

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 1 de 236 |

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 2 de 236 |

AUTORIZA

| INTEGRANTES DE COCASEP | | |
|--|--------------------|-------|
| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
| Dr. Heberto Arboleya Casanova Director General | PRESIDENTE | |
| Mtra. Elvira Adriana López Jacinto. Gestora de Calidad | SECRETARIA TÉCNICA | |
| Dr. Héctor Marino Zavala Sánchez Director de Operaciones | VOCAL | |
| Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo. Directora Médica | VOCAL | |
| Dr. Gustavo Acosta Altamirano Director de Planeación, Enseñanza e Investigación | VOCAL | |
| Dra. Nidia Sánchez Balderas, Responsable de Atención Ambulatoria | VOCAL | |
| Lic. Octavio Olivares Hernández Director de Administración y Finanzas | VOCAL | |
| Lic. María Lucía Moncayo Martínez Subdirector de Atención al Usuario | VOCAL | |
| Cp. C Clarita Gregorio Soriano Aguirre. Responsable de Vinculación y Comunicación | VOCAL | |
| Dr. Lazar Ricardo Romero Olvera. Subdirector de Especialidades Médicas | VOCAL | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 3 de 236 |

| | | |
|---|-------|--|
| Dr. Emmanuel Bermeo Maldonado. Subdirector De Especialidades | VOCAL | |
| Dr. Edna Madai Méndez Hernández. Responsable de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento | VOCAL | |
| Mtra. Bertha Alicia Mancilla Salcedo. Responsable de Coordinación de Servicios de Enfermería | VOCAL | |
| Mtro. Miguel Ángel Córdoba Ávila. Responsable De Atención En Quirófano | VOCAL | |
| Ing. Bernardino Emilio Álvarez Palma. Subdirector Ingeniería Biomédica | VOCAL | |
| Dr. Alfredo Arellano Ramírez. Medico Especialidades Secretario Técnico de Expediente Clínico. | VOCAL | |
| Dr. Alejandro Sassoe González. Responsable de Unidades de Vigilancia Epidemiología | VOCAL | |
| Dra. Karina Barriga Araujo. Responsable de Unidad de Cuidados Intensivos | VOCAL | |
| Dr. Tito Ramírez Lozada. Responsable del Servicio de Ginecología y Obstetricia | VOCAL | |
| EEGSP. María Eugenia Ibarra Cerón | VOCAL | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 4 de 236 |
| Adscrita al área de Calidad | | | |

INDICE

| | |
|---|------------|
| 1.- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE EN AREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DEL HRAEI..... | 13 |
| 2.-PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA EL MANEJO DE INDICACIONES MÉDICAS, NOTIFICACIÓN DE VALORES CRITICOS Y TRANSPASO DE PACIENTES..... | 35 |
| PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI..... | 51 |
| 4.- PROCEDIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS SEGUROS Y CORRECTOS DENTRO DEL QUIRÓFANO Y FUERA DE ÉL..... | 76 |
| 5.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) | 116 |
| 6.- PROCEDIMIENTO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS | 194 |
| 7. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA..... | 213 |
| 8.- PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA (HRAEI)..... | 229 |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 5 de 236 |

I. INTRODUCCIÓN

En la atención de salud es frecuente y continuo que haya un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención, por que en muchas ocasiones interfieren no solo la atención directa del pacientes si no también el sistema disfuncional con lo cual cuentan algunas instituciones de salud considerándose factores externos. Es por esto **que en octubre 2004** se crea La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

El 2 de mayo DE 2007, La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza "**Nueve soluciones para la seguridad del paciente**" a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente.¹

Las MISP se crearon en mayo de 2007 por la OMS como parte de las "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria.

En el 2008 la Joint Commission International integra los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG) dentro de los estándares para acreditar a los hospitales y cuidados ambulatorios.

En septiembre de 2007 la Secretaría de Salud en México suscribió con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Declaración Conjunta en apoyo a la iniciativa del primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Una atención limpia es una atención segura.

En junio de 2008 la World Alliance for Patient Safety de la OMS, en coordinación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) lanzan la campaña "Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas". Que en 2009 da origen a la campaña de "Cirugía Segura Salva Vidas" emitida por SICALIDAD.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 6 de 236 |

En 2011 SICALIDAD mediante la instrucción 327 consideraba 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente dentro de las cuales contempla las MISP como estrategias:

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) considera para el sistema de acreditación, la infraestructura necesaria para higiene de manos, así como la forma específica de identificar al paciente.

En marzo 2015 publicó como parte de su campaña “Está en tus manos”: la higiene de manos en Atención en Ambulancias, higiene de manos en Atención Ambulatoria y las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Es así que dada la importancia y trascendencia de mejorar la seguridad y calidad en la atención a la salud, en México se oficializa en el **Diario Oficial de la Federación con fecha 08/09/2017** el acuerdo que declara la **obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales de Seguridad del paciente.**

Con el objetivo de que el HRAEI mejore los procesos de atención y brinde una atención más segura, se ha elaborado el **Manual de Procedimientos de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente en Entorno Ambulatorio y Hospitalario**, mismos que serán estandarizados con todo el personal que interviene de manera directa e indirecta en la atención del paciente en el HRAEI.

Así mismo el manual de procedimientos se encuentra conformado por los siguientes apartados: propósito del procedimiento, alcance, políticas y/o normas de operación, descripción del procedimiento, diagrama de flujo, documentos de referencia, registros, glosario del procedimiento, cambios de versión en el procedimiento, anexos del procedimiento.

El Manual de Procedimientos no se puede sustituir en ninguna de sus partes sin autorización previa solicitada por escrito en los formatos para tal efecto, las modificaciones serán registradas en el apartado correspondiente.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 7 de 236 |

II. OBJETIVO DEL MANUAL

El presente documento tiene como propósito establecer lineamientos y políticas que permitan estandarizar las acciones esenciales de seguridad del paciente (**AESP**) en el HRAEI, para disminuir al máximo los riesgos que se pueden presentar en la atención con él paciente.

III. MARCO JURÍDICO

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca se encuentra sustentado en el siguiente marco jurídico – normativo

• CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

- Artículo 4º: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución

• LEY GENERAL DE SALUD

- ARTÍCULO 3o. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:
 - I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;
 - II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
 - III. bis. La Protección Social en Salud

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 8 de 236 |

- Artículo 4o. Son autoridades sanitarias:
 - II. El Consejo de Salubridad General; sus disposiciones generales son obligatorias en el país;

 - ARTÍCULO 17. Compete al Consejo de Salubridad General:
 - VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

 - **REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**
 - **Artículo 1.** El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas.

 - **Artículo 9.** El Consejo tendrá las siguientes funciones:
 - V. Rendir opiniones y formular sugerencias al Presidente de la República tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud;
 - VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;

 - **ACUERDOS**
 - ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- DOF: 08/09/2017**
- **EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018**

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 9 de 236 |

2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, prevé la estrategia

2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en la que se incluye como una de sus líneas de acción, la relativa a instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud;

- **PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018**

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; estrategia

2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, se prevén las líneas de acción relativas a impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud;

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

D.O.F. 05-02-1917

Ref. DOF-10-02-2014

LEYES

- Ley General de Salud

D.O.F. 07-02-1984

Ref. D.O.F. 15-01-2014

Fe de erratas D.O.F. 06-IX-1984

Fe de erratas D.O.F. 23-VII-1986

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

D.O.F. 11-06-2002

Ref. D.O.F. 08-06-2013

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small> | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 10 de 236 |

REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 18-02-1985
Ref. D.O.F. 08-06-2012

- Reglamento de la Ley Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo
D.O.F. 21-01-1997

- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-06-2003

DECRETOS

- Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 8-06-2012

ACUERDOS

- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del sistema nacional de salud del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
D.O.F. 08/09/2017

NORMAS

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 11 de 236 |

- 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-SSA1-2016, 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.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, 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.
- 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 la hemodiálisis.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 12 de 236 |

- 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.

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 13 de 236 |

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE EN AREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DEL HRAEI

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 14 de 236 |

1.0 PROPÓSITO:

Establecer la regulación documental en áreas responsables y secuencia de las acciones para Identificar en forma confiable a los pacientes que reciben atención ambulatoria y hospitalaria para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, aplica para todo el personal de la salud, que brinda servicios en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (H.R.A.E.I.) tanto en área hospitalaria como ambulatoria; incluyendo los prestadores de servicios propios y subrogados.

2.2 A nivel externo, como documento guía para la orientación para personal en formación de las diferentes áreas y a los usuarios de los servicios ya sean pacientes, visitantes y/o familiares.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Para identificar correctamente al paciente en el HRAEI se usarán dos datos: **nombre completo, en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombres**, y la fecha de **nacimiento del paciente con números arábigos separados por diagonal en el orden de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (p. ej.: 16/06/2018).**

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 15 de 236 |

3.2 Debe **evitar** utilizar como identificación del paciente la hora de ingreso, diagnóstico y número de cama o habitación.

3.3 El personal de admisión hospitalaria es el responsable de emitir las fichas de identificación y brazaletes con los dos datos para la identificación del paciente, corroborando datos con el paciente o familiar responsable según aplique

3.4 El personal de admisión hospitalaria es responsable del ingresar al paciente en el Sistema Integral de Gestión Hospitalaria y asignar número de expediente

3.5 Al ingreso del paciente debe presentar documento de identificación de el o el tutor cuando así aplique (**credencial de elector, cartilla de servicio militar, pasaporte, acta de nacimiento, clave única de registro de población (CURP), póliza de seguro popular de o certificado de nacido vivo, exceptuando algunos casos por falta de identificación por la urgencia presentada**)

3.6 Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención y registros en general del paciente deben contener nombre completo del paciente y fecha de nacimiento (expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudio de gabinete y laboratorio, registros clínicos de enfermería, registros de trabajo social, registros de farmacia, facturas, bitácoras, muestras de laboratorio y patología)

3.7 Todo paciente al ingreso hospitalario, se identificará con ficha de identificación de paciente y brazaletes con los datos correctos (nombre completo y fecha de nacimiento).

3.8 Los pacientes que acudan a los servicios ambulatorios: hemodiálisis, radioterapia, cirugía ambulatoria, quimioterapia, endoscopia y clínica del dolor se identifican mediante brazaletes de plástico con los datos correctos (nombre completo y fecha de nacimiento).

3.9 Todas las fichas de identificación de cabecera de habitación de los pacientes hospitalizados, deberán contener **nombre completo del paciente, fecha de nacimiento en**

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 16 de 236 |

una proporción de tamaño 2:1 respecto al resto de la información y se registrarán en **negritas**, además se anexarán los siguientes datos: edad, sexo y fecha de ingreso.

3.10 todos los pacientes deben portar brazalete de identificación, (**Anexo No. 1**) y una ficha de identificación. (**Anexo No. 2**) en los cuales se anotarán los dos datos de identificación antes mencionados.

3.11 Salvo en los casos en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se priorizará los cuidados antes de la identificación, en cuanto sea posible el personal de enfermería a cargo del paciente realizará la identificación del paciente.

3.12 A los pacientes que no cuenten con identificación oficial a su ingreso y que su estado de conciencia no permita su correcta identificación, se les asignará un código con los siguientes identificadores

- En 1er Nombre de paciente: **DESCONOCIDO**
- En 2do Nombre: El sexo del paciente **MASCULINO ó FEMENINO** según el caso y folio con cuatro dígitos los primeros dos corresponden al año y los dos siguientes al consecutivo correspondiente (**ejemplo. 1801,1802**)
- En apellido paterno: La instancia o el medio por el que llega al hospital **POLICIA/ BOMBERO/ CRUZ ROJA etc.**
- En apellido materno: Se concluye el punto anterior especificando si corresponde a **MUNICIPAL/IXTAPALUCA etc.**

QUEDANDO DE LA SIGUIENTE MANERA:

Ejemplo. POLICIA MUNICIPAL DESCONOCIDO MASCULINO 1801

3.13 El personal de enfermería debe informar al paciente y familiar sobre la importancia de portar el brazalete de identificación y el no retiro durante toda su estancia hospitalaria.

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 17 de 236 |

3.14 El personal de enfermería a cargo del paciente, colocará la tarjeta de identificación en la cabecera del paciente y en la entrada de la habitación y en el área ambulatoria coloca el brazalete de identificación, corroborando previamente los datos de identificación correcta del paciente.

3.15 El personal de enfermería a cargo del paciente debe colocar el brazalete, en el tercio distal del antebrazo derecho del paciente al momento de su ingreso al servicio. Al no poder colocarlo en la extremidad derecha se rotará al tercio distal del antebrazo izquierdo, posteriormente a los tobillos derecho e izquierdo. En el caso de neonatos y lactantes menores se colocan dos brazaletes, uno en la muñeca derecha y el segundo en el tobillo izquierdo.

3.16 **Para el recién nacido** el personal de enfermería debe colocar inmediatamente después del parto al Recién Nacido (R/N) los 2 brazaletes de identificación, uno en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo, con los siguientes datos:

- Apellidos completos de la madre + R/N + sexo (**ejemplo: Pérez Suarez r/n femenina**)
- Fecha de nacimiento
- Hora de nacimiento;

Confirmando con la madre o con algún familiar los datos del paciente y verificando los datos con el expediente clínico electrónico.

3.17 En caso de que el brazalete se encuentre dañado, maltratado, falta de legibilidad; el jefe de servicio y/o responsable, debe solicitar a auxiliar de admisión su remplazo el cual será colocado por el profesional de enfermería a cargo del paciente, realizando el registro correspondiente en el expediente clínico electrónico.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 18 de 236 |

3.18 El personal de enfermería a cargo del ingreso del paciente registra en el expediente clínico electrónico de enfermería en el rubro de observaciones la fecha y hora en la que se realiza la colocación del mismo, así como los datos de quien realiza la verificación de los identificadores.

3.19 El personal de enfermería a cargo del paciente debe verificar existencia de brazalete de identificación y cuando un procedimiento asistencial requiera el retiro del brazalete, este será recolocado en cuanto termine dicho procedimiento, realizando el registro correspondiente en el expediente clínico electrónico de enfermería

3.20 el personal de enfermería a cargo del paciente deberá retirar la ficha de identificación y el brazalete de identificación del paciente una vez realizado y concluido el proceso de alta hospitalaria.

3.21 El equipo multidisciplinario es responsable de corroborar los dos identificadores (nombre completo y fecha de nacimiento) antes de cualquier atención, intervención o procedimiento, dando prioridad a los siguientes momentos:

1. Antes de la administración de medicamentos
2. Antes de la administración de soluciones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
3. Antes de transfusiones de sangre y hemocomponentes
4. Antes de la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
5. Estudios de gabinete (rayos X, T.A.C, ultrasonido entre otros)
6. Traslados dentro y fuera del hospital
7. Dotación de dietas
8. Terapia de remplazo renal con hemodiálisis
9. Identificación de cadáveres
10. Procedimientos odontológicos

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 19 de 236 |

11. Colocación o retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intravenosos, dispositivos intrauterinos entre otros.)

12. Antes de realizar procedimientos médicos invasivos o quirúrgicos

- Toma de biopsias.
- Procedimientos endoscópicos.
- Colocación o retiro de dispositivos (sondas pleurales, sondas urinarias, sondas gastrointestinales y punción lumbar).
- Colocación de accesos vasculares.

3.22 En caso de los pacientes inconscientes, pediátricos (recién nacido, lactante menor, mayor y preescolar) o con algún tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deberán validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente o corroborar mediante el expediente clínico electrónico del paciente sus datos de identificación.

3.23 Las solicitudes de servicio deben contar con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), además de la fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.

3.24 Las placas radiológicas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento y clave e iniciales del profesional que la realiza.

3.25 El personal de laboratorio y patología deben verificar los datos de la etiqueta de identificación del recipiente de las muestras con los datos de la solicitud, en caso de falla deberá comunicar de inmediato con el médico tratante.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 20 de 236 |

3.26 El personal de enfermería antes de colocar soluciones intravenosas debe corroborar los datos de identificación del paciente, nombre de solución y/o componente, frecuencia de administración, fecha, hora de inicio, término y nombre de quien instalo la solución intravenosa.

3.27 Todos los membretes de soluciones intravenosas deben contener los siguientes datos:

- Nombre completo del paciente,
- Fecha de nacimiento,
- Cama,
- Prescripción (nombre de solución y/o componente)
- Volumen total, fecha de preparación,
- Hora, persona que preparó,
- Hora de inicio,
- Hora de termino,
- Mililitros por hora,
- Gotas por minuto
- Enfermera que instala.

