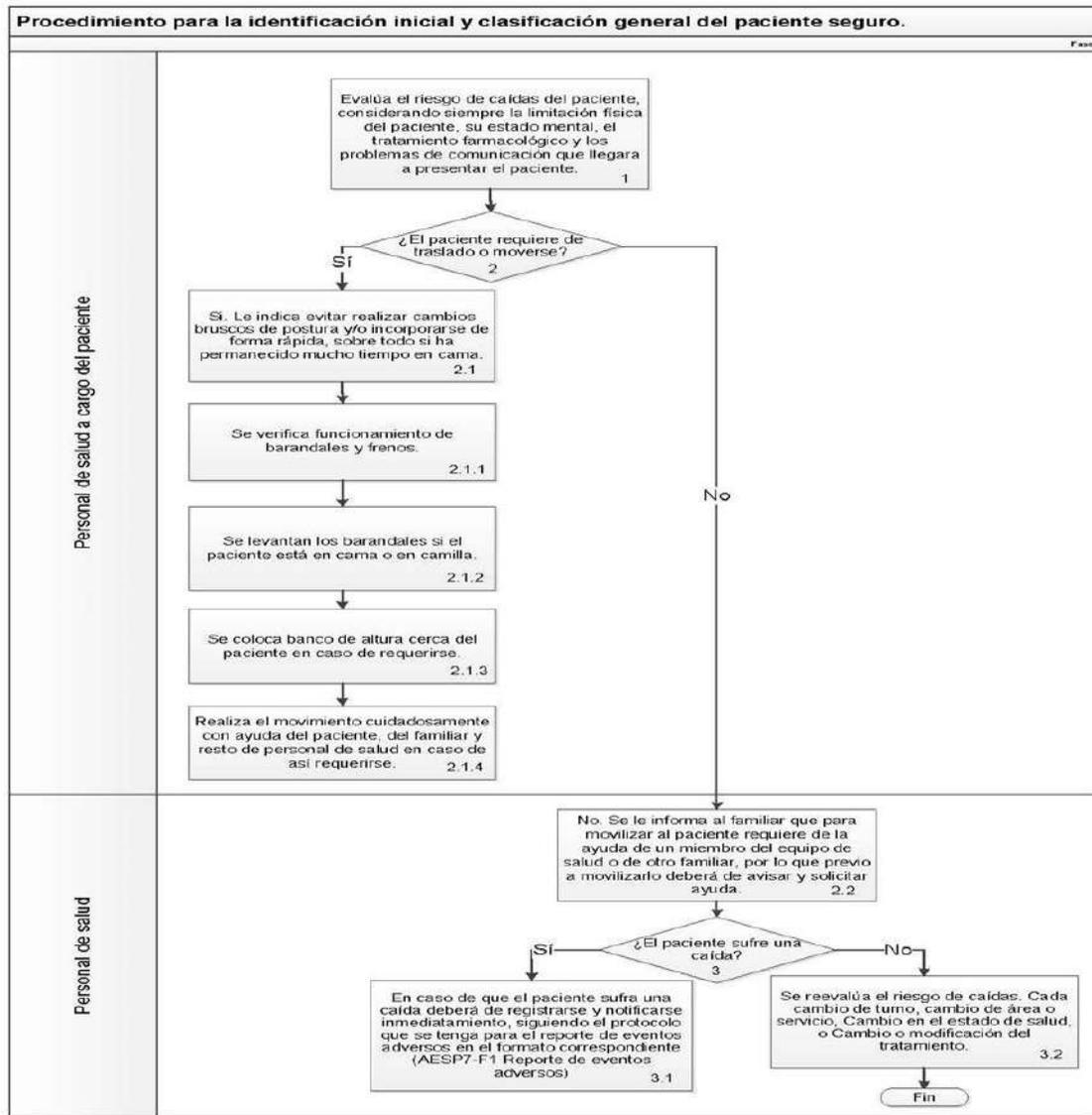
6.3.13 La dirección y administración del establecimiento de salud deberán de evaluar constantemente el riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada establecimiento en función de las características de los pacientes de la unidad, con la finalidad de implementar medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas.

#### 6.4 Descripción del procedimiento.

Procedimiento para la identificación inicial y clasificación general del paciente seguro.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de salud a cargo del paciente	1	Evalúa el riesgo de caídas del paciente, considerando siempre la limitación física del paciente, su estado mental, el tratamiento farmacológico y los problemas de comunicación que llegara a presentar el paciente
	2	¿El paciente requiere de traslado o moverse?
	2.1	Si. Le indica evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporarse de forma rápida, sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
	2.1.1	Se verifica funcionamiento de barandales y frenos.
	2.1.2	Se levantan los barandales si el paciente está en cama o en camilla.
	2.1.3	Se coloca banco de altura cerca del paciente en caso de requerirse.
	2.1.4	Realiza el movimiento cuidadosamente con ayuda del paciente, del familiar y resto de personal de salud en caso de así requerirse.
Personal de salud	2.2	No. Se le informa al familiar que para movilizar al paciente requiere de la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, por lo que previo a movilizarlo deberá de avisar y solicitar ayuda.
	3	¿El paciente sufre una caída?
	3.1	Si. En caso de que el paciente sufra una caída deberá de registrarse y notificarse inmediatamente, siguiendo el protocolo que se tenga para el reporte de eventos adversos en el formato correspondiente (AESP7-F1 Reporte de eventos adversos).

	3.2	No. Se reevalúa el riesgo de caídas. Cada cambio de turno, cambio de área o servicio, Cambio en el estado de salud, o Cambio o modificación del tratamiento.
	3.3	Fin

6.5 Diagrama



## AESP 7.Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.



### 7.1 Propósito

Generamos información sobre cuasifallas, 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.

### 7.2 Alcance.

Se realizara notificación obligatoria, con el fin de proporcionar información centrada en los errores asociados con lesiones graves o con la muerte, siendo la notificación de eventos el principal medio por el que se identifican los eventos adversos con el propósito de mejorar la atención otorgada a un paciente, identificar y corregir las fallas de los sistemas, prevenir la repetición de eventos y crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, además de contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes.