3.28 Todos los membretes de identificación de dispositivos (sondas y catéteres) deben contener:

- Nombre completo del paciente,
- Fecha de nacimiento,
- Fecha y Hora de instalación
- Nombre completo de quien instaló.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 21 de 236 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Actividad | Descripción De La Actividad | Documento o Anexo |
|----------------------|---------------|--|--|
| Auxiliar de admisión | 1 | Llegada de paciente al hospital para recibir atención de urgencia o programada a través de cita o planeación | Identificación oficial u hoja de internamiento |
| Auxiliar de admisión | 2 | ¿Es una urgencia? SI: Recibe atención prioritaria directo en sala de choque, posteriormente se identifica al paciente | Expediente clínico electrónico |
| | 3 | NO: Recibe hoja de internamiento o programación de tratamiento | |
| Auxiliar de admisión | 4 | ¿es un paciente consciente? SI: Recaba datos con acompañante o persona que entrega paciente corroborando nombre y fecha de nacimiento completos | Identificación oficial |
| | 5 | NO: Recaba datos con acompañante o persona que entrega paciente corroborando nombre y fecha de nacimiento completos | Orden de internamiento |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 22 de 236 |

| | | | | |
|----------------------|----|--|----------------------------------|---------|
| Auxiliar de admisión | 6 | Asigna número de expediente e imprime ficha de identificación y/o brazalete, corroborando nombre completo y fecha de nacimiento | Expediente electrónico | clinico |
| | | | Ficha de identificación paciente | de de |
| | | | Brazalete de identificación | de |
| ENFERMERA | 7 | Recibe paciente en servicio correspondiente, con ficha de identificación y/o brazalete corroborando nombre completo del paciente y fecha de nacimiento | Ficha de identificación paciente | de de |
| | | | Brazalete de identificación | de |
| ENFERMERA | 8 | Coloca brazalete al paciente en brazo derecho y ficha de identificación en cabecera, corroborando datos con el paciente, acompañante o persona que entrega | Ficha de identificación paciente | de de |
| | | | Brazalete de identificación | de |
| | 9 | Valora si requiere ó esté prescrito algún estudio diagnóstico, de tratamiento, instalación de sonda, catéter o procedimientos invasivos y generales | Expediente electrónico | clinico |
| | | | Prescripción médica | |
| | 10 | Instala catéter y sonda según corresponda y coloca membrete a soluciones y dispositivos con datos institucionales | Membrete de soluciones | de |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 23 de 236 |

| | | | |
|---|----|---|---|
| MEDICO | 11 | Prescribe estudios o tratamientos, según necesidad por cuadro clínico del paciente | Expediente clinico electronico |
| | | | Solicitud de estudios |
| ENFERMERA | 12 | Prepara físicamente a paciente para estudio o procedimiento, verificando previamente en expediente clínico electrónico y nombre completo del paciente con fecha de nacimiento | Expediente clinico electronico |
| AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | 13 | Recibe paciente, verificando la solicitud de estudio o tratamiento, nombre de paciente y fecha de nacimiento completo | Expediente clinico electronico |
| | | | Solicitud de estudio |
| AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | 14 | Realiza estudios o procedimientos y membreta pieza o estudio, según corresponda y con datos institucionales. | Expediente clinico electronico |
| | | | Membrete para piezas anatomopatologicas |

TERMINA PROCEDIMIENTO

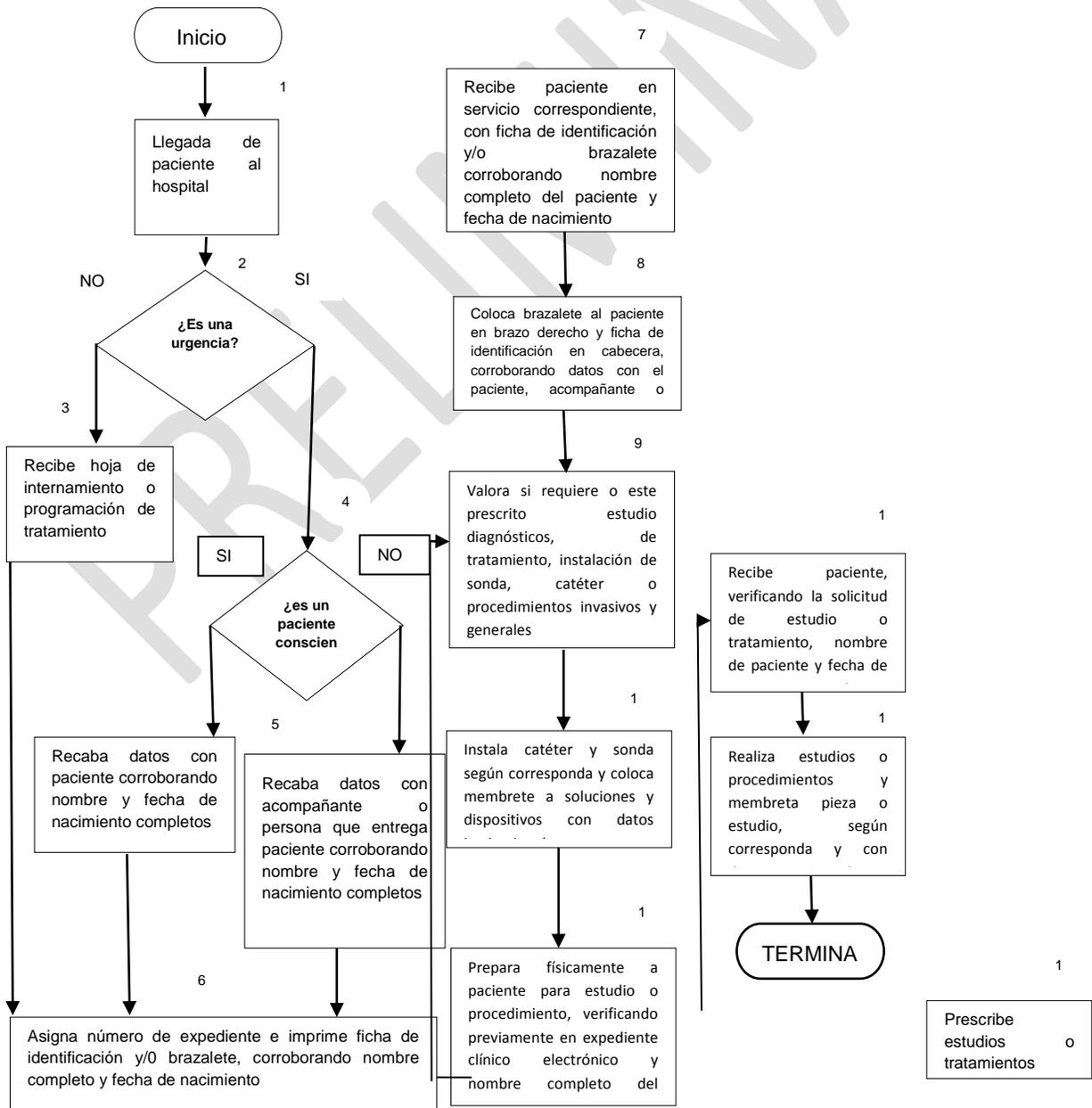
| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 24 de 236 |

5.0 MA DE FLUJO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Auxiliar de admisión

Personal de enfermería

Servicios Médicos
auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento



| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 25 de 236 |



PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 26 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (Cuando Aplique) |
|--|-------------------------|
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No Aplica |
| Lineamientos y Acciones para la Identificación Correcta de Pacientes Hospitalizados, Comisión Permanente de Enfermería, 2011 | No Aplica |
| Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF 08/09/2017 | No Aplica |
| Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaría de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |
| Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad General. | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 27 de 236 |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo De Conservación | Responsable De Conservarlo | Código De Registro O Identificación Única |
|--|--|----------------------------|---|
| Expediente Clínico. | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| Brazalete y ficha de Identificación del paciente | Estancia hospitalaria del paciente | No aplica | No aplica |
| Solicitudes y resultados de estudios auxiliares. | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| Solicitudes de banco de sangre. | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| Membretes de dotación de dietas | Duración de la distribución de dietas. | Personal de la cocina | No aplica |

8.0 GLOSARIO

IDENTIFICADOR: Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en los diferentes documentos del paciente (expediente clínico, toda documentación que requiera datos del paciente), y en los dispositivos de identificación del paciente (brazalete de identificación, membretes). Para el caso del HRAEPY, se ha determinado el uso de dos identificadores, el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente. **Cuidados de enfermería:** Conjunto

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 28 de 236 |

de acciones que se otorgan a los pacientes para el cuidado holístico, fundamentadas en el dominio de lo científico-técnico.

ATENCIÓN MÉDICA: Práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas que permite la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquier enfermedad.

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS: Todo procedimiento en el cual el cuerpo es “invadido” o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

LACTANTE MENOR: Infantes de 28 días hasta los 12 meses

INGRESO HOSPITALARIO: Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del hospital por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida con la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del servicio de urgencias o por consulta externa.

ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO: Documento en el cual se dará la orden al área de Admisión hospitalaria de ingresar a un paciente para hospitalizarlo y asignarle cama en el servicio que el médico tratante indique.

PULSERA O BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN: es una pulsera de diferentes tipos de material resistente al agua u otros fluidos, en la cual se colocan los datos del paciente como: nombre completo, sexo, fecha de nacimiento, fecha de ingreso y el número de cuenta paciente que le asigna el sistema informático como paciente consecutivo.

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 29 de 236 |

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Número De Revisión | Fecha De Actualización | Descripción Del Cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| No aplica | | |

10.0 ANEXOS

**ANEXO No. 1
BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN**



| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 30 de 236 |

PRELIMINAR

ANEXO No. 2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 31 de 236 |

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

EJEMPLO:

NOMBRE DE PACIENTE:

JUAN HERNÁNDEZ PÉREZ

FECHA DE NACIMIENTO:

25/ENERO/2018

EDAD:

GRUPO Y RH:

SERVICIO:

SEXO:

FECHA DE INGRESO

HORA DE INGRESO

NUMERO DE CAMA:

ALERGIAS

MEDICO TRATANTE:

ANEXO No. 3 ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 32 de 236 |

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN MEDICA
"ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO"

NO. EXPEDIENTE: _____
NOMBRE: _____
NIVEL: NIVEL 1
FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/1933
NÚM. ORDEN: 5164499

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN MEDICA
"ORDEN DE INGRESO HOSPITALARIO"

FECHA HOSPITALIZACIÓN: 06/02/2019
HORA: 4:00 PM EDAD: 85 Años (5 Mes(es) 21 Día(s)) CAMA: _____
PROCEDENTE DE: CONSULTA EXTERNA URGENCIAS

FAMILIAR RESPONSABLE: _____ PARENTESCO: SOBRINO(A)

DOMICILIO: PIRULES MZ 38 LT 13 SAN JOSE Chicolapan MEX 5637 0455
Calle y No. Colonia Delegación Municipio Estado Código Postal Teléfono

DIAGNOSTICO DE INGRESO: M160 COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL

COMENTARIOS: _____

MOTIVO DE INTERNAMIENTO: ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: CE ORTOPEDIA ESTANCIA ESTIMADA: _____ DIAS

NOMBRE DEL MÉDICO QUE INDICA LA HOSPITALIZACIÓN: CUAN CONTRERAS MARISOL

FIRMA: _____ CLAVE: AGENDA MEDICAMARISOL C. FECHA DE ELABORACIÓN: 01/02/2019

TRASFERENCIAS INTERHOSPITALARIAS

| DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO | CAMA | FECHA | DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO | CAMA | FECHA |
|---------------------------|------|-------|---------------------------|------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FECHA DE EGRESO: _____ MOTIVO: _____

Original Archivo Clínico 1a. Copia Expediente Clínico 2a. Copia Epidemiología 3a. Copia Relaciones 4a. Tesorería (Cuentas Corrientes)

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO A MAQUINA O CON LETRA MOLDE M-0-24

ANEXO No. 4 SOLICITUD DE ESTUDIO O PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 33 de 236 |

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
SECRETARIA DE SALUD
Area: PROCEDIMIENTOS

Fecha de Impresión: 15/0ctubre/2018 12:58
N2
Página 1 de 1
No. 0510174

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: 11/08/1933
Fecha de Ingreso: _____
Procedencia: GE. ORTOPEDIA
Fecha de Solicitud: 15/10/2018 13:00
Fecha Programada: 15/10/2018 13:31
Nombre del Médico: MARISOL CUAN CONTRERAS
Diagnostico: _____
Cedula: 8070452
Especialidad: ORTOPEDIA

Comentarios:

| Código | Descripción | Observaciones | Cantidad | Unidad |
|--------|---|---------------|----------|--------|
| 073-13 | Artroplastia de cadera (solo procedimiento) | | 1 | SI |

Cto Proced
~~\$3,412.-~~ \$3,247.-
 + \$10,000 por estancia hosp
 = Depósito total
~~\$13,412.-~~ \$13,247.-
 Pago 5 días antes del ingreso en caja por Dico
 Nota: Este costo no incluye material de esterilización

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

Fecha: 15/10/18

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Estudio Social | |
| 2. Pasar a Seguro Popular (cobertura) | |
| 3. Acudir a citas por Cobrar | |
| 4. Donación de Sangre | |

Asesor de Admisión

CARRETERA FEDERAL MEXICO-PUEBLA KM 34.5 IXTAPALUCA ZOQUIAPAN IXTAPALUCA 56530

ANEXO No. 5 MEMBRETE IDENTIFICACION DE PIEZAS ANATOMOPATOLÓGICAS

 SECRETARIA DE SALUD

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha : _____ Folio: _____
 Nombre: _____
 Género: Masculino Edad: _____
 Femenino

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 34 de 236 |

Fecha de nacimiento:

Expediente:

Procedimiento:

Pieza patológica:

Medico:

ANEXO No. 6 PRESCRIPCION MEDICA



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN MÉDICA

Hoja de Evolución y Tratamiento

Carretera Federal México - Puebla Km 34.5 Pueblo de Zoquiapan,

Estado de México. CP 56530



| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|------------|---------------------|-----------------------------|--------|---|
| Nombre del Paciente | SANCHEZ DIAZ SANTIAGO | | No. de expediente | SADS170921HMCNZNA2 | Genero | M |
| Servicio | Cama | Habitación | Fecha de Nacimiento | Edad | | |
| ADMISION CONTINUA | HAADMISION01 | HAADMISION | 21/09/2017 | 1 Año(s) 6 Mes(es) 8 Día(s) | | |
| Fecha de Impresión | 29/03/2019 01:00 PM | | Página 1 De 3 | | | |

DIAGNÓSTICO:

E162 - HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA

INDICACIONES

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE:

29/03/2019 - Peso: 7.6

4. Dieta en azúcares y 200ml de fórmula cada 2 horas por vía oral

ANEXO No. 7 MEMBRETE PARA SOLUCIONES

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 35 de 236 |

2.-PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA EL MANEJO DE INDICACIONES MÉDICAS, NOTIFICACIÓN DE VALORES CRITICOS Y TRANSPASO DE PACIENTES

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 36 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, para reducir los errores relacionados con la indicación médica verbal y/o telefónica, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete mediante el proceso de **ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER-CONFIRMAR-TRANSCRIBIR-CONFIRMAR Y VERIFICAR**.

Reducir los errores durante el traspaso de pacientes, durante enlace de turno o cuando sea referido a otra unidad y a través del sistema SBAR (SAER: situación, antecedentes, evaluación y recomendaciones) para mejorar la seguridad del paciente.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, aplica para para todo el personal de la salud, en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 37 de 236 |

2.2 A nivel externo, Para personal en formación, pacientes y familiares y así como al personal de servicios subrogados que otorga atención.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, LINEAMIENTOS Y NORMAS

3.1 La Dirección General a través de las diferentes Direcciones y Subdirecciones serán los encargados de cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y lineamientos establecidos para llevar a cabo las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente específicamente la “comunicación efectiva”

3.2 Todas las áreas quirúrgicas, hospitalarias, ambulatorios deben contar con una bitácora para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes. Anexo 1

3.3 En las áreas de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete registrará en la bitácora correspondiente, siendo los emisores de la información. Anexo 2

3.4 La utilización de la bitácora debe ser utilizada para el registro de indicaciones médicas verbales o telefónicas y valores críticos de laboratorio, patología y gabinete. Anexo 1

3.5 El personal de salud que realice la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los enlaces de turno o cuando sea referido a otra unidad; deben utilizar exclusivamente la Técnica SAER: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación. **(Anexo No 2)**

3.6 Las bitácoras deben resguardarse en la Central de Enfermería de cada servicio antes mencionado y debe ser entregada turno a turno.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 38 de 236 |

3.7 Las bitácoras de control, deben ser institucionalizadas y contener: fecha y hora de recepción de orden, nombre completo y fecha de nacimiento del paciente, descripción de la indicación, indicación verbal o telefónica, nombre, cargo y firma de la persona que emitió la indicación y la persona que recibió la orden (**Anexo No. 1**)

3.8 El personal médico es responsable de emitir una indicación verbal y/o telefónica solo en caso de urgencia (que ponga en peligro la integridad un órgano, una función o la vida del paciente) o de código azul (paro cardio-cerebro-respiratorio), en cualquiera de los servicios que se requiera.

3.9 Toda indicación, verbal y/o telefónica que reciba el personal de la salud, será registrada oportuna y verazmente en la bitácora destinada para tal fin.

3.10 El médico que emita una indicación verbal y/o telefónica debe firmarla en un plazo no mayor a 24 horas cuando el médico especialista labore entre semana, en turnos especiales debe firmarla no más de 72 horas. En caso de ausencia del médico tratante, el jefe del servicio debe firmar la indicación realizada.

3.11 En el servicio de urgencias el proceso de órdenes verbales y/o telefónicas se realizara solo en paciente que entran directamente a la sala Choque o con código de clasificación de triage en rojo.

3.12 En los servicios de hospitalización y ambulatorios solo se emitirá una indicación verbal y/o telefónica en caso de urgencia (que ponga en peligro la integridad un órgano, una función o la vida del paciente) o de código azul (paro cardio-cerebro-respiratorio), en cualquiera de los servicios que se requiera

3.13 El médico es responsable de colocar en las indicaciones médicas un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 39 de 236 |

dosificación, especialmente que tengan terminación “-ol” se debe mantener un espacio visible entre ese y la dosis, ya que presentarse a confusión con números 01

3.14 Cuando la dosis es número entero, nunca se debe escribir un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej.

correcto 30, incorrecto 30.0)

3.15 Para el caso de resultados de laboratorio con cifras de alerta, requerimientos de nuevas tomas o resultados urgentes, se debe realizar la notificación verbal y /o telefónica de manera inmediata.

3.16 El personal responsable de emitir los resultados de cifras de alerta o resultados urgentes, debe hacerlo directamente con el médico tratante.

3.17 El médico adscrito del Hospital debe elaborar la hoja de referencia y/o contra referencia que contiene:

- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado
- 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.
- Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 40 de 236 |

3.18 El médico adscrito es el responsable de elaborar el egreso del paciente en documentos institucionalizados que contenga:

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

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 41 de 236 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Actividad | Descripción De La Actividad | Documentos Anexos |
|---------------------|---------------|---|----------------------|
| Medico tratante | 1 | Da la indicación verbal o telefónica, identificando al paciente con nombre completo y fecha de nacimiento a la persona receptora para ejecutar acción | |
| Enfermera operativa | 2 | Determina si la información recibida es una urgencia? SI: Escucha atentamente la indicación, y repite en voz alta. | |
| Médico tratante | 3 | Confirma que la información sea correcta | |
| Enfermera operativa | 4 | Transcribe la orden a la bitácora después de haber atendido al paciente | Bitácora de registro |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small> | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 42 de 236 |

| | | | |
|---------------------|---|---|----------------------|
| Enfermera operativa | 5 | Es una urgencia NO: Escucha atentamente la orden y la repite | |
| Enfermera operativa | 6 | Escribe la orden en la bitácora | Bitácora de registro |
| Enfermera operativa | 7 | Lee la orden | |
| Médico tratante | 8 | Confirma que la orden sea la correcta | |
| Enfermera operativa | 9 | Transcribe la indicación de la bitácora al expediente | |
| Médico tratante | 9 | Confirma la indicación y verifica posteriormente que se encuentre en el expediente clínico firmándola en menos de 24 horas (72 horas) | Expediente clínico |

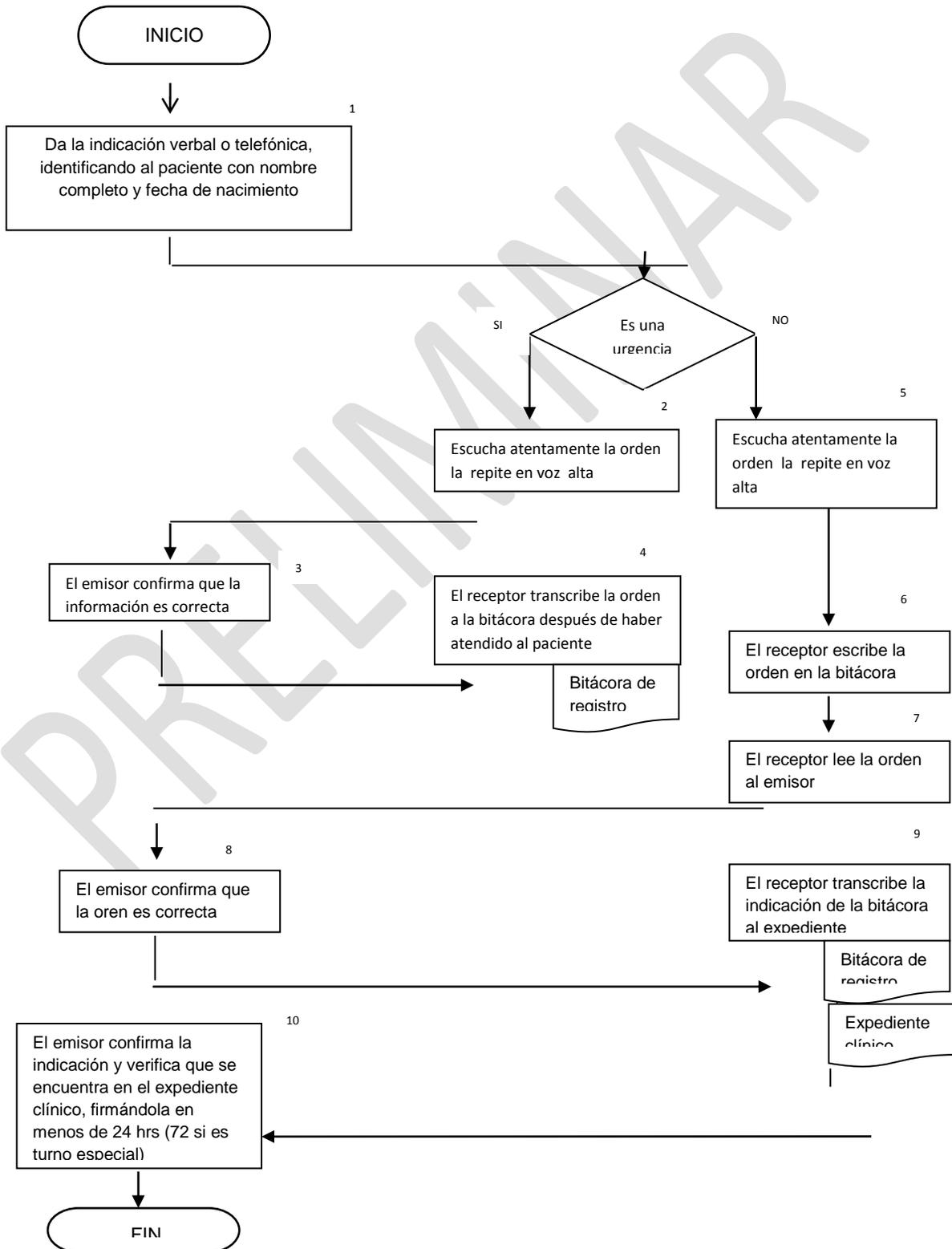
FIN DEL PROCEDIMIENTO

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO PARA EMISIÓN DE INDICACIONES MÉDICAS

Médico tratante (emisor)

Enfermera (receptor)

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 43 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 44 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (Cuando Aplique) |
|--|--------------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | No Aplica |
| 6.2 Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.. | No Aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | Septiembre 2013 |
| 6.4 Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| 6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico | No Aplica |
| 6.8 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”. DOF 08/09/2017 | No Aplica |
| 6.9 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaria de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |
| 6.10 Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 45 de 236 |

General.

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo De Conservación | Responsable De Conservarlo | Código De Registro O Identificación Única |
|-------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.0 Prescripción médica | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| 7.1 Bitácoras | 5 años | | No aplica |

8.0 GLOSARIO

INDICACIÓN MÉDICA VERBAL Y/O TELEFÓNICA: Descripción del tratamiento a seguir con el paciente que otorga el personal médico de forma oral o mediante el uso de un medio de comunicación externo.

EMISOR: Es la persona que genera el mensaje (indicación médica) y lo transmite por medio de un canal al receptor.

RECEPTOR: Es la persona a quien va dirigida el mensaje; realiza el proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta dicho mensaje.

REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA: Es un documento legal donde se plasma toda información sobre la actividad de enfermería referente a la valoración, tratamiento y evolución del paciente.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 46 de 236 |

COMUNICACIÓN EFECTIVA: Es una forma de comunicación, que logra que quien transmite el mensaje lo haga de modo claro y entendible para su interlocutor/es, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas.

SAER: Es una herramienta de jerarquización denominada SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) cuya estructura va a permitir una comunicación eficiente, clara y precisa, va a consolidar la continuidad asistencial y la reducción de muchos de los errores que derivan de una comunicación defectuosa.

EXPEDIENTE CLINICO: Conjunto único de información y Datos Personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (NOM-004-SSA3-2012)D.O.F.

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

10.0 ANEXO

10.1 ANEXO No. 1 BITÁCORA DE INDICACIONES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS EN HOSPITALIZACIÓN

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 47 de 236 |

10.2 ANEXO No. 2 BITÁCORA DE INDICACIONES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS EN LABORATORIO CLÍNICO

10.1 ANEXO No. 1 BITÁCORA DE INDICACIONES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS EN HOSPITALIZACIÓN


 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
 DIRECCIÓN DE OPERACIONES
 AREA DE CALIDAD
REGISTRO DE INFORMES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS


PROCESO DE: ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER-CONFIRMAR-TRANSCRIBIR-CONFIRMAR-VERIFICAR

| Fecha y hora | Nombre del paciente y fecha de nacimiento | Indicación | | Información o indicación otorgada | Nombre, cargo y firma de quien emitió la indicación. | Nombre, cargo y firma de quien recibió la indicación. |
|--------------|---|------------|---|-----------------------------------|--|---|
| | | V | T | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

V: verbal T: telefonica No. Folio:

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 48 de 236 |

10.2 ANEXO No. 2 BITÁCORA DE INDICACIONES VERBALES Y/O TELEFÓNICAS EN


HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
ÁREA DE CALIDAD
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
REGISTRO DE INFORMES VERBALES


PROCESO DE: ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER-CONFIRMAR-TRANSCRIBIR-CONFIRMAR-VERIFICAR

| Fecha y hora | Nombre del paciente y fecha de nacimiento | Informe de: | | | Información otorgada | Nombre, cargo y firma de quien emite la indicación | Nombre, cargo y firma de quien emite la indicación |
|--------------|---|-------------|----|---|----------------------|--|--|
| | | CA | NT | R | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

CA: Cita de alerta; NT: Nueva toma; R: Resultado.

Folio: **C**

LABORATORIO CLÍNICO

10.3 ANEXO No. 2 TÉCNICA SAER

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 49 de 236 |

Técnica SAER: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación

Situación:

- ⊍ El personal de salud debe presentarse por nombre, cargo y lugar de trabajo.
- ⊍ Mencionar el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento como datos de identificación.
- ⊍ Servicio en el que se encuentra.
- ⊍ Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

Antecedentes:

- ⊍ Motivo y fecha de ingreso.
- ⊍ Datos significativos de la historia clínica.
- ⊍ Diagnóstico principal de ingreso.
- ⊍ Procedimientos realizados.
- ⊍ Medicación administrada.
- ⊍ Líquidos administrados.
- ⊍ Alergias.
- ⊍ Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- ⊍ Dispositivos invasivos.
- ⊍ Cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

- ⊍ El personal de salud debe comunicar cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 50 de 236 |

- Dentro de la evaluación se recomienda tomar en cuenta en caso necesario el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son la de riesgo de caídas y de dolor.

Recomendación:

- El personal de salud debe sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención.

Se debe considerar las actividades pendientes por realizar con la atención del paciente.

PREL

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 51 de 236 |

PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 52 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Estandarizar el proceso de medicación segura a través de fortalecer las barreras de seguridad a fin de prevenir errores de medicación.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico, enfermería y estudiantes (residentes y médicos internos)

2.2 A nivel externo, como documento orientador estudiantes y personal de otras instituciones.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, LINEAMIENTOS Y NORMAS

De la adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo

- 3.1 El Centro Integral de Servicios Farmacéuticos (CISFA) es el responsable de la adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo.
- 3.2 El personal de CISFA es responsable del etiquetado de medicamentos de alto riesgo y del resguardo del mismo.
- 3.3 El personal de CISFA es responsable del etiquetado de medicamentos LASA (Nombre parecido o mismo sonido fonético) ejemplo:

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 53 de 236 |

3.4 Los electrolitos concentrados al momento de su adquisición cumplen con lo estipulado para el etiquetado de los mismos de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012

3.5 3.5 En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca se considera medicamentos de alto riesgo los siguientes:

- Electrolitos concentrados
- Quimioterapias
- Radiofármacos
- Insulinas
- Anticoagulantes
- Agentes de contraste IV
- Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)
- Agonistas adrenérgicos IV (ej. adrenalina, dopamina, L-noradrenalina)
- Anestésicos generales inhalados e IV (ej. Ketamina, Propofol)
- Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, propranolol)
- Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, tirofibán)
- Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)
- Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol)
- Antidiabéticos orales (ej. glibenclamida)
- Bloqueantes neuromusculares (ej. rocuronio, vecuronio)
- Citostáticos IV y orales
- Heparina y otros antitrombóticos (ej., antitrombina III, enoxaparina, heparina sódica, fondaparinux)
- Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases ≥ 100 ml (excluyendo botellas)
- Cloruro potásico IV (solución concentrada)
- Cloruro sódico hipertónico ($\geq 0,9\%$)
- Epoprostenol IV
- Fosfato potásico IV
- Insulina SC e IV
- Metotrexato oral (uso no oncológico)
- Nitroprusiato sódico IV

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 54 de 236 |

- Oxitocina IV
- Prometazina IV
- Sulfato de magnesio IV
- Vancomicina
- Medicamentos para vía epidural o intratecal
- Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B)
- Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas presentaciones)
- Sedantes moderados IV (ej. midazolam)
- Soluciones cardiopléjicas
- Sedantes moderados orales para niños (ej. hidrato de cloral)
- Soluciones de glucosa hipertónica ($\geq 20\%$)
- Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)
- Soluciones para nutrición parenteral
- Trombolíticos (ej. alteplasa, drotrecogina alfa, tenecteplasa)

3.6 Los electrolitos concentrados solo se almacenan en los carros de paro debidamente identificados y en los siguientes servicios:

- a) Unidades de Dispensación de Medicamentos
- b) Admisión Continua.
- c) Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
- d) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- e) Quirófano
- f) Cajas de anestesiología

De la prescripción

El médico prescribe los medicamentos en unidades de medida: gramos, miligramos, microgramos, mililitros, UI (unidades internacionales), mili equivalente etc.

3.7 La prescripción médica deberá cumplir:

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 55 de 236 |

- 1) Impreso el nombre y domicilio del establecimiento.
- 2) El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
- 3) Fecha de elaboración.
- 4) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- 5) Nombre genérico del medicamento.
- 6) Dosis y presentación del medicamento.
- 7) Frecuencia y vía de administración.
- 8) Duración del tratamiento.
- 9) Indicaciones completas y claras para su administración.
- 10) No debe tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
- 11) No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

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

- 1) *Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.*
- 2) *Peso del paciente.*
- 3) *Número de expediente.*
- 4) *Servicio que solicita.*
- 5) *Fecha y hora de solicitud.*
- 6) *Componentes de la mezcla.*
- 7) *Glucosa kilo minuto.*
- 8) *Concentración de la mezcla.*
- 9) *Calorías Totales.*
- 10) *Kilocalorías.*
- 11) *Nombre del médico solicitante.*
- 12) *Cédula profesional de quien la solicita.*

De la Validación

3.9 CISFA lleva a cabo la idoneidad de la prescripción médica. En caso de que no sea validada notifica al médico para su corrección o autorización.

De la transcripción

3.10 Sólo aplica para la adquisición de mezclas oncológicas por parte del personal de CISFA a central de mezclas. Cumpliendo con las siguientes medidas de seguridad:

3.11 La solicitud **la realiza el médico con** 24 horas de anticipación

3.12 El personal administrativo transcribe los medicamentos sin modificar la prescripción original.

3.13 El químico asignado a esta actividad realiza la doble verificación

3.14 En caso de duda debe aclararse directamente con el médico tratante o en su caso con el médico responsable de oncología.

De la Preparación

3.15 El personal de CISFA autorizado para preparar los medicamentos lo realiza en el área de preparación de mezclas

3.16 El personal de CISFA preparara, etiqueta los medicamentos preparados con las alertas visuales establecidas y corroborará el surtimiento los medicamentos solicitados durante las 24 horas de acuerdo con las necesidades terapéuticas del paciente y/o los horarios de administración preestablecidos.

3.17 El personal de CISFA realiza la dispensación de los medicamentos en un tiempo no mayor a 30 minutos posteriores a la hora de administración establecida.

HORARIOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR CISFA

| | | | |
|---|---|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERIODICIDAD HORARIOS | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 57 de 236 |

c/6 horas 18:00-00:00-06:00-12:00

c/4 horas 02:00-06:00-10:00-14:00-
18:00-22:00

➤ **Etiqueta Medicamentos Alto Riesgo**



➤ **Etiqueta Medicamentos LASA**



3.18
El
pers
onal

de CISFA responsable de preparar los medicamentos debe rotular los mismo con las alertas visuales establecidas (rojo alto riesgo, azul medicamentos LASA) para la entrega a las áreas con nombre completo, fecha de nacimiento, nombre del medicamento, dosis, caducidad.

3.19 En los casos en donde el personal de enfermería prepara los medicamentos en servicio deberá cumplir con las siguientes medidas mínimas de seguridad: con apego a las recomendaciones de la clínica de terapia intravascular: Alto a las bacteriemias- Tarapia de infusión segura”

a) área destinada para este fin

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 58 de 236 |

b) Higiene de manos

c) Asepsia del área de preparación conforme a las recomendaciones de epidemiología

d) Seguir los 6 correctos

De la dispensación

3.20 El personal de CISFA realiza la doble verificación antes de la entrega al transportista

3.21 El personal de enfermería solicita el **MEDICAMENTO MULTIDOSIS** a CISFA con base en stock mínimo, para los pacientes hospitalizados. Ver procedimiento: “Procedimiento para la dispensación de medicamentos multidosis”

3.22 En caso de evento de RCP, el médico hace la prescripción después de atender la urgencia y el personal de enfermería recibe y resguarda el **MEDICAMENTO** abasteciendo el **carro de paro**.

3.23 Para la solicitud de medicamentos controlados, el médico debe enviar a CISFA, receta de medicamentos controlados, debidamente requisitada para poder ser surtida.

3.24 Para el manejo en sala quirúrgica de los medicamentos anestésicos, el médico responsable y asignado en cada sala quirúrgica, debe recepcionar caja de medicamentos en CISFA y entregar al final de su jornada laboral a la misma unidad.

De la recepción y almacenamiento de los medicamentos

3.25 El jefe de enfermería o responsable de cada servicio realiza la recepción del medicamento en un tiempo no mayor a 30 minutos y verifica con el transportista que los medicamentos correspondan a los prescritos por el personal médico, para poder firmar la orden de recepción, de lo contrario **NO** se aceptarán.

De la administración

3.26 Solo personal médico y de enfermería autorizado en el HRAEI, podrán administrar los medicamentos

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 59 de 236 |

3.27 El personal de salud autorizado para la administración de medicamentos **NO** prepara y/o aplica aquellos medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles

3.28 El personal autorizado para aplicar medicamentos verifica los datos con la indicación médica.

3.29 El personal de salud autorizado antes de administración del medicamento pregunta al paciente la presencia o ausencias de alergias y verifica los datos con el brazalete personal y la ficha de identificación del paciente.