### 7.3 Políticas de aplicación general.

7.3.1 Cada jurisdicción sanitaria deberá de implementar el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasi fallas, el cual deberá de alinearse con las actividades de evaluación de riesgos (Programa de Trabajo de Administración de Riesgos) y que en conjunto formen la base para el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permitan aprender de los errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

7.3.2 Se deberá de realizar un registro de eventos adversos de manera inmediata cuando ocurra el evento adverso o tan pronto y sean identificados.

7.3.3 El registro debe de realizarse de forma anónima.

7.3.4 En caso de tratarse de un reporte del servicio de inmunizaciones, se deberá de realizar de forma inmediata cuando sea en las primeras 24 horas como evento supuestamente atribuible a la vacunación e inmunizaciones.

7.3.5 En caso de tratarse de alguna sospecha de reacción adversa ocasionada por medicamentos, deberá apegarse a lo establecido por el programa permanente de farmacovigilancia, ante cualquier sospecha de reacción adversa a través de notireporta <https://notireporta-cofepris.mx/> en apego guía de farmacovigilancia para la notificación de EA, SRAM, RAM o cualquier problema de seguridad con el uso de medicamentos, y en caso de tratarse de una reacción adversa deberá de completar el Aviso de sospechas de reacciones adversas a medicamentos FF-COFEPRIS-11.

7.3.6 El COCASEP deberá de aprobar la participación del hospital en el registro de eventos adversos.

7.3.7 Deberán de registrarse, reportarse y analizarse los siguientes:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
- Riesgo potencial o inminente de que ocurran las dos anteriores;
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado;
- Muerte materna;
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos;
- Suicidio;
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente;
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal;
- Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal;
- Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización (aplicación de biológico).

7.3.8 En todos los eventos centinelas se deberá realizar el análisis causa raíz, el cual lo realizara el gestor de calidad jurisdiccional.

7.3.9 Los resultados del registro de eventos adversos se presentaran en el COCASEP, con el fin de establecer acciones de mejora.

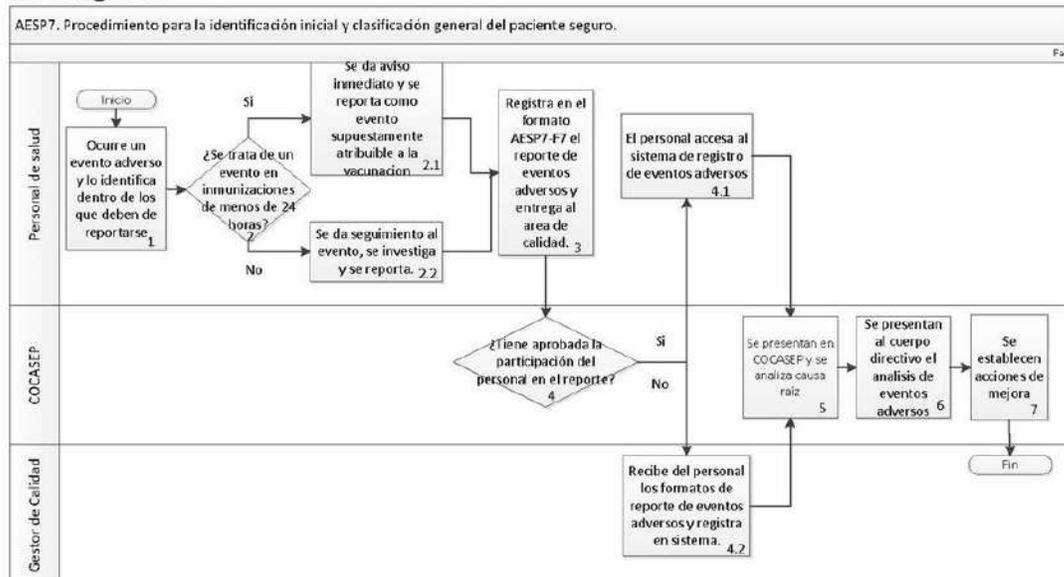
7.3.10 Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal de hospital en las sesiones generales.

The image shows a screenshot of a web browser displaying the login page for the 'SALUD SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS'. The browser's address bar shows the URL 'desdges.salud.gob.mx/srea/acceso.php'. The page header includes the 'SALUD' logo and the text 'SECRETARIA DE SALUD' and 'SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS'. Below the header is a login form with the title 'AUTENTICACION'. It contains two input fields: 'Nombre de Usuario' and 'Clave de Acceso'. A 'INGRESAR' button is positioned below the fields. A warning message reads: '¡RECUERDA! Toda Infección Asociada a la Atención de la Salud es un EVENTO ADVERSO'. At the bottom of the page, there is a footer with the text 'SECRETARIA DE SALUD - ALGUNOS DERECHOS RESERVADOS © 2018 - POLÍTICAS DE PRIVACIDAD', the 'SALUD' logo, and the address: 'Marina Nacional 80, piso 8, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Alemán, Ciudad de México, C.P. 06700'.

**7.4 Descripción del procedimiento.**

Procedimiento para la identificación inicial y clasificación general del paciente seguro.		
Responsable	No. Activ	Descripción del procedimiento
Personal de Salud	1	Ocurre un evento adverso y lo identifica dentro de los que deben de reportarse de acuerdo a la lista de eventos centinela, eventos adversos y cuasillafas que se presentan en el primer nivel de atención.
	2	¿Se trata de un evento que ocurrió en inmunizaciones y se presenta en menos de 24 hrs?
	2.1	Si. Se da aviso inmediato y se reporta como Evento supuestamente atribuible a la vacunación.
	2.2	No. Se da seguimiento al evento, se investiga y se reporta. Continúa en la actividad No. 3
COCASEP	3	Registra el mismo en el formato AESP7-F1 como Reporte de eventos adversos y entrega al área de Calidad.
	4	¿COCASEP tiene aprobada la participación del personal en el reporte?
Personal de Salud	4.1	Si. El personal ingresa al sistema de registro de eventos adversos <a href="http://www.salud.gob.mx/srea/acceso.php">www.salud.gob.mx/srea/acceso.php</a>
Gestor de Calidad	4.2	No. Recibe del personal los formatos de reporte de eventos adversos y registra en el sistema.
COCASEP	5	Se presentan en COCASEP, analizan causa raíz realizados por el gestor de calidad jurisdiccional.
	6	Se presentan al cuerpo directivo análisis de eventos adversos.
	7	Se establecen acciones de mejora.

**7.5 Diagrama**



7.6 Anexos

AESP7-F1 Reporte de eventos adversos.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Unidad Hospitalaria

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (AESP7-F1)

Toda la información que registre en este documento es de carácter confidencial, no se utilizará de forma punitiva para los trabajadores que pudieran estar implicados en el suceso.

Fecha:		
DÍA	MESES	AÑO

Usuario hospital:

Nombre de la persona que notifica: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que registra: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL EVENTO ADVERSO

Fecha y hora de inicio del evento: \_\_\_\_\_

¿Se realizó alguna acción correctiva después del evento?  SI  NO

¿Cuál fue la gravedad del daño para el paciente?

Gravedad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sin daño	Incidente que pudo causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.
<input type="checkbox"/> Bajo	Incidente que causó un daño mínimo en uno o más pacientes.
<input type="checkbox"/> Moderado	Incidente que causó un daño significativo pero no permanente en uno o más pacientes.
<input type="checkbox"/> Grave	Incidente que tiene como resultado un daño permanente en uno o más pacientes.
<input type="checkbox"/> Muerte	Incidente que ocasionó directamente la muerte de uno o más pacientes.

¿En qué lugar o área ocurrió el evento adverso?

- Hospitalización     Consultas     Pediatría     Urgencias     UCI  
 UCI Pediatría     UDIN     Área de choque     Quirófano     Ambulancia

Otro: \_\_\_\_\_

¿En qué turno se presentó el evento?

- Matutino     Vespertino     Nocturno     Jornada acumulada

¿Qué tipo de personal estuvo involucrado?

- Médico     Enfermera     Camillero     Técnico

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las razones que contribuyeron al incidente?

<input type="checkbox"/> Relacionados con las características del paciente.	<input type="checkbox"/> Individuales de los integrantes del equipo de atención.	<input type="checkbox"/> Organizaciones y de administración.
<input type="checkbox"/> Relacionados con la asignación y aplicación de los recursos, protocolos y guías.	<input type="checkbox"/> Relacionados con el trabajo en equipo.	<input type="checkbox"/> Institucionales o del ambiente externo.
	<input type="checkbox"/> Relacionados con el ambiente de trabajo y el entorno.	Otro: _____

¿Considera que se pudo haber evitado el evento?  SI  NO

¿Cómo considera que pudo haberse evitado? \_\_\_\_\_

¿Se le proporcionó información al paciente o a su familiar relacionado con el evento?  SI  NO

¿Quién le proporcionó? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las acciones correctivas a mediano plazo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles es el tipo de incidente?

<p><b>a) Incidente de medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente equivocado.</li> <li>- Medicamento incorrecto.</li> <li>- Error en la dosis o frecuencia de administración.</li> <li>- Vía de administración equivocada.</li> <li>- Error en la presentación.</li> <li>- Contaminación en la medicación.</li> <li>- Omisión de medicamento o dosis.</li> <li>- Medicamento caducado.</li> <li>- Reacción adversa al medicamento.</li> <li>- Velocidad de la administración correcta.</li> </ul>	<p><b>b) Líquidos intravenosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente equivocado.</li> <li>- Medicamento incorrecto.</li> <li>- Error en la dosis o frecuencia de administración.</li> <li>- Vía de administración equivocada.</li> <li>- Error en la presentación.</li> <li>- Contaminación en la medicación.</li> <li>- Omisión de medicamento o dosis.</li> <li>- Medicamento caducado.</li> <li>- Reacción adversa al medicamento.</li> <li>- Velocidad de la administración correcta.</li> <li>- Incidente de documentación: tipo de documento.</li> </ul>	<p><b>e) Registros médicos en el expediente clínico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordenes/órdenes.</li> <li>- Lista de verificación.</li> <li>- Certificados/formatos.</li> <li>- Instrucciones / información / guías clínicas / procedimientos.</li> <li>- Identificación / etiquetas.</li> <li>- Resultados / reportes / imágenes.</li> </ul>
<p><b>d) Incidente de documentación: tipo de problema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento extraviado o no disponible.</li> <li>- Retraso en el acceso a los documentos.</li> <li>- Documento correcto en paciente incorrecto.</li> <li>- Documento incorrecto en paciente correcto.</li> <li>- Información poco clara, confusa, ilegible o incompleta.</li> </ul>	<p><b>c) Administración clínica: tipo de proceso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega de expediente.</li> <li>- Citas.</li> <li>- Interconsulta.</li> <li>- Alta.</li> <li>- Referencia a otra unidad.</li> <li>- Identificación del paciente.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> </ul>	<p><b>f) Administración clínica: Tipo de problema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se realizó cuando se indicó.</li> <li>- Incompleta o inadecuada.</li> <li>- No disponible.</li> <li>- Paciente equivocado.</li> <li>- Proceso o servicio equivocado.</li> </ul>
<p><b>g) Infección asociada a la atención médica (Infección nosocomial): tipo de organismo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacteria.</li> <li>- Virus.</li> <li>- Hongos.</li> <li>- Parasito.</li> <li>- Protozoo.</li> <li>- Sípfilis.</li> <li>- Pílori.</li> <li>- Organismo causal no definido.</li> </ul>	<p><b>h) Infección asociada a la atención médica (Infección nosocomial): tipo / sitio de infección:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanguíneo.</li> <li>- Sitio quirúrgico.</li> <li>- Catéter (traqueal/ur).</li> <li>- Infección de la prótesis o del sitio de la prótesis.</li> <li>- Sonda urinaria.</li> <li>- Tejidos blandos.</li> <li>- Abscesos.</li> <li>- Neumonía.</li> </ul>	<p><b>i) Hemoderivados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente equivocado.</li> <li>- Sangre / hemoderivado – equivocado.</li> <li>- Dosis o frecuencia equivocada.</li> <li>- Cantidad equivocada.</li> <li>- Etiquetado de dosificaciones.</li> <li>- Instrucciones equivocadas.</li> <li>- Contaminación.</li> <li>- Almacenamiento equivocado.</li> <li>- Producto o dosis omitido.</li> <li>- Sangre / hemoderivado – caduco.</li> <li>- Efecto adverso.</li> </ul>
<p><b>j) Nutrición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta equivocada.</li> <li>- Paciente equivocado.</li> <li>- Cantidad equivocada.</li> <li>- Frecuencia equivocada.</li> <li>- Consistencia equivocada.</li> <li>- Almacenamiento equivocado.</li> <li>- No se administró la nutrición.</li> </ul>	<p><b>k) Dispositivos y equipos médicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación o empaque inadecuado.</li> <li>- Faltó de disponibilidad.</li> <li>- Inapropiado para la tarea.</li> <li>- Sucio / No esteril.</li> <li>- Faltó / mal funcionamiento.</li> <li>- Desconexión / mala conexión / separación.</li> <li>- Error de usuario.</li> </ul>	<p><b>l) Caldas: Lugar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la cama.</li> <li>- De la silla.</li> <li>- De la camilla.</li> <li>- En el baño.</li> <li>- De las escaleras.</li> <li>- En el pasillo.</li> <li>- Con equipo térmico.</li> </ul>
<p><b>m) Caldas: Tipo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tropieza.</li> <li>- Resbalón.</li> <li>- Caídas.</li> <li>- Pérdida del equilibrio.</li> </ul>	<p><b>n) Patología / Laboratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Error en la toma de muestra.</li> <li>- Muestra extraviada.</li> <li>- Almacenamiento de muestra equivocada.</li> <li>- Procesamiento incorrecto.</li> <li>- Incidente en los resultados.</li> </ul>	<p><b>o) Procedimiento clínico: Proceso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención / chequeo de rutina / descuides.</li> <li>- Diagnóstico / valoración / procedimiento / tratamiento / intervención.</li> <li>- Cuidados general / manejo.</li> <li>- Investigación.</li> <li>- Resultados / especímenes.</li> </ul>
<p><b>p) Procedimiento clínico: Problema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se inició cuando se indicó.</li> <li>- Procedimiento o tratamiento incorrecto</li> <li>- Incompleto / inadecuado.</li> <li>- Sitio del cuerpo incorrecto</li> <li>- No disponible.</li> <li>- Paciente incorrecto.</li> <li>- Diferimiento.</li> </ul>		