3.30 El personal de salud autorizado antes de administrar los medicamentos debe verificar los 6 correctos con el paciente:

- a. **Paciente correcto**, preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento y verificar que éstos coincidan con los datos señalados en el identificador.
- b. **Medicamento correcto**, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
- c. **Dosis correcta**, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
- d. **Vía correcta**, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
- e. **Horario correcto**, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- f. **Registro correcto** de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, se deben registrar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 60 de 236 |

3.31 Los medicamentos incluyendo **mezclas oncológicas** que por indicación médica se suspende su administración, deben ser entregados a CISFA BAJO EL RUBRO “devolución” en el sistema informático, para su destino final.

3.32 En caso de que se omite administrar un medicamento, debe registrarse en el registro clínico electrónico de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

De los

| LISTA DE MEDICAMENTOS DE ASPECTO PARECIDO Y DE NOMBRE PARECIDO. | | | |
|---|--------------|--------------|-------------|
| (Look alike, sound alike LASA) | | | |
| Medicamentos identificados con pronunciación parecida | | | |
| Bupivacaína | Ropivacaína | | |
| Ceftriaxona | Ceftazidima | Cefotaxima | |
| Daunorubicina- | Doxorubicina | Idarubicina- | Epirubicina |
| Efedrina | Epinefrina | Fenilefrina | |
| Fosamax | Topamax | | |
| Glibenclamida- | Gliclazida | Glimepirida | |
| Hidralazina | Hidroxyzina | | |
| Metamizol | Metronizadol | | |
| Nicapdripino | Nifepidino | Nimodipino | |
| Prenisona | Prendisolona | | |
| Prozac | Proscar | | |

medicamentos con aspecto o nombre parecido

3.33 En los medicamentos con aspecto o nombre parecido Se deberán colocar alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos que hagan evidente la diferencia entre estos medicamentos, por ejemplo: colocar en mayúscula las letras diferentes: DIGOXina DORIXina y se consideran los siguientes:

3.34 En el HRAEI se tienen los siguientes medicamentos de aspecto parecido

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 61 de 236 |

De la notificación inmediata de las reacciones adversas, eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas relacionados con la medicación

3.35 Cuando se presente un evento adverso o reacción medicamentosa por medicamentos debe darse prioridad a la estabilización del paciente y posteriormente seguir el procedimiento de notificación del evento. Ver procedimiento

3.36 Es responsabilidad del personal autorizado para la preparación o administración de medicamentos reportar a CISFA y/o a Calidad de manera directa (vía telefónica ext. 1614) o a través del sistema de Notificación de Incidentes (SINOI). Ver: Manual de Operación del Centro Institucional de Farmacovigilancia.

PR

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 62 de 236 |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO | | Hoja: 63 de 226 |

| Responsable | N° Actividad | Actividad | Documento o Referencia |
|-----------------|--------------|---|--|
| CISFA | 1.0 | Adquiere los medicamentos con la colimetría mencionada en la NOM-072-SSA1-2012 | NOM-072-SSA1-2012 |
| CISFA | 2.0 | Resguarda los medicamentos de alto riesgo en espacios destinados y separados del resto de los medicamentos. | Almacenamiento de medicamentos de alto riesgo |
| CISFA | 3.0 | Etiqueta los medicamentos de alto riesgo , con una alerta visual: Círculo color rojo: Para medicamentos de alto riesgo Círculo color azul: Para medicamentos LASA | Manual de Acciones Esenciales de seguridad del paciente DGCS |
| Médico tratante | 4.0 | Elabora en expediente clínico electrónico la prescripción de medicamentos, soluciones parenterales y mezclas oncológicas para 24 horas o por turno si se ajustó algún medicamento | Prescripción electrónica |
| CISFA | 5.0 | Verifica y realiza idoneidad de la prescripción ¿Se valida? Sí: Continua en actividad 6 No: Continua en actividad... | Procedimientos Normalizado de Operación (...) |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 64 de 236 |

CISFA

prescripción

**DIRECCION
MEDICA**

Modifica indicación médica en expediente clínico electrónico

**MEDICO
TRATANTE**

Sí: Pasa a actividad ...

No: Pasa a actividad ...

**DIRECCION
MEDICA**

Cancela indicación médica en expediente clínico electrónico. Termina

**MEDICO
TRATANTE**

Realiza doble verificación, durante la preparación de medicamentos por lo menos en los siguientes datos:

Prescripción
médica
electrónica

CISFA

6.0

- Identificación correcta del paciente con nombre completo y fecha de nacimiento
- Prescripción médica.
- Dosis correcta
- Vía de administración

Procedimientos
Normalizado de
Operación (...)

ENFERMERIA

7.0

Durante la preparación de medicamentos se lleva a cabo la doble verificación por lo menos en los

Prescripción
médica
electrónica

| | | | |
|---|---|---|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | Procedimientos Normalizados de Operación (...) |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESPECIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 65 de 236 |

Siguientes datos:

- Dosis correcta
- Vía de administración

Pasa: actividad 10

Transportista

8.0

Realiza doble verificación de los medicamentos que recibe de CISFA para ser trasladados y entregados a los servicios correspondientes

Orden de surtido

Traslada los medicamentos a los servicio correspondientes

Entrega los medicamentos a personal de enfermería correspondiente en cada servicio

8.0

Coteja la prescripción médica con el formato de orden de surtido en la recepción de los medicamentos

Prescripción médica electrónica

Orden de surtido

Personal de enfermería

Corroborar que los medicamentos y soluciones parenterales se encuentren en buen estado

Está en buen estado:

SI: firmando de conformidad.

No: No se acepta y se devuelve con el trasportista en el momento

9.0

Resguarda y almacena en la gavetas destinada

N/A

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 66 de 236 |

| | | | |
|---|-------------|---|---|
| Personal de enfermería | 10.0 | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación correcta del paciente. • Dosis correcta • Vía de administración correcta • Medicamento correcto • Fecha de caducidad <p>Documenta en el expediente clínico electrónico de enfermería</p> <p>Se registra la aplicación o cancelación del medicamento en el registro clínico electrónico de enfermería</p> | Administración de medicamentos |
| Personal de enfermería | 11.0 | <p>Si se aplica medicamento o solución = registro</p> <p>No se aplica= devolución a CISFA</p> | Registro clínico electrónico de enfermería |
| CISFA | 12.0 | <p>Realiza la devolución del medicamento o solución parenteral vía Sistema Informático y envía con transportista</p> | Formato de devolución de producto |
| CISFA | 13.0 | <p>Recibe productos devueltos y registra la devolución.</p> | Hoja de devolución de medicamento |
| Personal que identifica efectos adversos relacionados con | 14.0 | <p>Realiza reporte a CISFA y/o a Calidad de manera directa (vía telefónica ext. 1614 o 1184) o a través del sistema de Notificación de Incidentes (SINOI)</p> | Procedimiento de AESP #7 Procedimiento de Farmacovigilanci |

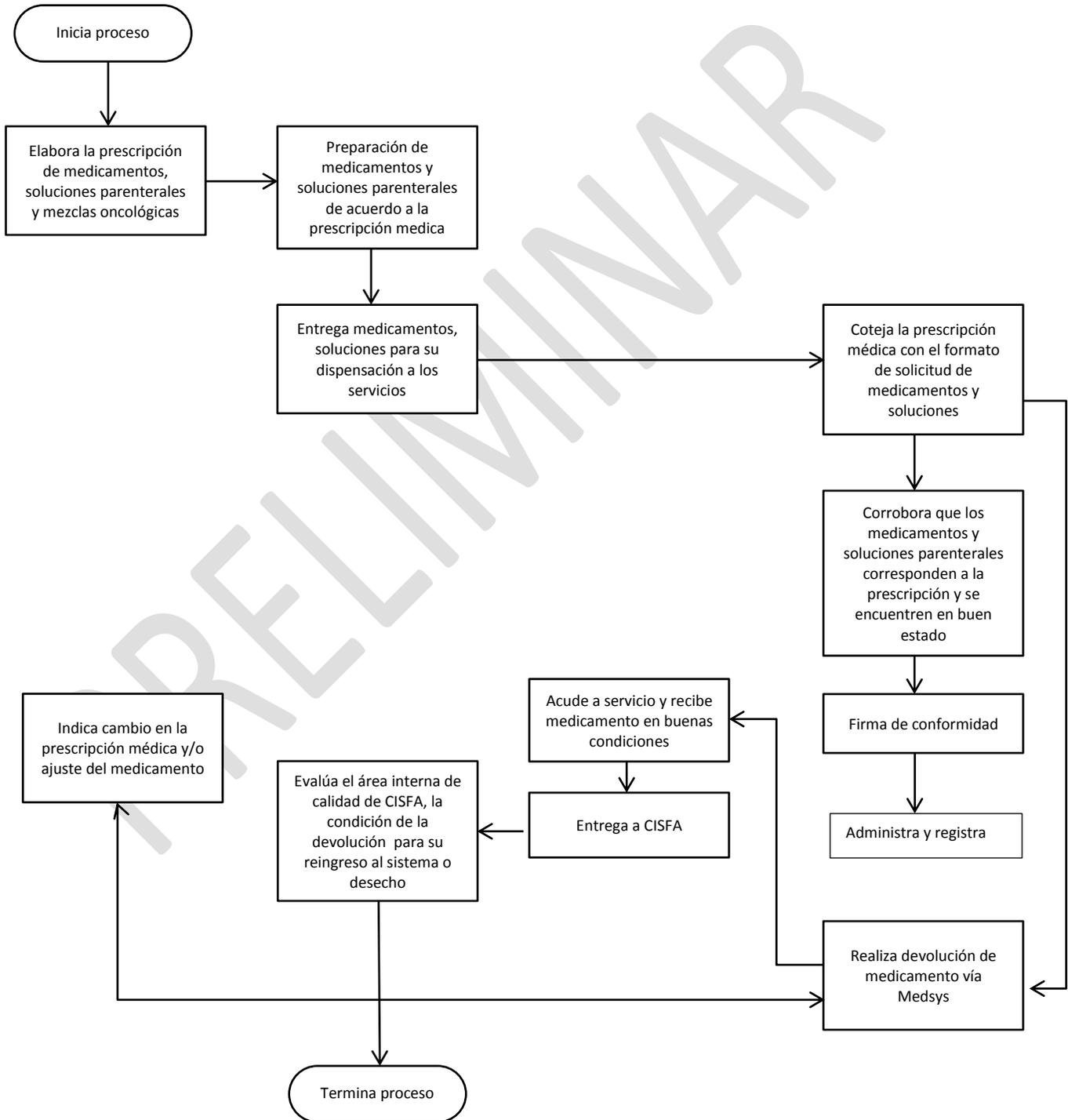
| | | | |
|---------------|---|---|-----------------|
| la medicación | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMI | | a |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 67 de 236 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

| | | | |
|-----------------|-------|---------------|------------------------|
| MEDICO TRATANTE | CISFA | TRANSPORTISTA | PERSONAL DE ENFERMERÍA |
|-----------------|-------|---------------|------------------------|

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 68 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 69 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código |
|--|----------------------|
| Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 06 Sep. 2013 |
| Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Estándares para la Certificación de Hospitales, emitidos por el consejo de salubridad general 2015; Metas internacionales de seguridad del paciente: MISP.1, MISP.2, MISP.3, AOP.1.3, AOP.1.4.1, COP.6, MMU.1, MMU.1.1, MMU.2, MMU.2.2, MMU.3, MMU.3.2, MMU.4, MMU.4.3, MMU.4.4, MMU.5.1 | N/A |
| NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, instalación y operación de la farmacovigilancia. | N/A |
| NORMA Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-1998. Establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. | N/A |
| Contrato Anexo No. 8 y 9, Requerimiento de equipamiento, servicio integral de CISFA intrahospitalaria y central de mezclas | N/A |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 70 de 236 |

Proyecto para prestación de servicios denominado Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo.

N/A

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaría de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017.

No aplica

Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad General.

No aplica

Procedimiento para el registro de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|---|----------------------------|---|
| Indicaciones médicas. | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| Membretes de solución. | Tiempo de administración de la solución | Personal de Enfermería | No aplica |
| Hojas de Registros Clínicos de Enfermería | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |
| Registro de eventos adversos y centinela | 2 años | Subdirección de Enfermería | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 71 de 236 |

8.0 GLOSARIO

colimetría

IDONDEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

VALIDACIÓN DE MEDICAMENTO

MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO

MEDICAMENTOS LASA

CISFA: Establecimiento que se dedica a la distribución de especialidades farmacéuticas incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos.

MEDICAMENTO: Es uno o más fármacos integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

ELECTROLITOS CONCENTRADOS: Son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrólitos primarios son: sodio (Na^+), potasio (K^+), calcio (Ca^{2+}), magnesio (Mg^{2+}), cloruro (Cl^-), hidrógeno fosfato (HPO_4^{2-}) y bicarbonato (HCO_3^-).

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: Aquellos fármacos que conllevan un riesgo de error que puede conducir a resultados adversos importantes.

| | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <p>BOMBA DE INFUSIÓN: Dispositivo electrónico capaz de suministrar, mediante su programación y de manera controlada, una determinada sustancia por vía intravenosa a pacientes que por su condición así lo requieran.</p> <p>PRESCRIPCIÓN MÉDICA: Acto hospitalario y legal, mediante el cual el profesional médico indica un tratamiento incluyendo tipo de medicamento, tiempo y frecuencia de su uso, con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico.</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO</p> |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> | <p>Rev:</p> <p>Hoja: 72 de 236</p> |
|--|--|---|------------------------------------|

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

PRELIMINAR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO

Rev: _____

MEMBRETE DE SOLUCION PARA MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO CENTRADO DE SODIO

MEMBRETE DE SOLUCION PARA MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO GLUCONATO DE CALCIO

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

Hoja: 74 de 236

MEMBRETE DE SOLUCION PARA MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO HEPARINAS

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____

Prescripción: _____

Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____

Preparo: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de termino: _____

m/hrs: _____ gts/min: _____

Enfermera que instala: _____

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
|  <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p> <p>MEMBRETE DE SOLUCION PARA MEMBRANO DIALITO DE ACION CITOTÓXICOS</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> | Rev: |
| | <p>COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> | | |
| | <p>MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO</p> | | Hoja: 75 de 236 |

| | |
|---|---|
| <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> | <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> |
| <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> | <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> |
| <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> | <p>MEMBRETE PARA SOLUCION Y/O INFUSION</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Cama: _____</p> <p>Prescripción: _____</p> <p>Vol. Total _____ Fecha de preparación: _____ Hora: _____</p> <p>Preparo: _____</p> <p>Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____</p> <p>ml/hs: _____ g/ml/min: _____</p> <p>Enfermera que instala: _____</p> |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 76 de 236 |

4.- PROCEDIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS SEGUROS Y CORRECTOS DENTRO DEL QUIRÓFANO Y FUERA DE ÉL.

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 77 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Estandarizar la aplicación del Protocolo Universal a través de la capacitación y correcta ejecución y supervisión de las prácticas de seguridad descritas en el mismo, para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y eventos centinelas, relacionados con la realización incorrecta de procedimientos de alto riesgo dentro y fuera de quirófanos.

Aplicar el **protocolo universal** mediante su implementación, para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y eventos centinelas, relacionados con la realización incorrecta de procedimientos de alto riesgo dentro y fuera de quirófanos.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico y de enfermería que intervienen en procedimientos quirúrgicos, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo, en los pacientes que se atienden en las diferentes áreas del HRAEI; así como también a todos los servicios subrogados.

2.2 A nivel externo, como documento orientador para los ofertantes de servicios subrogados del área quirófano y áreas de procedimientos, como también estudiantes de áreas relacionada con salud o personal de otras instituciones.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Acciones para mejorar las acciones dentro del quirófano

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 78 de 236 |

3.1 En todo procedimiento quirúrgico, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo se deberá llevar a cabo el protocolo universal:

- Marcaje quirúrgico

“Lista de verificación para la seguridad de la cirugía”

3.2 El formato Protocolo Universal, será llenado por la enfermera circulante, en colaboración con el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso (Anexo 10.2).

3.3 El formato de Protocolo Universal deberá ser firmada por el equipo multidisciplinario involucrado (personal médico quirúrgico, de anestesia y de enfermería participantes en el procedimiento, incluyendo al personal de relevo en cambios de turno o por otras situaciones que así lo precisen. Dicho documento será anexado en el Expediente Clínico del Paciente.

3.4 El personal de enfermería del área de quirófano realiza a todo paciente que ingrese al servicio de quirófano el registro preoperatorio.

Del marcaje quirúrgico

3.5 El marcaje quirúrgico se realiza en todo procedimiento quirúrgico e intervencionista en el sitio de la cirugía o región a intervenir. En cirugía oftálmica se marcará la frente del paciente sobre el ojo a intervenir

3.6 El marcaje quirúrgico se realizara cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples, en miembros pares o que exista lateralidad, estructuras múltiples (dedos), niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad y seguridad del paciente (ej: Sonda pleural).

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 79 de 236 |

3.7 El marcaje quirúrgico se realiza sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.

3.8 Al realizarse el marcaje quirúrgico del sitio anatómico debe participar el paciente (si sus condiciones lo permiten), indicando el sitio o región que va a ser intervenida y confirmarlo posterior por el cirujano

3.9 El marcaje quirúrgico del sitio anatómico es realizado por el médico responsable previo al ingreso del paciente al quirófano o área de procedimiento, durante su evaluación preoperatoria y en el área de preoperatorio inmediato

3.10 Sera responsabilidad del médico cirujano que asista el procedimiento quirúrgico realizar el marcado quirúrgico con una señal tipo diana en el sitio quirúrgico, el cual se realiza en el área de preoperatorio inmediato o en la unidad del paciente. Se coloca las iniciales del cirujano.