Descripción detallada del evento adverso (especificar hora, fecha, lugar o servicio, eventualidad ocurrida)

Nombre y firma Director del Hospital	Nombre y firma Gestor de Calidad	Nombre y firma Notificador del E.A. (Opcional)
---	-------------------------------------	--

**AESP7-F2 Listado de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas que se presentan en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.**

**LISTADO DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS QUE SE PRESENTAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**1.0 Eventos Centinela**

- a. Caída de un paciente durante la atención.
- b. Paciente al cual se le administra el medicamento por error y es necesario el traslado a unidad de segundo nivel
- c. Violación, maltrato u homicidio en cualquier paciente dentro de los establecimientos de salud.
- d. Suicidio de un paciente dentro de los establecimientos de salud.
- e. Error en la realización de un procedimiento.
- f. Robo de infante
- g. Trauma al nacimiento.
- h. Lesión vaginal durante el parto.
- i. Medicamento que provoca una reacción anafiláctica grave.

**2.0 Eventos Adversos**

- a. Error en la administración de un medicamento.
- b. Error en la realización de un procedimiento.
- c. Error en la identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), en cualquier formato u omisión del mismo.
- d. Omisión en la identificación del recién nacido al momento.
- e. Error en la administración de medicamentos de alto riesgo.
- f. Empaquetado y esterilización con más de 1 semana.
- g. Encontrar cualquier equipo o material con fechas de caducidad no vigentes.
- h. Paciente con riesgo de caídas por falta de medidas de protección ambiental.
- i. Falta de lavado de manos en cualquiera de los 5 momentos.
- j. Pinchadura del personal de salud.
- k. Falla de equipo médico.
- l. Error u omisión en el consentimiento informado.
- m. Retraso en el tratamiento del paciente (Tuberculosis).
- n. Signos vitales mal tomados.
- o. Infección asociada a la atención de la salud.
- p. Uso de equipo reesterilizado con defectos que no ocasionan daño al paciente.
- q. Uso de equipo reesterilizado con defectos que si ocasionan daño al paciente.
- r. Omisión de cualquier paso de la comunicación efectiva detectada durante el proceso de atención del paciente.
- s. Almacenamiento de equipo reesterilizado con defectos y/o problemas.
- t. Se dispone de manera incorrecta de los RPBI.
- u. Error en el medicamento de alto riesgo.
- v. Reacción adversa a los medicamentos.

**3.0. Cuasi fallas**

- a. Error en la medicación que es detectada previo a su administración al paciente.
- b. Error en la realización de un procedimiento que se detecta previo al iniciar el mismo.
- c. Error en la identificación de un paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que se detecta previo o durante el proceso con el paciente.
- d. Omisión en la identificación del recién nacido que se detecta antes de salir de la sala de atención del parto.
- e. Omisión de cualquier paso de la comunicación efectiva detectada durante el proceso de atención del paciente.
- f. Error en la medicación de medicamentos de alto riesgo.
- g. Se encuentra almacenado equipo reesterilizado con defectos y/o problemas previo a la utilización del mismo.
- h. Se dispone de manera incorrecta los RPBI.
- i. El personal acude en estado inconveniente a realizar sus labores.



## AESP 8. Cultura de seguridad del paciente.

### 8.1 Propósito

Medimos la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en nuestras unidades de atención.

### 8.2 Alcance

Se efectuará una evaluación anual al personal involucrado en la seguridad del paciente dentro de los establecimientos de salud de primer nivel de atención en salud de SESEQ.

### 8.3 Políticas de aplicación general

8.3.1 Se actuará con base a los valores establecidos de compromiso, empatía, comunicación efectiva y respeto, y brindando la atención de acuerdo al código de ética y código de conducta de SESEQ como servidores públicos dedicados a la salud.

8.3.2 Anualmente se aplicará el "Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente" el cual se realizará a través de plataforma informática, al personal adscrito a los hospitales y establecimientos de salud del primer nivel de atención de SESEQ relacionado con la seguridad del paciente.