E.G.R

3.11 El marcaje del sitio quirúrgico del sitio anatómico se realiza con apoyo de un hisopo, utilizando violeta de genciana, azul de metileno o marcador dermatográfico, representado por medio de una señal tipo diana y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano, siendo corroborado en el formato de Protocolo Universal (Anexo 10.2)

3.12 El marcaje quirúrgico solo se realiza de manera documental cuando: el paciente no acepte el marcado en la piel, cuando es técnicamente imposible, procedimientos dentales y en prematuros.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 80 de 236 |

3.13 El médico responsable que realiza un procedimiento invasivo o de alto riesgo, debe marcar el área a intervenir (cuando se amerite) como una medida de seguridad para el paciente.

De la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC)

3.14 El formato de lista de verificación para seguridad del paciente, será llenado para todos los pacientes que se les realice una intervención quirúrgica e intervencionista.

3.15 El formato de lista de verificación para seguridad del paciente, será llenado por la enfermera circulante, en colaboración con el equipo multidisciplinario involucrado,

3.16 Todo paciente que sea sujeto a un procedimiento quirúrgico incluyendo procedimientos invasivos y/o de alto riesgo realizados fuera de quirófano, deberán contar con consentimiento informado.

3.17 Todo paciente que ingrese al servicio de quirófano debe contar con:

- Identificación del paciente con pulsera y ficha de identificación
- Expediente clínico completo
- Consentimiento informado pre quirúrgico (con firmas correspondientes)
- Nota preoperatoria
- Consentimiento informado anestésico
- Valoración pre anestésica
- Consentimiento informado de transfusión sanguínea (si lo amerita)
- Hoja de verificación de procedimiento
- Lista de verificación de cirugía quirúrgica
- Marcador de piel

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 81 de 236 |

A excepción de los pacientes de urgencias que por su complejidad primero está la vida del paciente, y a la brevedad se requisitaran los documentos.

3.18 Las pacientes obstétricas que ingresan del servicio de urgencias deben ingresar a la Unidad Toco quirúrgica con:

- Hoja de triage obstétrica completo con nombre y firma de quien lo realiza.
- Nota de atención de urgencias

Del tiempo fuera para procedimientos fuera del quirófano

3.20 El tiempo fuera se realiza con el objetivo de llevar acabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y el sitio correcto.

3.21 El tiempo fuera se realiza en las siguientes intervenciones:

1. En terapia de remplazo renal con hemodiálisis (Anexo) con las siguientes variables procedimiento, **paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo valoración del acceso vascular.**
2. Transfusión de sangre y hemocomponentes (Anexo) con las variables de **paciente correcto, acceso vascular, grupo Rh y hemocomponentes correctos.**
3. Radioterapia con las siguientes variables pacientes, **procedimiento, sitio y dosis correcta.**
4. Toma de biopsia: **paciente correcto, sitio correcto**
5. Colocación y retiro de dispositivos como catéteres para hemodiálisis con las siguientes variables : **paciente correcto, procedimiento correcto y , sitio correcto**

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| | | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Rev: |
|  2019 | 6. | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Estudios de gabinete que requieren medios de contraste con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto | correcto |
| 7. | Colocación y manejo de accesos vasculares | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto. | Hoja: 82 de 236 |
| 8. | Urología | con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto | correcto |

9. Litotricia extracorpórea por onda de choque con las siguientes variables : **paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto**
10. **Punciones de medula ósea paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto**
11. Quimioterapia con las siguientes variables **paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto**
12. Procedimientos endoscópicos **con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto**
13. Fotocuagulación **con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto**
14. Amniocentesis **con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto**

4.0 PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|---|--|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD | | |
| Responsable | N° | Descripción De La Actividad | Documento de Referencia |
| | | DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | Procedimiento Hoja 63 de Seguridad del paciente 1 |
| Responsable de los | | Identifica correctamente al paciente | Identificación correcta del paciente |

**Servicios de Enfermería
Personal de Enfermería**

2.0 Confirma que estén disponibles todos los documentos, imágenes, hemoderivados y estudios relevantes.

**Dirección Medica
Personal Médico
responsable del paciente**

3.0 Realiza marcaje quirúrgico de acuerdo a las política del 3.5 al 3.13 de este procedimiento.

Marcaje quirúrgico

Confirma previo a la inducción anestésica ante el paciente consciente y el equipo quirúrgico los siguientes datos:

**Responsable de los
Servicios de Enfermería
Personal de Enfermería**

4.0

- Datos de identificación del paciente
- El procedimiento a realizar
- La disponibilidad de documentos, hemocomponentes y estudios relevantes
- La presencia y funcionamiento correcto de los equipos y/o dispositivos médicos
- Marcado del sitio anatómico
- Alergias.
- Riesgo de hemorragia

Antes de la inducción de la anestesia

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 84 de 236 |

¿Los datos son correctos?
 Si: Continúa a la actividad 6
 No: Pasa a actividad 2
 Verifica inmediatamente antes de inicio del procedimiento tanto

quirúrgico como procedimientos invasivos fuera de quirófano y de alto de riesgo:

Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería

5.0

- El sitio anatómico.
- El procedimiento correcto.
- El paciente correcto.

Tiempo fuera

Verifica en conjunto con anesthesiólogo y enfermería como mínimo que el paciente antes de salir de sala quirúrgica o de intervenciones:

6.0

Dirección Médica Personal Médico

- El procedimiento realizado
- El recuento de gasas, agujas e instrumental
- La identificación y etiquetado de muestras biológicas, si fuese necesario
- Problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos

¿Lo anterior es correcto?

Sí: continúa a actividad 7

No: Pasa a actividad 6

| | | | |
|---|--|---|------|
| Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería (Circulante) | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | |

Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería

8.0

Notifica a enfermera circulante los principales aspectos de la recuperación postoperatoria, el plan de tratamiento y los riesgos del paciente

Salida del paciente a quirófano

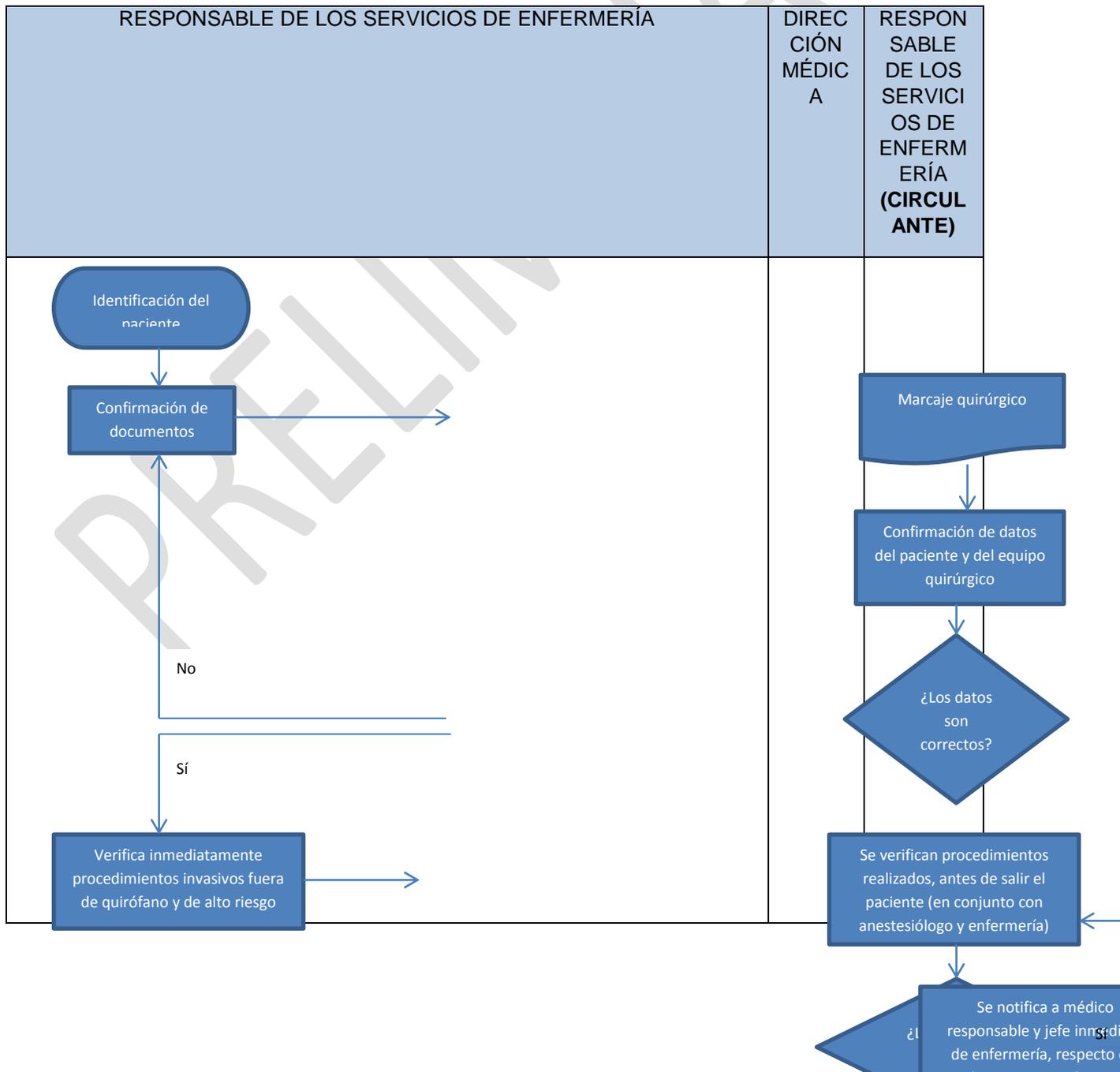
Hoja: 85 de 236

TERMINA PROCEDIMIENTO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 86 de 236 |

DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 87 de 236 |

| | |
|---|--|
| <div data-bbox="292 655 613 835" style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px;"> <p>Notifica a enfermería circulante de los principales aspectos de recuperación postoperatoria, plan de tratamiento y los riesgos del</p> </div> <div data-bbox="276 840 1112 928" style="background-color: red; color: black; padding: 2px;"> <p>4.- PROCEDIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS SEGUROS Y CORRECTOS DENTRO DEL QUIRÓFANO Y FUERA DE ÉL.</p> </div> | |
|---|--|

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 88 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Estandarizar la aplicación del Protocolo Universal a través de la capacitación y correcta ejecución y supervisión de las prácticas de seguridad descritas en el mismo, para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y eventos centinelas, relacionados con la realización incorrecta de procedimientos de alto riesgo dentro y fuera de quirófanos.

Aplicar el protocolo universal mediante su implementación, para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y eventos centinelas, relacionados con la realización incorrecta de procedimientos de alto riesgo dentro y fuera de quirófanos.

2.0 ALCANCE

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 89 de 236 |

| | |
|---|--|
| <p>2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico y de enfermería que intervienen en procedimientos quirúrgicos, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo, en los pacientes que se atienden en las diferentes áreas del HRAEI; así como también a todos los servicios subrogados.</p> <p>2.2 A nivel externo, como documento orientador para los ofertantes de servicios subrogados del área quirófano y áreas de procedimientos, como también estudiantes de áreas relacionada con salud o personal de otras instituciones.</p> <p>3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS</p> <p><u>Acciones para mejorar las acciones dentro del quirófano</u></p> <p>3.1 En todo procedimiento quirúrgico, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo se deberá llevar a cabo el protocolo universal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcaje quirúrgico <p>“Lista de verificación para la seguridad de la cirugía”</p> <p>3.2 El formato Protocolo Universal, será llenado por la enfermera circulante, en colaboración con el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso (Anexo 10.2).</p> <p>3.3 El formato de Protocolo Universal deberá ser firmada por el equipo</p> | |
|---|--|

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 90 de 236 |

| | |
|--|--|
| <p>multidisciplinario involucrado (personal médico quirúrgico, de anestesia y de enfermería participantes en el procedimiento, incluyendo al personal de relevo en cambios de turno o por otras situaciones que así lo precisen. Dicho documento será anexado en el Expediente Clínico del Paciente.</p> <p>3.4 El personal de enfermería del área de quirófano realiza a todo paciente que ingrese al servicio de quirófano el registro preoperatorio.</p> <p><u>Del marcaje quirúrgico</u></p> <p>3.5 El marcaje quirúrgico se realiza en todo procedimiento quirúrgico e intervencionista en el sitio de la cirugía o región a intervenir. En cirugía oftálmica se marcará la frente del paciente sobre el ojo a intervenir</p> <p>3.6 El marcaje quirúrgico se realizara cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples, en miembros pares o que exista lateralidad, estructuras múltiples (dedos), niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad y seguridad del paciente (ej: Sonda pleural).</p> <p>3.7 El marcaje quirúrgico se realiza sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.</p> <p>3.8 Al realizarse el marcaje quirúrgico del sitio anatómico debe</p> | |
|--|--|

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 91 de 236 |

| | |
|--|--|
| <p>participar el paciente (si sus condiciones lo permiten), indicando el sitio o región que va a ser intervenida y confirmarlo posterior por el cirujano</p> <p>3.9 El marcaje quirúrgico del sitio anatómico es realizado por el médico responsable previo al ingreso del paciente al quirófano o área de procedimiento, durante su evaluación preoperatoria y en el área de preoperatorio inmediato</p> <p>3.10 Sera responsabilidad del médico cirujano que asista el procedimiento quirúrgico realizar el marcado quirúrgico con una señal tipo diana en el sitio quirúrgico, el cual se realiza en el área de preoperatorio inmediato o en la unidad del paciente. Se coloca las iniciales del cirujano.</p> <div style="text-align: center;">  <p>E.G.R</p> </div> <p>3.11 El marcaje del sitio quirúrgico del sitio anatómico se realiza con apoyo de un hisopo, utilizando violeta de genciana, azul de metileno o marcador dermográfico, representado por medio de una señal tipo diana y fuera del circulo mayor las iniciales del cirujano, siendo corroborado en el formato de Protocolo Universal (Anexo 10.2)</p> | |
|--|--|

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 92 de 236 |

| | |
|---|--|
| <p>3.12 El marcaje quirúrgico solo se realiza de manera documental cuando: el paciente no acepte el marcado en la piel, cuando es técnicamente imposible, procedimientos dentales y en prematuros.</p> <p>3.13 El médico responsable que realiza un procedimiento invasivo o de alto riesgo, debe marcar el área a intervenir (cuando se amerite) como una medida de seguridad para el paciente.</p> <p><u><i>De la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC)</i></u></p> <p>3.14 El formato de lista de verificación para seguridad del paciente, será llenado para todos los pacientes que se les realice una intervención quirúrgica e intervencionista.</p> <p>3.15 El formato de lista de verificación para seguridad del paciente, será llenado por la enfermera circulante, en colaboración con el equipo multidisciplinario involucrado,</p> <p>3.16 Todo paciente que sea sujeto a un procedimiento quirúrgico incluyendo procedimientos invasivos y/o de alto riesgo realizados fuera de quirófano, deberán contar con consentimiento informado.</p> <p>3.17 Todo paciente que ingrese al servicio de quirófano debe contar con:</p> | |
|---|--|

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 93 de 236 |

- Identificación del paciente con pulsera y ficha de identificación
- Expediente clínico completo
- Consentimiento informado pre quirúrgico (con firmas correspondientes)
- Nota preoperatoria
- Consentimiento informado anestésico
- Valoración pre anestésica
- Consentimiento informado de transfusión sanguínea (si lo amerita)
- Hoja de verificación de procedimiento
- Lista de verificación de cirugía quirúrgica
- Marcador de piel

A excepción de los pacientes de urgencias que por su complejidad primero está la vida del paciente, y a la brevedad se requisitaran los documentos.

3.18 Las pacientes obstétricas que ingresan del servicio de urgencias deben ingresar a la Unidad Toco quirúrgica con:

- Hoja de triage obstétrica completo con nombre y firma de quien lo realiza.
- Nota de atención de urgencias

Del tiempo fuera para procedimientos fuera del quirófano

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 94 de 236 |

3.20 El tiempo fuera se realiza con el objetivo de llevar acabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y el sitio correcto.

3.21 El tiempo fuera se realiza en las siguientes intervenciones:

15. En terapia de remplazo renal con hemodiálisis (Anexo) con las siguientes variables procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo valoración del acceso vascular.
16. Transfusión de sangre y hemocomponentes (Anexo) con las variables de paciente correcto, acceso vascular, grupo Rh y hemocomponentes correctos.
17. Radioterapia con las siguientes variables pacientes, procedimiento, sitio y dosis correcta.
18. Toma de biopsia: paciente correcto, sitio correcto
19. Colocación y retiro de dispositivos como catéteres para hemodiálisis con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto y , sitio correcto
20. Estudios de gabinete que requieren medios de contraste con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 95 de 236 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. | <p>Colocación y manejo de accesos vasculares con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto.</p> <p>Urología con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto</p> <p>Litotricia extracorpórea por onda de choque con las siguientes variables : paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto</p> <p>Punciones de medula ósea paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto</p> <p>Quimioterapia con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto</p> <p>Procedimientos endoscópicos con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto</p> <p>Fotocoagulación con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto</p> <p>Amniocentesis con las siguientes variables paciente correcto, procedimiento correcto</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 96 de 236 |

4.0 PROCEDIMIENTO

| Responsable | N° Actividad | Descripción De La Actividad |
|--|-----------------|--|
| Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería | 1.0 | Identifica correctamente al paciente |
| Dirección Medica Personal Médico | 2.0 | Confirma que estén disponibles los documentos, imágenes, hemoderivados y estudios relevantes |
| responsable del paciente | 3.0 | Realiza marcaje quirúrgico de acuerdo a las políticas del 3.5 de este procedimiento. |
| Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería | 4.0 | Confirma previo a la inducción anestésica ante el paciente con el equipo quirúrgico los signos vitales |

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 97 de 236 |

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del paciente • El procedimiento a realizar • La disponibilidad de documentos, hemocomponentes y estudios relevantes • La presencia y funcionamiento correcto de los equipos y/o dispositivos médicos • Marcado del sitio anatómico • Alergias. • Riesgo de hemorragia <p>¿Los datos son correctos?</p> <p>Si: Continúa a la actividad 5</p> <p>No: Regresa a actividad 2</p> | |
|--|--|

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 98 de 236 |

| | | |
|--|---|---------------------|
| Responsable de los Servicios de Enfermería Personal de Enfermería | <p>Verifica inmediatamente antes del inicio del procedimiento tanto quirúrgico como procedimientos invasivos fuera de quirófano y de alto de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sitio anatómico. • El procedimiento correcto. • El paciente correcto. | Tiempo fuera |
| 5.0 | | |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 99 de 236 |

| | | | |
|--|-------------------|--|---|
| <p>Dirección Médica</p> <p>Personal Médico</p> | <p>6.0</p> | <p>Verifica en conjunto con anestesiólogo y enfermería como mínimo que el paciente antes de salir de sala quirúrgica o de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento realizado • El recuento de gases, agujas e instrumental • La identificación y etiquetado de muestras biológicas, si fuese necesario • Problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos <p>¿Lo anterior es correcto?</p> <p>Sí: continua a actividad 7</p> <p>No: Pasa a actividad 6</p> | |
| <p>Responsable de los Servicios de Enfermería</p> <p>Personal de Enfermería (Circulante)</p> | <p>7.0</p> | <p>Notifica a médico responsable de paciente y jefe inmediato de enfermería el incidente presentado para el reporte, análisis y resolución del problema.</p> | |
| <p>Responsable de los Servicios de Enfermería</p> | <p>8.0</p> | <p>Notifica a enfermera circulante los principales aspectos de la</p> | <p>Salida del paciente a quirófano</p> |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 100 de 236 |

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Personal de Enfermería | recuperación postoperatoria, de tratamiento y los riesgos del paciente | | |
| TERMINA PROCEDIMIENTO | | | |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 101 de 236 |

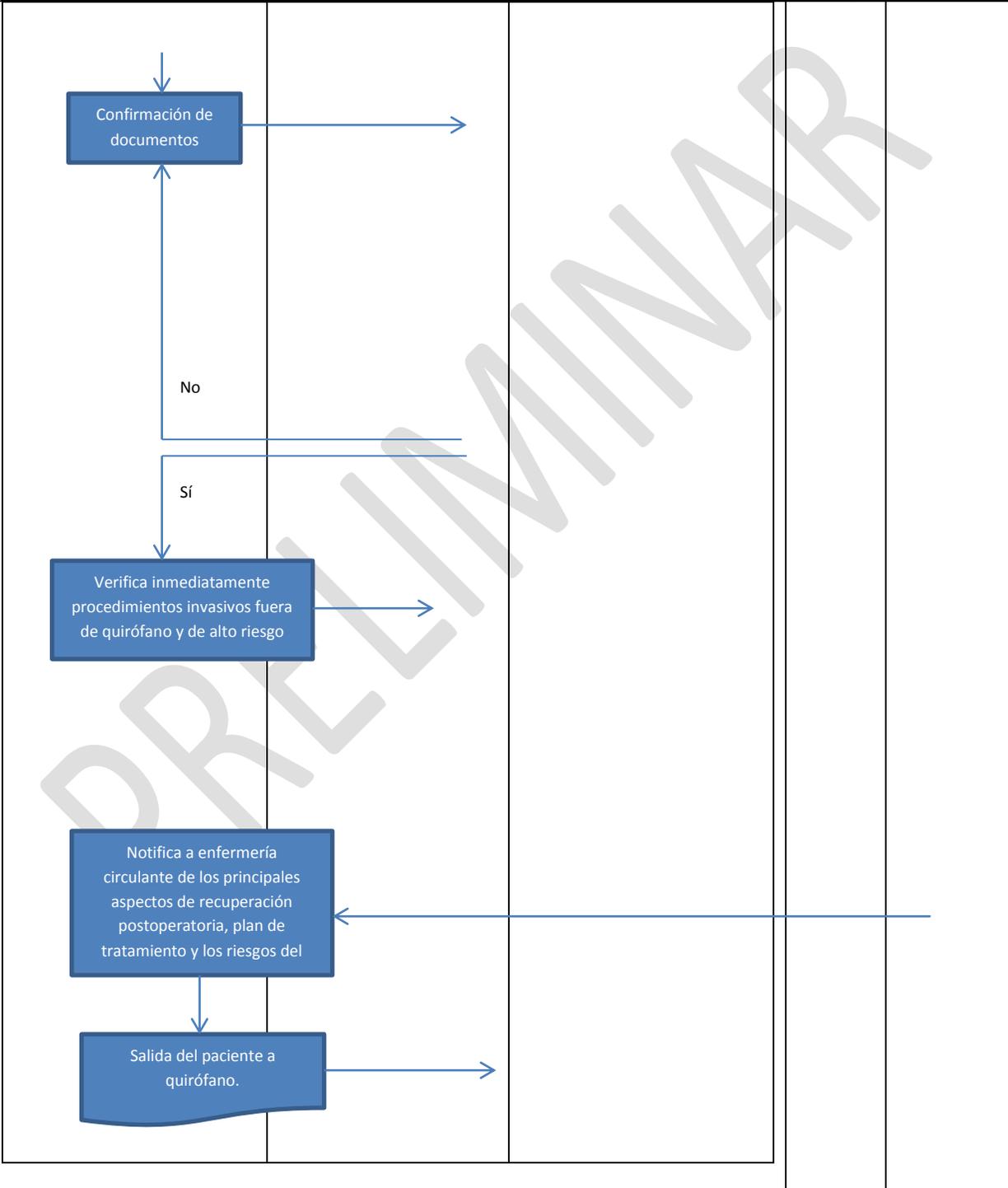
PRELIMINAR

DIAGRAMA DE FLUGO

| | | |
|--|------------------|--|
| RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA | DIRECCIÓN MÉDICA | RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA (CIRCULANTE) |
| | | |

Identificación del
paciente

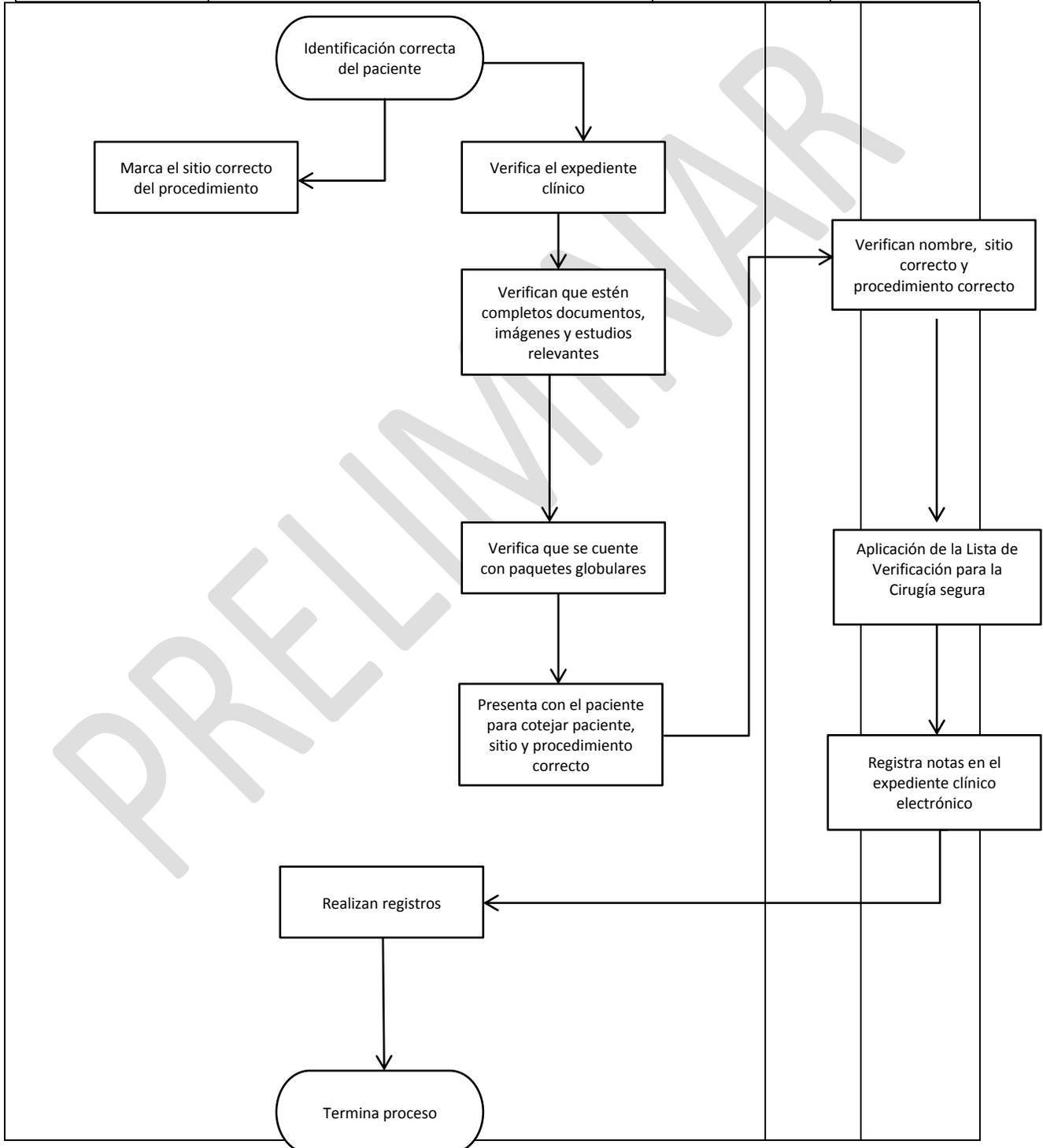
Marcaje quirúrgico



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 103 de 236 |

| | | | |
|-----------------------|--|-------------------------------|--|
| 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO | | | |
| MÉDICO | | PERSONAL DE ENFERMERÍA | |

PRELIMINAR



| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 105 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos |
|--|
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. |
| Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud. |
| Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General: Estándares para implementar el modelo de hospitales. 2015, Tercera edición. |
| Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2017. |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo |
|--|------------------------|----------------------------|
| Formato de Protocolo Universal | 5 años | Archivo clínico |
| Registro clínico de enfermería de hemodiálisis | 5 años | Archivo clínico |
| Hoja de Registro de Transfusión | 5 años | Archivo clínico |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 106 de 236 |

| | | | | | |
|--|--------|-----------------|--|--|--|
| Formato de Protocolo Universal | 5 años | Archivo clínico | | | |
| Registro clínico de enfermería de hemodiálisis | 5 años | Archivo clínico | | | |

8.0 GLOSARIO

MARCAJE DEL SITIO ANATÓMICO: Es una marca inequívoca con tinta indeleble sobre la piel del paciente (señal tipo diana y por fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano), delimitando la región donde se realizará la cirugía programada.

TIEMPO FUERA: Momento justo antes de realizar una cirugía u otro procedimiento, durante la cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que no hayan sido respondidas o las confusiones respecto al paciente, al procedimiento o al sitio de la operación. Incluso cuando el procedimiento lo realice una sola persona, es adecuado hacer una breve pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, del procedimiento correcto y del lugar del cuerpo correcto.

HEMOCOMPONENTES: los productos obtenidos de algunos componentes sanguíneos, especialmente el plasma, mediante procesos fisicoquímicos o biológicos, para aplicación terapéutica, diagnóstica, preventiva o en investigación.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 107 de 236 |

TERAPIA DE REPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS: procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físicoquímico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.

ACCESO VASCULAR: Al abordaje de una vena a través de la punción de la misma.

INCISIÓN: es el procedimiento inicial de todo procedimiento quirúrgico. Es toda aquella solución de continuidad de la piel y/o mucosas y tejidos subyacentes provocada por el cirujano, con el fin de acceder a cualquier territorio del organismo.

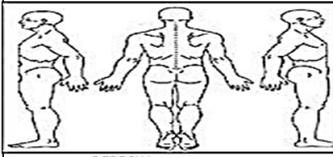
9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del |
|----------|---------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 108 de 236 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>10.0 ANEXOS:</p> <p>ANEXO NO. 1 REGISTRO PRE-OPERATORIO</p> <p>ANEXO NO. 2 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA</p> <p>ANEXO NO. 3 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA PROCEDIMIENTOS SEGUROS</p> <p>ANEXO NO. 4 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA PARTO Y CESAREA</p> <p>ANEXO NO. 5 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA COLOCACION DE CATETER PICC</p> <p>ANEXO NO. 6 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA TRANSFUSION SANGUINEA</p> | | |
|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 109 de 236 |

| | | | | | | |
|---|-----------------|--|---------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA SUBDIRECCION DE ENFERMERIA REGISTRO PREOPERATORIO | | FECHA <input type="text"/> | | |
| DATOS GENERALES DEL PACIENTE | | | | | | |
| Nombre del Paciente: | | | | | N° Expediente | |
| Genero | Masc | Fem | Edad: | Fecha de Nacimiento : | | |
| Especialidad | | Cama : | Diagnóstico : | | | |
| Peso : | Talla: | Grupo y Rh : | | Religión : | | |
| Cirujano: | | Anestesiologo : | | Cirugía programada : | | |
| REQUISITOS PREOPERATORIOS | | | | | | |
| Hábitus Exterior | Hospitalización | | Preoperatorio | | Conformación del expediente Clínico | Hospitaliza |
| | SI | NO | SI | NO | | |
| Prótesis (lentes de contacto, aparato auditivo, placa dentaria, etc) | | | | | Consentimiento inf. Quirúrgico | |
| Maquillaje y esmalte | | | | | Nota preoperatoria | |
| Tatuajes, Cicatrices, perforaciones | | | | | Valoración preanestésica | |
| Alergias ¿Cuál? | | | | | Consentimiento inf. Anestésico | |
| Hora de ultima evacuación | | | | | Autorización de transfusión | |
| Hora de ultima micción | | | | | Hoja de cirugía segura | |
| Tiempo de ayuno | | | | | Exámenes de laboratorio | |
| | | | | | Exámenes de gabinete | |
| SEGURIDAD QUIRÚRGICA | | | | | | |
| CRITERIOS | | | | | Hospitaliza | |
| | | | | | SI | |
| Al paciente se le pregunto su nombre completo (Identificador # 1) | | | | | | |
| Al paciente se le pregunto su fecha de nacimiento (Identificador # 2) | | | | | | |
| La identificación concuerda con los datos de la pulsera (Identificador # 3) | | | | | | |
| Paciente menciona procedimiento, lado y señala sitio a intervenir. | | | | | | |
| El consentimiento informado describe el procedimiento, sitio de la cirugía, lateralidad, concordando con lo que refiere el paciente. | | | | | | |
| Los datos expuestos en la nota prequirúrgica son consistentes con lo expresado con el paciente. | | | | | | |
| Los datos expuestos en la nota de valoración de enfermería son consistentes con lo expresado con el paciente. | | | | | | |
| Se expresan estudios de laboratorio principales (BH, TP, TPT, etc.) y estudios de gabinete básicos (EKG, TAC, RX, Resonancia magnética, etc.) | | | | | | |
| El sitio quirúrgico esta marcado por el personal médico (SI APLICA) | | | | | | |
| Los implantes, Protesis , Material de osteosintesis, etc, estan disponibles (SI PROCEDE) | | | | | | |
| El equipo especial esta disponible (SI PROCEDE) | | | | | | |
| Se completo la Seguridad quirúrgica antes del ingreso a sala | | | | | | |
| SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS | | | | | | |
| Antihipertensivo: | | | | | | |
| Anticoagulante: (Enoxaparina, aspirina, Clopidroguel) (50) | | | | | | |
| Otros: | | | | | | |
| MARCAJE DOCUMENTO | | | | | | |
|  | | | | | | |
| DERECHA | | | | | | |
| Enfermera que entrega | | | | | | |
| Nombre | | | | | | |
| Cédula | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| Enfermera que recibe | | | | | | |
| Nombre | | | | | | |
| Cédula | | | | | | |
| Firma | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 110 de 236 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