8.3.3 El cuestionario a aplicar será de carácter anónimo y confidencial, tardara en su llenado de 10 a 15 minutos, y se evaluarán preguntas relacionadas con la seguridad del paciente, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reporten en los establecimientos de salud, siendo participativo.

8.3.4 La participación del personal de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención en la medición de la cultura de seguridad del paciente, deberá ser aprobada por el Comité de Calidad y seguridad del paciente o equivalentes.

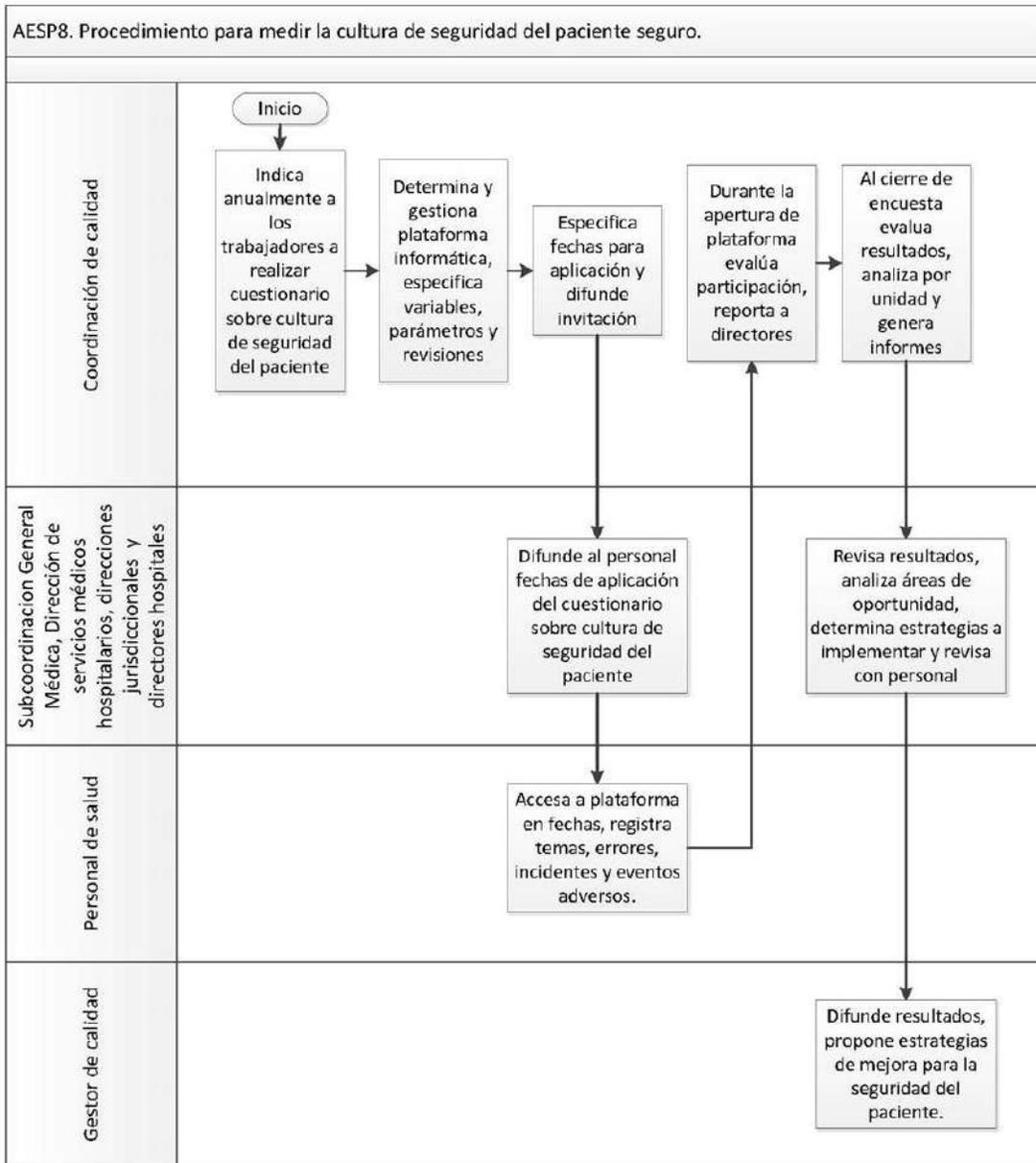
8.3.5 El proceso de medición se realizará de acuerdo al "Proceso operativo para la medición de la Cultura de Seguridad del paciente" establecido por la DGCES y disponible en línea en las páginas de la DGCES y el CSG.

8.3.6 Los resultados de la medición deberán generar acciones de mejora de acuerdo a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.

### 8.4 Descripción del procedimiento.

<b>Procedimiento para medir la cultura de seguridad del paciente seguro.</b>		
<b>Responsable</b>	<b>No. Activ</b>	<b>Descripción del procedimiento</b>
Coordinación de Calidad.	1	Anualmente indica a los trabajadores mediante memos y comunicados a realizar el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en establecimientos de salud de SESEQ.
	2	Determina y gestiona plataforma informática para aplicación mediante la página web, especificando los requerimientos para su acceso y difusión.
	3	Especifica fechas para la aplicación y difundirá a través de la Subcoordinación General Médica al personal de SESEQ.
Subcoordinación Médica de SESEQ. General	4	Difunde al personal de establecimientos de salud sobre las fechas de aplicación del cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente, indicando fechas, acceso, disponibilidad y requisitos para su ingreso.
Personal de Salud.	5	Ingresa a la plataforma en las fechas determinadas y mediante su opinión registra sobre temas relacionados con la seguridad del paciente, errores médicos, incidentes y eventos adversos.
Coordinación de Calidad.	6	Durante el periodo de apertura de plataforma para la encuesta evalúa participación y reporta a los directores de jurisdicciones sanitarias y hospitales sobre los porcentajes de participación, felicita o invita a participar.
	7	Al cierre de la encuesta evalúa resultados que deriven de la encuesta en la plataforma, analiza resultados por unidad y genera los informes necesarios.
	8	Difunde resultados a los Directores de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales y difunde resultados a través de los Gestores de Calidad a las Unidades.
Directores de Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.	9	Revisa resultados y analiza áreas de oportunidad, determina las estrategias a implementar y revisa con equipo de trabajo, personal de salud y gestor de calidad.
Gestor de Calidad.	10	Difunde los resultados y propone estrategias de mejora para la seguridad del paciente.