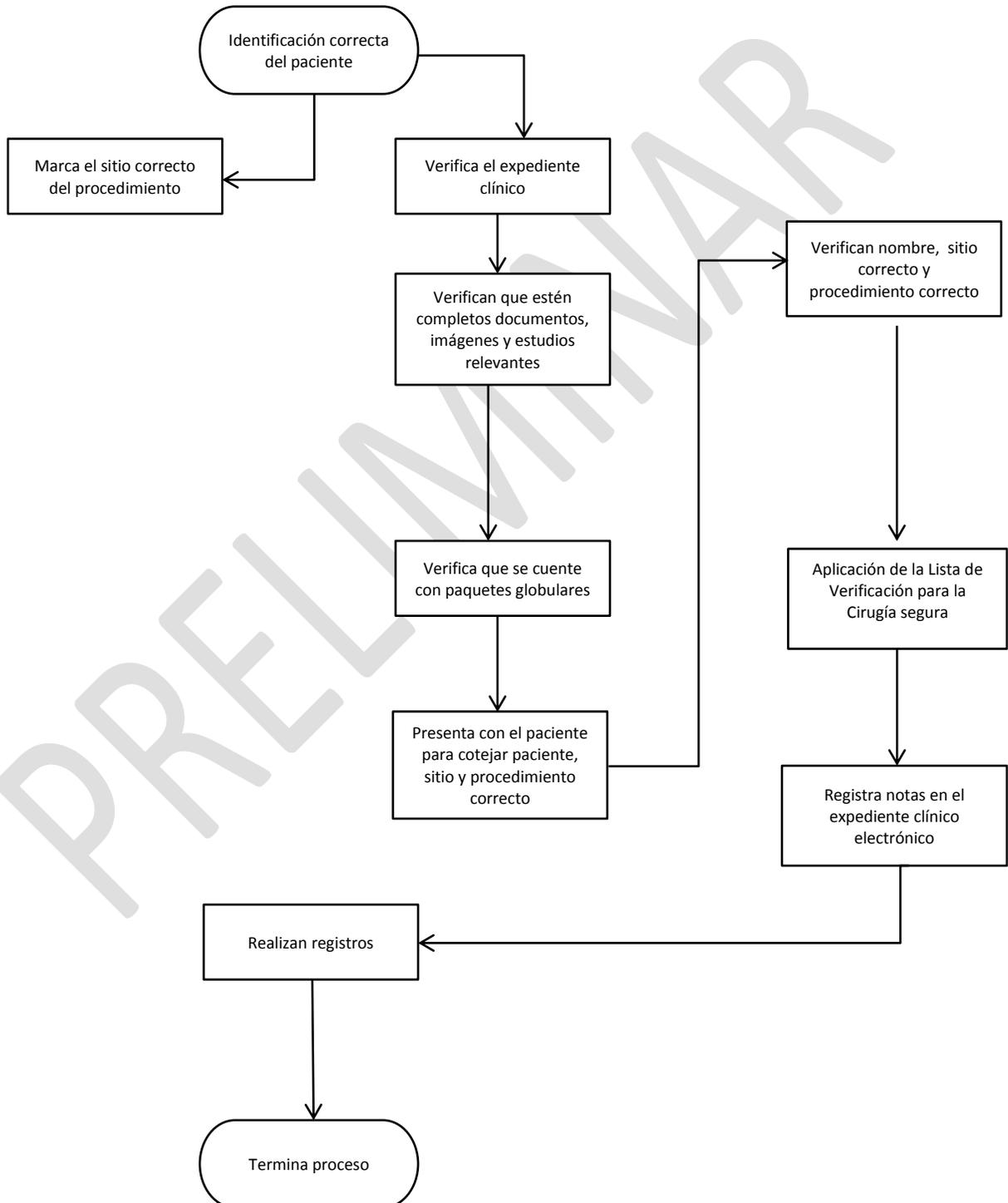
MÉDICO

PERSONAL DE ENFERMERÍA

EQUIPO QUIRÚRGICO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 111 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 112 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código |
|---|--------------------------|
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 1-07-04 20-07-04 |
| Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2009. | No Aplica |
| Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General: Estándares para implementar el modelo de hospitales. 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2017 | No Aplica |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| Formato de Protocolo Universal | 5 años | Archivo clínico | |
| Registro clínico de enfermería de hemodiálisis | 5 años | Archivo clínico | |
| Hoja de Registro de Transfusión | 5 años | Archivo clínico | |
| Formato de Protocolo | 5 años | Archivo clínico | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 113 de 236 |

| | | | |
|--|--------|-----------------|--|
| Universal | | | |
| Registro clínico de enfermería de hemodiálisis | 5 años | Archivo clínico | |

8.0 GLOSARIO

MARCAJE DEL SITIO ANATÓMICO: Es una marca inequívoca con tinta indeleble sobre la piel del paciente (señal tipo diana y por fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano), delimitando la región donde se realizará la cirugía programada.

TIEMPO FUERA: Momento justo antes de realizar una cirugía u otro procedimiento, durante la cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que no hayan sido respondidas o las confusiones respecto al paciente, al procedimiento o al sitio de la operación. Incluso cuando el procedimiento lo realice una sola persona, es adecuado hacer una breve pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, del procedimiento correcto y del lugar del cuerpo correcto.

HEMOCOMPONENTES: los productos obtenidos de algunos componentes sanguíneos, especialmente el plasma, mediante procesos fisicoquímicos o biológicos, para aplicación terapéutica, diagnóstica, preventiva o en investigación.

TERAPIA DE REPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS: procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio fisicoquímico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 114 de 236 |

ACCESO VASCULAR: Al abordaje de una vena a través de la punción de la misma.

INCISIÓN: es el procedimiento inicial de todo procedimiento quirúrgico. Es toda aquella solución de continuidad de la piel y/o mucosas y tejidos subyacentes provocada por el cirujano, con el fin de acceder a cualquier territorio del organismo.

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

11.0 ANEXOS:

ANEXO NO. 1 REGISTRO PRE-OPERATORIO

ANEXO NO. 2 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA

ANEXO NO. 3 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA PROCEDIMIENTOS SEGUROS

ANEXO NO. 4 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA PARTO Y CESAREA

ANEXO NO. 5 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA COLOCACION DE CATETER PICC

ANEXO NO. 6 LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURA PARA TRANSFUSION SANGUINEA

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|------|-----|-----|-----|--|--|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA SUBDIRECCION DE ENFERMERÍA REGISTRO PREOPERATORIO |    | Rev: | | | | | | |
| FECHA | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">DÍA</td> <td style="width:33%;">MES</td> <td style="width:33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | DÍA | MES | AÑO | | | |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

NOMBRE DEL
GÉNERO:
DIAGNÓSTIC

| DATOS GENERALES DEL PACIENTE | | | | | |
|------------------------------|------|--------|-------|-----------------------|---------------|
| Nombre del Paciente: | | | | | N° Expediente |
| Genero | Masc | Fem | Edad: | Fecha de Nacimiento : | |
| Especialidad | | Cama : | | Diagnóstico : | |

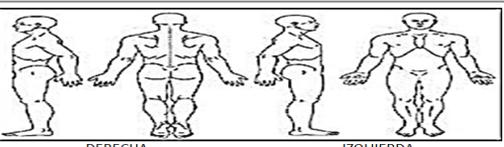
| | | | |
|-----------|--------|-----------------|----------------------|
| Peso : | Talla: | Grupo y Rh : | Religión : |
| Cirujano: | | Anestesiologo : | Cirugía programada : |

| REQUISITOS PREOPERATORIOS | | | | | | | | | |
|--|-----------------|----|---------------|----|-------------------------------------|-----------------|----|---------------|----|
| Hábitus Exterior | Hospitalización | | Preoperatorio | | Conformación del expediente Clínico | Hospitalización | | Preoperatorio | |
| | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| Prótesis (lentes de contacto, aparato auditivo, placa dentaria, etc) | | | | | Consentimiento inf. Quirúrgico | | | | |
| Maquillaje y esmalte | | | | | Nota preoperatoria | | | | |
| Tatuajes, Cicatrices, perforaciones | | | | | Valoración preanestésica | | | | |
| Alergias ¿Cuál? | | | | | Consentimiento inf. Anestésico | | | | |
| Hora de ultima evacuación | | | | | Autorización de transfusión | | | | |
| Hora de ultima micción | | | | | Hoja de cirugía segura | | | | |
| Tiempo de ayuno | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
| | | | | | Exámenes de gabinete | | | | |

EL PACIENTE
La identidad
El procedimie
TIENE EL PA
Alergias cono
PREPARACI
Nota pre estu
Valoración pre
Consentimien
anestesia
El equipo y m
Todos los mie
Puesta en cor
Demarcación
Paciente mon
Pueden visual

| SEGURIDAD QUIRÚRGICA | | | | |
|---|-----------------|----|---------------|----|
| CRITERIOS | Hospitalización | | Preoperatorio | |
| | SI | NO | SI | NO |
| Al paciente se le pregunto su nombre completo (Identificador # 1) | | | | |
| Al paciente se le pregunto su fecha de nacimiento (Identificador # 2) | | | | |
| La identificación concuerda con los datos de la pulsera (Identificador # 3) | | | | |
| Paciente menciona procedimiento, lado y señala sitio a intervenir. | | | | |
| El consentimiento informado describe el procedimiento, sitio de la cirugía, lateralidad, concordando con lo que refiere el paciente. | | | | |
| Los datos expuestos en la nota prequirúrgica son consistentes con lo expresado con el paciente. | | | | |
| Los datos expuestos en la nota de valoración de enfermería son consistentes con lo expresado con el paciente. | | | | |
| Se expresan estudios de laboratorio principales (BH, TP, TPT, etc.) y estudios de gabinete básicos (EKG, TAC, RX, Resonancia magnética, etc.) | | | | |
| El sitio quirúrgico esta marcado por el personal médico (SI APLICA) | | | | |
| Los implantes, Prótesis , Material de osteosíntesis, etc, estan disponibles (SI PROCEDE) | | | | |
| El equipo especial esta disponible (SI PROCEDE) | | | | |
| Se completo la Seguridad quirúrgica antes del ingreso a sala | | | | |

| SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS | |
|--|--|
| Antihipertensivo: | |
| Anticoagulante: (Enoxaparina, aspirina, Clopidroguel) (50) | |
| Otros: | |

| MARCAJE DOCUMENTAL | |
|--|-----------|
|  | |
| DERECHA | IZQUIERDA |

| Enfermera que entrega | |
|-----------------------|--|
| Nombre | |
| Cédula | |
| Firma | |

| Enfermera que recibe | |
|----------------------|--|
| Nombre | |
| Cédula | |
| Firma | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 116 de 236 |

5.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 117 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud a través de un Programa integral de higiene de manos, para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todos los trabajadores de salud que otorguen servicios en el HRAEI; así como también el personal de a todos los servicios subrogados.

2.2 A nivel externo servicios subrogados, visitantes, familiares, pacientes y personal en formación de áreas relacionadas con salud o personal de otras instituciones.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General a través de las diferentes Direcciones y Subdirecciones serán los encargados de cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y lineamientos establecidos para llevar a cabo el programa de higiene de manos en el HRAEI.

3.2 El personal del HRAEI debe conocer y aplicar la técnica de higiene de manos según corresponda, para prevenir las infecciones intrahospitalarias y quedara bajo su responsabilidad y riesgo no realizarlo.

3.3 El personal de salud del HRAEI es responsable de realizar la higiene de las manos teniendo en cuenta los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 118 de 236 |

4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

3.4 El personal de salud del HRAEI que tenga contacto directo con el paciente debe cumplir con las siguientes especificaciones:

- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Evitar utilizar anillos o pulseras, durante la jornada laboral.
- Se realizará lavado de manos cuando:
 - Las manos se encuentran visiblemente sucias.
 - Haya contacto con sangre y/o fluidos corporales.
 - Contacto con pacientes sospechosos o confirmados de enfermedad por clostridium difficile (contacto plus)
 - Después de haber utilizado guantes
- Se deberán utilizar guantes en las siguientes especificaciones:
 - Cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta.
 - Obligadamente, en el caso del personal de salud con lesiones cutáneas.
 - para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como para realizar cualquier procedimiento invasivo.
 - Nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.
 - 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.
 - Evitar la higiene de manos con los guantes puestos.
 - El uso de guantes no sustituye realizar la higiene de manos.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 119 de 236 |

3.5 El personal asignado a las áreas quirúrgicas es responsable de cumplir con la higiene de manos quirúrgico

3.6 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería notificar los probables casos de infecciones asociadas a la atención a la salud, a través del sistema de notificación de incidentes (SINOI) y/o a través de los mecanismos establecidos por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

3.7 El personal de HRAEI asistirá a las capacitaciones programadas por la UVEH sobre prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

3.8 El personal responsable de la atención debe informar a los pacientes, a sus familias y a sus visitas de los riesgos para la salud cuando ocurren fallas en una higiene oportuna y adecuada de las manos.

3.9 La Subdirección de Recursos Financieros y el Inversionista Proveedor asegurará el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.

3.9 El Inversionista Proveedor y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica son responsables de la evaluación de la calidad del agua para llevar a cabo una adecuada higiene de manos.

3.10 La Subdirección de Servicios Generales en coordinación con la UVEH, verificará el suministro continuo de agua en todas las llaves/grifos, para llevar a cabo la higiene de las manos.

3.11 La UVEH conjuntamente con el CODECIN da a conocer al COCASEP las acciones y propuestas de mejora para disminuir las infecciones asociadas a la atención de la salud relacionadas con la higiene de manos.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 120 de 236 |

3.12 La UVEH es responsable de analizar la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgos asociadas a estas.

3.13 La UVEH en coordinación con el área de calidad elaboraran el programa de higiene de manos anualmente y dan a conocer al COCASEP.

3.14 La UVEH en coordinación con el área de calidad, monitorizará el apego a higiene de manos dos veces al año y/o en situaciones especiales.

3.15 El personal médico y paramédico debe conocer y aplicar las “Estrategias de aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles” establecidas por la UVEH.

1. Pacientes con Tarjeta roja
2. Pacientes con Tarjeta amarilla
3. Pacientes con Tarjeta verde
4. Pacientes con Tarjeta azul
5. Pacientes con Tarjeta gris

3.16 En el HRAI el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), se realizará con base a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

3.17 El personal HRAEI, debe proporcionar información a los usuarios sobre el manejo de la basura municipal y los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

3.18 En el HRAEI los profesionales de la salud proporcionaran enseñanza a los usuarios sobre la prevención de infecciones intrahospitalarias.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 121 de 236 |

EJEMPLAR

4.0 PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Actividad | Descripción de la Actividad | Documentación |
|---|----------------------|---|---|
| Dirección de operaciones Área de calidad | 1 | Difusión en el HRAEI para la autoevaluación en la plataforma de la DGCES sobre conocimiento de higiene de manos para el personal a través de una muestra por área | |
| Dirección de operaciones Área de calidad | 2 | Identifica muestra representativa de personal operativo de cada área a través de la metodología establecida | Metodología para generar muestra |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 122 de 236 |

| | | | |
|--|----------|---|-------------------|
| Dirección de operaciones Área de calidad | 3 | Envía información a las áreas sobre las encuesta de autoevaluación de higiene de manos | oficio |
| Dirección medica y responsable de la coordinación de enfermería | 4 | Realizan difusión e invitan al personal de la muestra a realizar la encuesta de conocimiento de Higiene de manos | |
| Usuario | 5 | Registra en la plataforma de la DGCES cuestionario de conocimiento de higiene de manos | |
| Área de calidad y UVEH | 6 | Registro de autoevaluación de adherencia a estrategia multimodal de H.M. conjuntamente con UVEH | plataforma |
| Área de calidad y UVEH | 7 | Análisis de los resultados de autoevaluación de adherencia a la estrategia multimodal de H.M. conjuntamente con la UVEH | |

| Responsable | No. Actividad | Descripción de la Actividad | Documentación |
|-------------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|
| Área de calidad y UVEH | 8 | Realización del programa de higiene de manos conjuntamente con UVEH | Programa de higiene de manos |
| Área de calidad y UVEH | 9 | Implementación del programa de higiene de manos a nivel institucional conjuntamente | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 123 de 236 |

| | | | |
|-------------------------------|-----------|--|----------------|
| | | con UVEH | |
| Área de calidad y UVEH | 10 | Realiza evaluación, monitorización del cumplimiento del programa de higiene de manos | |
| Área de calidad y UVEH | 11 | Presenta informe a COCASEP TERMINA PROCEDIMIENTO | Informe |