**8.5 Diagrama**



8.6 Anexos

### Plataforma de captura del cuestionario de "Cultura de Seguridad del Paciente"



Link: [www. http://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp/index1.php](http://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp/index1.php)

#### Formato de Encuesta.

##### **Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.**

###### Instrucciones

Piense en la manera en que se hacen las cosas en su establecimiento de salud y exprese sus opiniones acerca de cuestiones que en general afectan la seguridad y calidad del cuidado de los pacientes en su consultorio.

Considere que en este cuestionario, cuando se menciona **proveedores de atención médica** se refiere a todo personal médico y personal de enfermería en contacto clínico con los pacientes; la palabra **empleados** se refiere a las demás personas que trabajan en el consultorio; así mismo por **personal** se refiere a la totalidad de proveedores de atención médica y empleados.

Si alguna pregunta no corresponde a su situación o no conoce la respuesta, favor de marcar la opción "No aplica o No sabe".

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







2.	Dejan pasar por alto los errores que se cometen una y otra vez en la atención de los pacientes.	<input type="checkbox"/>					
3.	Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos que se realizan en la atención al paciente.	<input type="checkbox"/>					
4.	Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para el establecimiento de salud y no en lo que es mejor para el paciente.	<input type="checkbox"/>					
5.	El Director toma acciones para capacitar al personal cuando se establecen procedimientos nuevos.	<input type="checkbox"/>					
6.	El Director toma acciones para que el personal sea capacitado en el puesto que va a desempeñar.	<input type="checkbox"/>					

**Sección F: Su área de trabajo.**

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1.	Cuando hay un problema en su área de trabajo ven si es necesario cambiar la manera en que hacen las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Los procedimientos de su área de trabajo son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Los errores se cometen más de lo debido en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	En su área de trabajo son buenos para cambiar los procedimientos para asegurar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	En su área de trabajo la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Después de que en su área de trabajo se realizan cambios para mejorar los procedimientos en atención al paciente, comprueban si estos cambios funcionaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección G: Calificaciones generales.**

**Calificaciones generales de calidad**

1. ¿Cómo calificaría al establecimiento de salud en cada una de las siguientes dimensiones de calidad en la atención de salud?

70

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
a. <b>Contrado en el paciente</b>	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente.	<input type="checkbox"/>				
b. <b>Eficaz</b>	Logra los objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/>				
c. <b>Oportuno</b>	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	<input type="checkbox"/>				
d. <b>Eficiente</b>	Asegura una atención rentable (evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios)	<input type="checkbox"/>				
e. <b>Equitativo</b>	Brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar sexo, raza, origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="checkbox"/>				

**Calificación general de seguridad de los pacientes.**

2. ¿Cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que su consultorio médico tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?

Muy malo      Malo      Regular      Bueno      Muy bueno  
                       

**Sección H: Información general.**

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?

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

2. ¿Cuántas horas a la **SEMANA** trabaja usted en el establecimiento de salud?

- a. De 1 a 4 horas
- b. De 5 a 16 horas
- c. De 17 a 24 horas
- d. De 25 a 32 horas
- e. De 33 a 40 horas
- f. 41 horas o más

3. ¿Cuál es su cargo en el establecimiento de salud?

- a. Médico en consultorio
- b. Personal de enfermería
- c. Director
- d. Personal de apoyo administrativo
- e. Otro cargo; por favor especifique: \_\_\_\_\_

Sección I: Sus comentarios.

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre la seguridad de los pacientes o la calidad de la atención en el establecimiento de salud.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario.

## Anexos

<b>Dimensiones de la Cultura de Seguridad.</b>	
<b>Dimensión</b>	<b>Descripción</b>
<b>Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio</b>	Evalúa aspectos relacionados con el apoyo mutuo del personal del mismo departamento o servicio, el trato respetuoso y el apoyo entre los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo.
<b>Expectativas y acciones del jefe o supervisor del servicio, para promover la seguridad de los pacientes</b>	Valora la participación de los jefes o supervisores para atender los problemas de seguridad del paciente; así como las expectativas que tienen los jefes respecto a la participación del personal para aplicar los procedimientos de seguridad del paciente. Además evalúa si el jefe toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
<b>Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>	Proporciona información respecto a las acciones de mejora emprendidas cuando se detecta alguna falla durante el proceso de atención, con la finalidad de evitar su recurrencia. También evalúa la efectividad de las acciones que se pusieron en marcha para mejorar la seguridad del paciente.
<b>Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente</b>	Evalúa la prioridad que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, así como para propiciar un clima laboral en beneficio de la seguridad del paciente. Además evalúa el interés que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, sólo después de la ocurrencia de un evento adverso.
<b>Percepción general de la seguridad del paciente</b>	Esta dimensión mide la percepción de los médicos y enfermeras respecto a la seguridad de los procesos de atención, así como a la presencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente.
<b>Retroalimentación y comunicación sobre errores</b>	Evalúa la información que difunde al personal respecto a los incidentes que ocurren en un servicio, las acciones emprendidas para evitar su ocurrencia.
<b>Grado de apertura de la comunicación</b>	Mide la libertad que tiene el personal para expresar los aspectos negativos que puedan afectar la atención que recibe el paciente, así como la libertad del personal para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores.
<b>Frecuencia de eventos adversos reportados.</b>	Mide la frecuencia con la que se reportan los errores que se estima que no dañan al paciente, los que son descubiertos y corregidos antes de dañar al paciente y los que se estiman que pueden haber dañado al paciente.
<b>Trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios</b>	Mide la cooperación y la coordinación de los trabajadores al realizar tareas con integrantes de otros departamentos.
<b>Personal: dotación, suficiencia y gestión</b>	Permite conocer si la plantilla del personal es suficiente para atender las jornadas laborales, principalmente durante las excesivas y agotadoras cargas de trabajo. También mide la frecuente participación de personal eventual o temporal, que en ocasiones representan una dificultad para mejorar la atención al paciente.
<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios</b>	Evalúa el manejo de la información de los pacientes cuando éstos se transfieren de un servicio a otro, o durante los cambios de turno.

72

<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	Esta dimensión hace referencia a la opinión de médicos y enfermeras respecto a la actitud de los compañeros o superiores cuando se enteran de que han cometido algún error, utilizando esto en su contra, buscan culpables y el temor del personal que comete el error, de que esto quede registrado en su expediente personal.
--	---

<b>Factores de Riesgo</b>	
Factores intrínsecos	Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.
Edad	Niños menores de 6 años. El adulto mayor de 65 años presentan riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.
Factores fisiológicos del envejecimiento	El envejecimiento conlleva alteraciones propias que inciden en gran medida para que se dé una caída como problemas causados en la estabilidad postural y en la marcha del anciano: enfermedades neurológicas, músculo esqueléticas, cardiovasculares, entre otras.
Factores extrínsecos	Corresponden a los llamados factores ambientales, que pueden ser del entorno arquitectónico de la unidad hospitalaria: equipo o mobiliario; o bien de los procesos de atención. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.

## Abreviaturas y Definiciones

**Acciones de mejora:** Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.

**Acciones tomadas para reducir el riesgo:** Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.

**Acreditación:** Para el primer y segundo nivel de atención se define como el proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa una unidad médica de salud fija o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

**Agente:** Objeto, sistema, sustancia química o biológica u organismo capaz de producir un efecto.

**Alergia medicamentosa:** Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado fármaco y que causa reacciones inmunitarias nocivas en ulteriores exposiciones al fármaco.

**Amenaza para la seguridad del paciente:** Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.

**Análisis Causa Raíz:** Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.

**Atención ambulatoria:** Modalidad de atención médica en la que el paciente recibe los cuidados diagnóstico- terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin pernoctar en una cama hospitalaria. Esta modalidad incluye la consulta ambulatoria de especialidad, así como cirugía ambulatoria, la hospitalización diurna médica y la hospitalización diurna psiquiátrica.

**Atención a la salud:** Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

**Atención segura:** Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.

**Barrera de seguridad:** Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud que se depende de un análisis de eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

**Barrido Húmedo:** Procedimiento de eliminación de la suciedad del suelo mediante el uso de medios que permiten la adherencia de las partículas evitando su diseminación en el ambiente. Para ello, suelen emplearse trapeadores húmedos.

**Caída:** Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.

**Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

**Calidad de la atención médica:** Otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles. Es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

**Capacidad:** Mínimos indispensables de estructura en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.

**Causa:** Motivo, fundamento u origen.

**Causa- raíz:** Causa principal por la que fallo el proceso, pueden ser varias.

**Causa proximal:** Es el motivo aparente o inmediato que explica el evento y que involucra aquellos factores más cercanos a su origen (errores, omisiones, competencias inadecuadas, deficientes habilidades del equipo de salud).

**Causa subyacente:** Fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales, pero pueden o no ser causas raíz (relación paciente- profesionales, fallas operativas, disponibilidad, mantenimiento, ruido, mobiliario, comunicación, nivel de cultura de seguridad del paciente, supervisión inadecuada).

**CECA:** Comité Estatal de Calidad.

**Censo hospitalario:** Número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital en un momento dado.

**Cinco momentos:** Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

**Circunstancia:** Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

**Cirugía Segura Salva Vidas:** Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitable o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

**CISP:** Centro de Investigación en Salud Pública.

**COCASEP:** Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

**CODECIN:** Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud.

**Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP):** Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la Seguridad del Paciente.

**Complicación:** Trastorno del paciente que surge durante el proceso de atención a la salud, sea cual sea el entorno en que se dispensa. Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.

**CONAMED:** Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

**Condiciones de almacenamiento:** son las condiciones de las áreas de conservación de los medicamentos, remedios herbolarios y demás insumos para la salud las cuales están definidas con base a los resultados de los estudios de estabilidad realizados de acuerdo con la norma oficial mexicana vigente que corresponda.

**Condiciones peligrosas:** Todo conjunto de circunstancias (exceptuando la enfermedad, la afección, o el trastorno por el que el paciente está recibiendo atención, tratamiento y servicios) definidas por el establecimiento de atención médica que aumentan significativamente la probabilidad de un daño.

**CSG:** Consejo de Salubridad General.

**Cuasi- falla:** Falta o error que no ocurrió.

**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, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de 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.

**Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

**Daño leve:** Incidente que causa un daño mínimo al paciente (evento adverso).

**Daño moderado:** Incidente que causa un daño significativo pero no permanente (evento adverso).

**Daño severo:** Incidente que tiene como resultado un daño permanente (evento centinela).

**Daño relacionado con la atención a la salud:** Perjuicio derivado de la acción u omisión de profesionales de la salud durante la prestación de un servicio y el cual no se debe a enfermedad o lesión subyacente.

**DGCES:** Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

**Detección:** Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

**Difusión:** Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.

**Discapacidad:** Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

**Dispensación:** acto profesional cuyos objetivos son la entrega de insumos para la salud en condiciones óptimas y de acuerdo con la normatividad vigente y la protección del paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con medicamentos. Además, implica la información al paciente sobre la medicación que va a utilizar, la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos y tomar decisiones beneficiosas para el paciente.

**Dosificación:** describe la dosis de un medicamento, los intervalos de administración y el tiempo de tratamiento.

**Efecto secundario:** Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

**Enfermedad:** Disfunción fisiológica o psicológica. Alteración biopsicosocial de un organismo producido por algún desorden interno o causa externa.

**Error:** No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

**Error de medicación:** cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

**Error médico:** Conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.

**Error médico por comisión:** Ocurre como resultado de una acción tomada.

**Error médico por omisión:** Ocurre como resultado de una acción no tomada.

**ESAVI:** Evento Secundario Asociado a la Vacunación o Inmunización.

**Establecimiento:** son los locales y sus instalaciones, dependencias y anexos, en los que se desarrolla el proceso de los insumos, actividades y servicios a que se refiere el Reglamento de Insumos para la Salud.

**Etiqueta:** marbete, rotulo, marca o imagen gráfica, escrita, impresa estarcida, marcada, marcada en relieve o en hueco grabado, adherido o precintado, en cualquier material, susceptible de contener el medicamento, incluyendo el envase mismo, en caracteres legibles e indelebles.

**Evento:** Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

**Evento centinela:** Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

**Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

**Factor atenuante:** Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia un daño al paciente.

**Factor contribuyente:** Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evaluación de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

**Factor de riesgo:** Características inherentes al paciente o ajenas, que favorecen la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

**Fallo:** Falta en la prestación de servicios esperados o que no se realizan de forma satisfactoria.

**Fallo del sistema:** Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.

**Frecuencia:** Número de veces que se repite un determinado acto o suceso.

**Gestión de Riesgos:** Proceso estructurado, implementado a través de toda la organización, y que tiene por objetivo la identificación y atención de riesgos en los procesos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales.

**Grado del daño:** Intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

**Herramientas de calidad:** Conjunto de instrumentos para manejar la información que auxilia en la toma de decisiones y están involucradas en el proceso de mejora de la atención.

**Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

**Identificación correcta del paciente:** Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.

**Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, incluyendo cuasi falla, evento adverso y evento centinela.

**Incidente sin daño:** Incidente que no llega a causar daño, se puede llamar cuasi falla. Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que no produce daño al paciente, ni pérdidas materiales o de cualquier tipo.

**Infección asociada con la atención de la salud (IAAS):** Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso a la institución.

**Investigación en seguridad del paciente:** Estudio profundo que proporciona información útil para disminuir el daño a los pacientes durante el proceso de atención.

**Lesión:** Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

**Lista de verificación de cirugía segura (LVCS):** Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que está interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

**Medicación segura:** Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.

**Medicamento:** toda sustancia o mezcla de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presenta en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrientes, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y demás se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso complete efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios.

**Medicamento 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.

**Medicamentos L.A.S.A:** (del inglés look alike, sound alike) son aquellos que se parecen físicamente o sus nombres suenan muy parecidos, condición que aumenta la posibilidad de ocurrencia de prescripción, digitación, dispensación y administración errónea.

**Medidas adoptadas para reducir el riesgo:** Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.

**Mejora del sistema:** Resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

**Notificación:** Mecanismo mediante el cual se da a conocer la información de eventos adversos o incidentes ocurridos en el proceso de la atención a la salud, utilizando formatos simples creados en cada institución o establecimiento de atención médica.

**Paciente:** Persona que recibe atención a la salud.

**Peligro:** Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentar los existentes.

**Plan de mejora continua:** Conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de la atención médica que se otorga en una unidad de salud.

**Prácticas seguras:** Serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

**Proyecto de intervención:** Plan, acción o propuesta, creativa y sistemática, generada a partir de un problema, necesidad específica o falta de funcionalidad para obtener mejores resultados para la organización y los pacientes.

**Prevenible:** Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

**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.

**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.

**Reacción adversa inesperada:** Reacción de una naturaleza o gravedad inconsistente con la información disponible sobre el medicamento.

**Resiliencia:** Grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes. Se entiende como aprendizaje continuo.

**Responsable:** Que ha de rendir cuentas de una actividad, acción o proceso.

**Resultados negativos asociados a la medicación:** resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos.

**Riesgo:** Probabilidad de que se produzca un incidente.

**Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Seguimiento:** Conjunto de actividades dirigidas a verificar el nivel de ejecución, cumplimiento de metas y objetivos de los programas y proyectos, mediante reportes periódicos a través de los sistemas de información vigentes.

**Seguridad:** Ausencia del peligro

**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.

**SESA:** Secretaría de Salud.

**SESEQ:** Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**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.

**Sistema Nacional de Salud:** Se refiere al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

**SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud.

**Supervisión:** Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática. Se trata de un proceso de observación y asesoría que permite identificar las acciones realizadas en las unidades médicas, comparando lo que se ha efectuado con lo previsto, planeado o programado, detectando aciertos, desviaciones u omisiones, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad a para la mejora continua de la calidad de la atención y seguridad de los pacientes.

**Tipo de incidente:** Término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas.

**Úlceras de presión:** Lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos adyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

**Unidad Médica:** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

**UVEH:** Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

## Bibliografía

- Marco conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1. World Health Organization. 2009 Ene. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2014. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-process\\_01A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-process_01A.pdf)
- Acciones esenciales para la seguridad del paciente, Consejo de Salubridad General.
- Acciones esenciales en seguridad del paciente, Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud.
- Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente. Secretaría de Salud. Dirección de Seguridad del Paciente. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29530/seguridadPaciente\\_05.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29530/seguridadPaciente_05.pdf)
- Estándares para la certificación de clínicas de atención primaria y consulta de especialidades.
- Modelo de seguridad del paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el modelo en Hospitales Edición 2018.
- Guía técnica para el análisis Causa Raíz de eventos adversos en hospitales 2013. Secretaría de Salud. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud.
- Guía de farmacovigilancia para la notificación de EA, SRAM, RAM o cualquier problema de seguridad relacionado con el uso de medicamentos. Secretaría de Salud. COFEPRIS. 2018.
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.
- Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).
- Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2012
- Programa integral de higiene de manos.
- Directorio de red de servicios de salud del Estado de Querétaro. 2019-2020



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
**QUERÉTARO**  
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

**ORGANISMO:** SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO  
**DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.**  
**DOMICILIO:** 16 DE SEPTIEMBRE NO. 51 ORIENTE, COL. CENTRO, SANTIAGO DE QUERÉTARO.  
**ASUNTO:** CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

-----**CERTIFICACIÓN**-----

En la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a 15 quince de Noviembre de 2019 dos mil diecinueve, el que suscribe, **Lic. Raúl Rodríguez Reyes**, Director de Planeación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro. **CERTIFICO.** Que la presente copia compuesta de **41 (cuarenta y un)** fojas útiles, las cuales concuerdan fiel y exactamente con el original, documento que tuve a la vista y con el cual se cotejó, consistente en el Manual Operativo de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente en el primer nivel de atención en Salud. Lo anterior con fundamento en los artículo 11 fracción I, 15 fracción XVI del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ), publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga", el pasado día 30 treinta de enero del año 2015 dos mil quince. -----

-----