6.0 DIAGRAMA DE FLUJO

DIRECCIÓN MEDICA

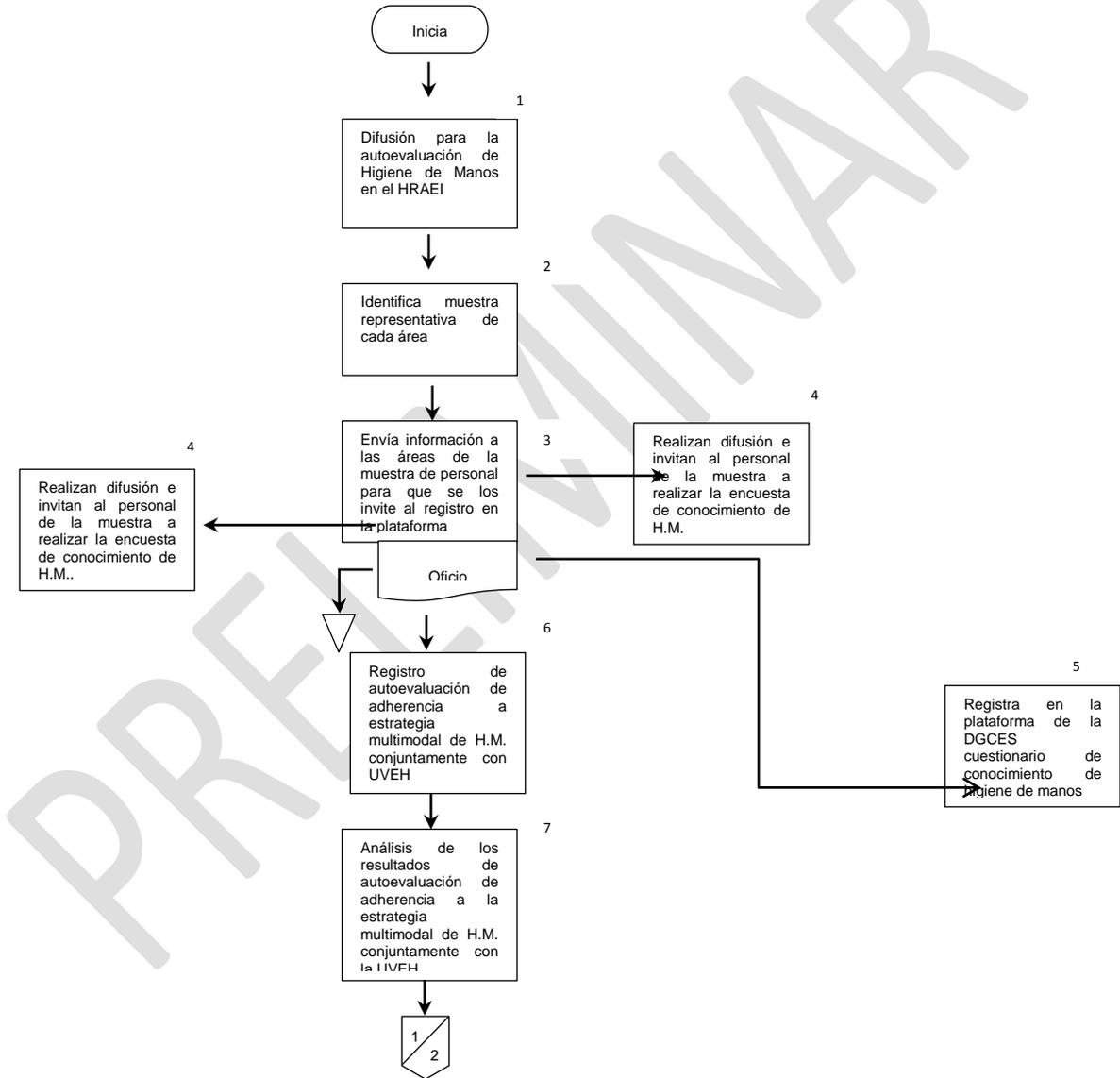
DIRECCION DE OPERACIONES

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERIA

USUARIO

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 124 de 236 |

AREA DE CALIDAD



DIRRECCIÓN

DIRECCION DE

SUBDIRECCIÓN

USUARIO

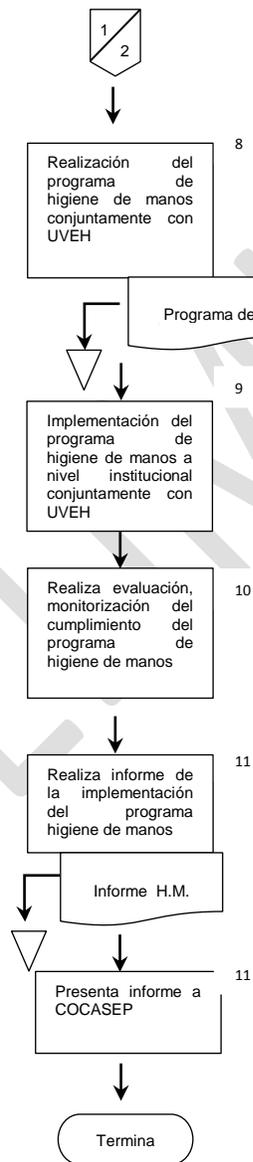
| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 125 de 236 |

MEDICA

OPERACIONES

DE ENFERMERIA

AREA DE CALIDAD



| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 126 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código |
|--|--------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.3 Guía Técnica Para La Elaboración Actualización De Manuales Procedimientos De La Secretaria de Salud | REV. 06 09-2013 |
| 6.4 Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| 6.5 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaría de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 127 de 236 |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Cédula de evaluación de higiene de manos por la OMS | | UVEH | |

8.0 GLOSARIO

CODECIN: Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, al organismo conformado por epidemiólogos y/o infectólogos, en su caso, clínicos y administradores de servicios en salud que coordinan las actividades de detección, investigación, registro, notificación y análisis de información, además de la capacitación para la detección, manejo y control de las infecciones nosocomiales.

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de la salud

UVEH. Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria, Es la instancia operativa a nivel local, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 128 de 236 |

MARCO DE EVALUACIÓN DE HIGIENE DE MANOS: Instrumento que permite realizar un análisis de la situación de la promoción y las prácticas de higiene de las manos en cada centro sanitario, con arreglo a un conjunto de indicadores

PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS: Son estrategias institucionales encaminadas a implementar acciones de mejora en la promoción de la higiene de manos

8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

9.0 ANEXOS:

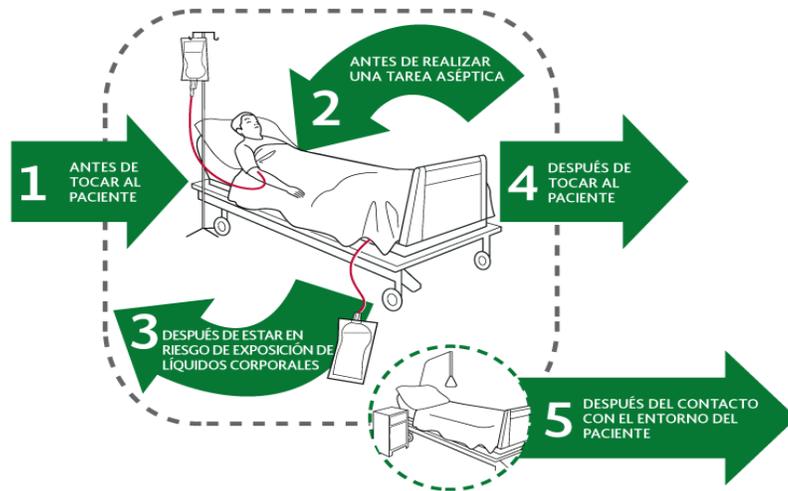
ANEXO NO. 1 CARTELES PARA DIFUSIÓN 5 MOMENTOS

ANEXO NO. 2 CARTEL DE LA TÉCNICA CORRECTA DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN Y CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 129 de 236 |

LOS 5 MOMENTOS

para la Higiene de las Manos



ANEXO NO. 1
CARTELES
DIFUSIÓN 5
MOMENTOS

PARA

SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACCIÓN DE HIGIENE DE MANOS.

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 130 de 236 |

ANEXO NO. 2 CARTEL DE LA TÉCNICA CORRECTA DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN Y CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 131 de 236 |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 132 de 236 |

6.- PROCEDIMIENTO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 133 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en el hospital mediante la evaluación y reducción de riesgos de caídas.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico, paramédico y administrativo que otorga servicios en el HRAEI. Así como también a personal subrogado.

2.2 A nivel externo, como documento orientador para los usuarios de los servicios ya sean pacientes, familiares o visitantes; como también a estudiantes de medicina y enfermería.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, LINEAMIENTOS Y NORMAS.

De la Evaluación y re-evaluación del riesgo de caídas.

3.2 Todo paciente que ingrese a los servicios hospitalarios y ambulatorios del HRAEI, se le realiza una valoración de riesgo de caídas, utilizando la escala J.H.DOWNTON. (**Anexo 1**).

3.3 El personal de enfermería responsable del paciente identifica el riesgo de caídas acorde a los colores establecidos (rojo, amarillo y verde) y realizara las intervenciones correspondientes a cada riesgo.

3.4 En caso de que en algún servicio ambulatorio no haya personal de enfermería la valoración y revaloración de riesgo de caída en el paciente lo debe realizar el personal responsable del paciente en ese momento, servicio o circunstancia.

3.5 El personal de enfermería responsable del paciente, coloca la tarjeta de semaforización del riesgo de caídas en la cabecera de la unidad del paciente y registra en cada

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 134 de 236 |

valoración y revaloración el riesgo de caídas en los registros clínicos de enfermería de cada turno.

3.6 En pacientes ambulatorios la valoración de riesgo de ALTO RIESGO DE CAIDA se identificará a través de un círculo rojo (etiqueta auto adherible), quedando visible por encima de la ropa a la altura del tórax de lado derecho.

3.7 El personal de enfermería responsable del paciente revalora el riesgo de caídas por turno o las veces que sea necesario en caso de: **que el paciente cambie de área o servicio, cuando se modifique el tratamiento, cambio en el estado de conciencia o estado de salud y en el cambio de turno.**

3.5 El personal de enfermería responsable del paciente documenta en el Registro clínico de enfermería las valoraciones y revaloraciones así como las intervenciones, especificando la hora.

3.6 El personal médico y de enfermería responsables del paciente documentan en el expediente clínico y registro clínico de enfermería, los eventos relacionados a caídas durante la estancia del paciente, así como las medidas correctivas realizadas en caso de ser necesario.

De las acciones de seguridad para prevención de caídas

3.8 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería informar a los pacientes y familiares sobre la importancia el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se deben aplicar para prevenirlas como:

- Conocer el riesgo de caída de su paciente.
- Conocer los cuidados e intervenciones específicos que tiene su paciente para prevenir la caída.
- Informar al personal de enfermería cuando deja solo a su paciente.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 135 de 236 |

- Informar a los demás cuidadores del paciente el riesgo de caídas así como las intervenciones para prevenirlas.
- Apegarse a las recomendaciones de seguridad para la prevención de caídas.

3.9 El personal de enfermería debe realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes:

- En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, levantar siempre los barandales.
- Verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos de las sillas de ruedas
- .
- Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
- Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo al protocolo establecido en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.
- Colocar interruptor de timbre y de la luz al alcance del paciente.
- Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.
- Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- Verificar que el paciente use sandalias con suela antiderrapante.
- Colocar en la regadera una silla de baño para el paciente.
- Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.
- Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- Explicar al paciente y familiar o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 136 de 236 |

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

Acciones para la prevención de caídas en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas

3.11 El personal médico y de enfermería que este en contacto con pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas, deben elevar los barandales y siempre debe permanecer un familiar con ellos.

3.12 El personal médico y de enfermería que detecte fallas en camillas, iluminación, timbre o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente etc. debe reportar inmediatamente

Acciones para la prevención de caídas en pacientes pediátricos

3.13 El personal de enfermería responsable del paciente Informa a familiares que el menor debe permanecer en su cama o cuna siempre con los barandales en posición elevada y los frenos colocados.

3.14 El personal de enfermería responsable del paciente informa a los familiares que no se separen de su paciente y, en su caso, si requieren separarse deben avisar al personal de enfermería.

3.15 El jefe de enfermería o la enfermería responsable del paciente debe vigilar que el menor debe ir siempre acompañado al baño con su familiar o con un enfermero (a).

3.16 El jefe de enfermería o la enfermería responsable del paciente vigila que las puertas de la habitación estén abiertas, sin cortinas para que permita su vigilancia.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 137 de 236 |

3.17 El jefe de enfermería o la enfermera responsable del paciente mantiene durante la noche las habitaciones preferentemente iluminadas en pacientes con alto riesgo de caídas.

De las acciones de organización

3.18 Los baños y regaderas del HREI cuentan con barras de sujeción

3.19 Las áreas de las regaderas cuentan con pisos antiderrapantes

3.20 En el hospital existen los señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles del suelo

3.21 Las escaleras o rampas cuentan con material antiderrapante y barandales

3.22 Las escaleras tienen los escalones a la misma altura

3.23 Las áreas de tránsito están libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en sillas

3.24 El mobiliario como el buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas, entre otros y los cables en general se colocan en lugares seguros.

3.25 Los dispositivos específicos para la deambulacion, como bastones, muletas, andaderas deben contar siempre con goma en los puntos de apoyo

3.26 Todas las áreas del HRAEI contarán con adecuada iluminación

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 138 de 236 |

3.27 Cuando sea necesario trasladar al menor fuera de la cuna, debe permanecer en compañía de personal de salud o un familiar.

3.28 El jefe de servicio de enfermería debe solicitar el retiro de la habitación de equipo o mobiliario que no esté en uso.

3.29 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al usuario a través del personal de trabajo social del servicio entregar a los pacientes y familiares información sobre las medidas generales para la prevención del riesgo de caídas

Del personal de limpieza

3.30 El personal de limpieza del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca mantiene los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

3.31 Debe realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes:

3.32 En caso de que el paciente sufra una caída, se debe registrar y notificar inmediatamente al Sistema de Notificación de Incidentes institucional (SINOI) y el formato de notificación y seguimiento de caídas en pacientes hospitalizados y ambulatorio.

3.33 Se da seguimiento del evento de caída de acuerdo al Protocolo de Análisis de Eventos Adversos Institucional.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 139 de 236 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | N° Actividad | Descripción De La Actividad | Secuencia De Las Etapas |
|-------------------------|--------------|---|---|
| Personal de enfermería | 1.0 | 1.1 Realiza la valoración del Riesgo de caídas con la Escala de Downton . (Anexo 1) | Evaluación del Riesgo de Caídas. |
| Personal de enfermería. | 2.0 | 2.0 De acuerdo con la puntuación obtenida, registra el Riesgo de Caída (alto, mediano, bajo) en: <ul style="list-style-type: none"> Registro Clínico electrónico de Enfermería. | Documentación del Riesgo de Caídas |
| Personal de enfermería | 3.0 | 3.1 Coloca la tarjeta del semáforo correspondiente al riesgo de caídas identificado en la valoración en la cabecera de la cama del paciente, con el color correspondiente a la puntuación obtenida (Anexo 2): <ul style="list-style-type: none"> Alto-rojo Mediano-amarillo Bajo-verde | Colocación de la tarjeta de riesgo de caídas (alerta visual) |
| Personal de enfermería | 4.0 | 4.1 Aplica las medidas e intervenciones de seguridad establecidas para reducir la | Implementación de intervenciones de |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 140 de 236 |

probabilidad de caídas de acuerdo con el **seguridad.**
nivel y color de riesgo. (Anexo 3)

- Alto-rojo
- Mediano-amarillo
- Bajo-verde

Personal de enfermería

Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caídas y las medidas generales de seguridad

Información al paciente y familiar

Personal de enfermería 5.0

5.1 Realiza revaloración del riesgo de caída por turno y de acuerdo con la evolución y al estado de conciencia del paciente.

5.2 Anota el riesgo de caídas en el Registro clínico de enfermería.

5.3 Actualiza la tarjeta de semáforo de riesgos de caídas

5.4 Realiza las medidas de intervención de seguridad de acuerdo con el nivel de riesgo actualizado.

Revaloración del Riesgo de Caídas.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 141 de 236 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

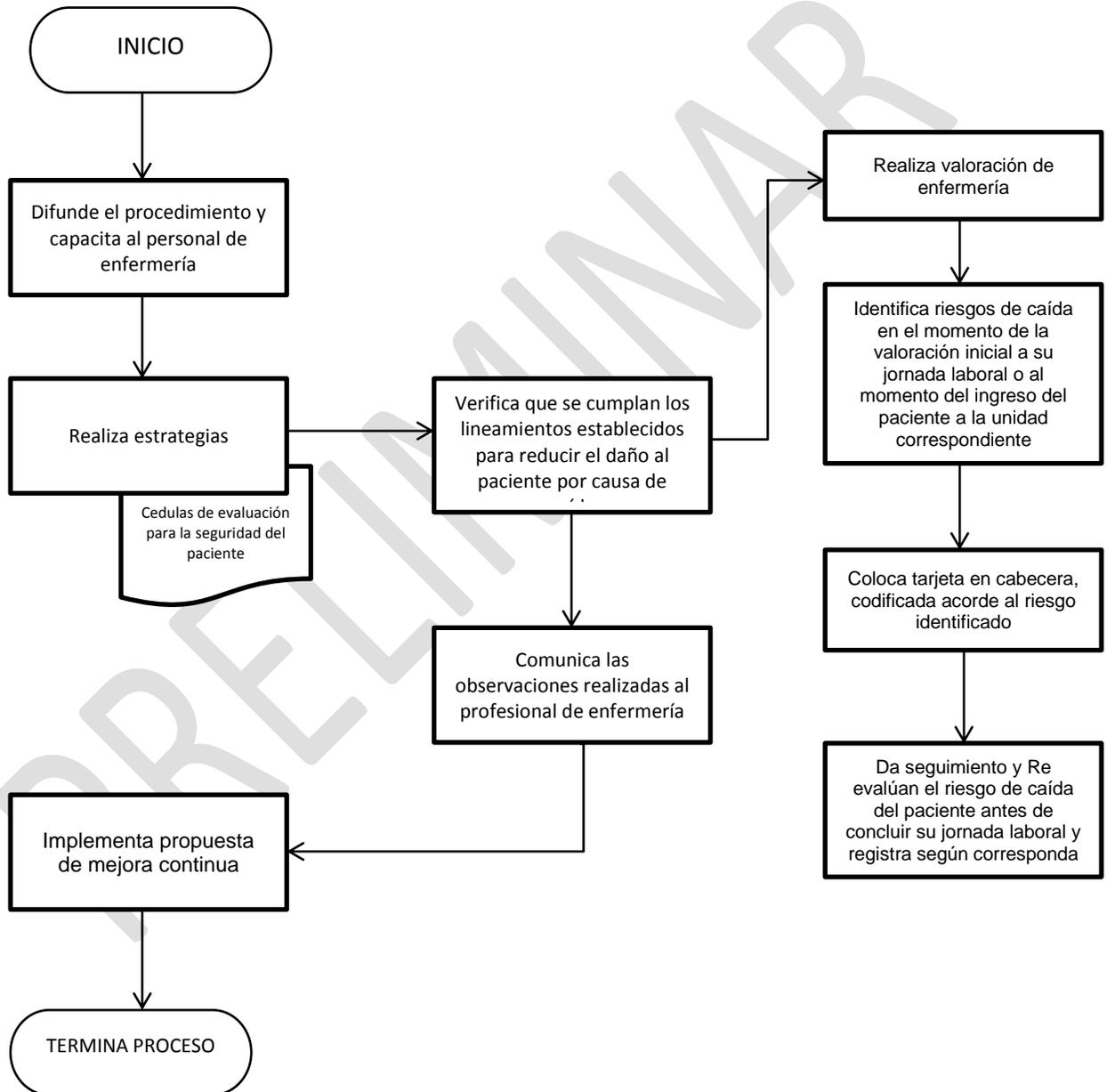
SUBCOORDINACIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO

SUPERVISOR DE ENFERMERÍA

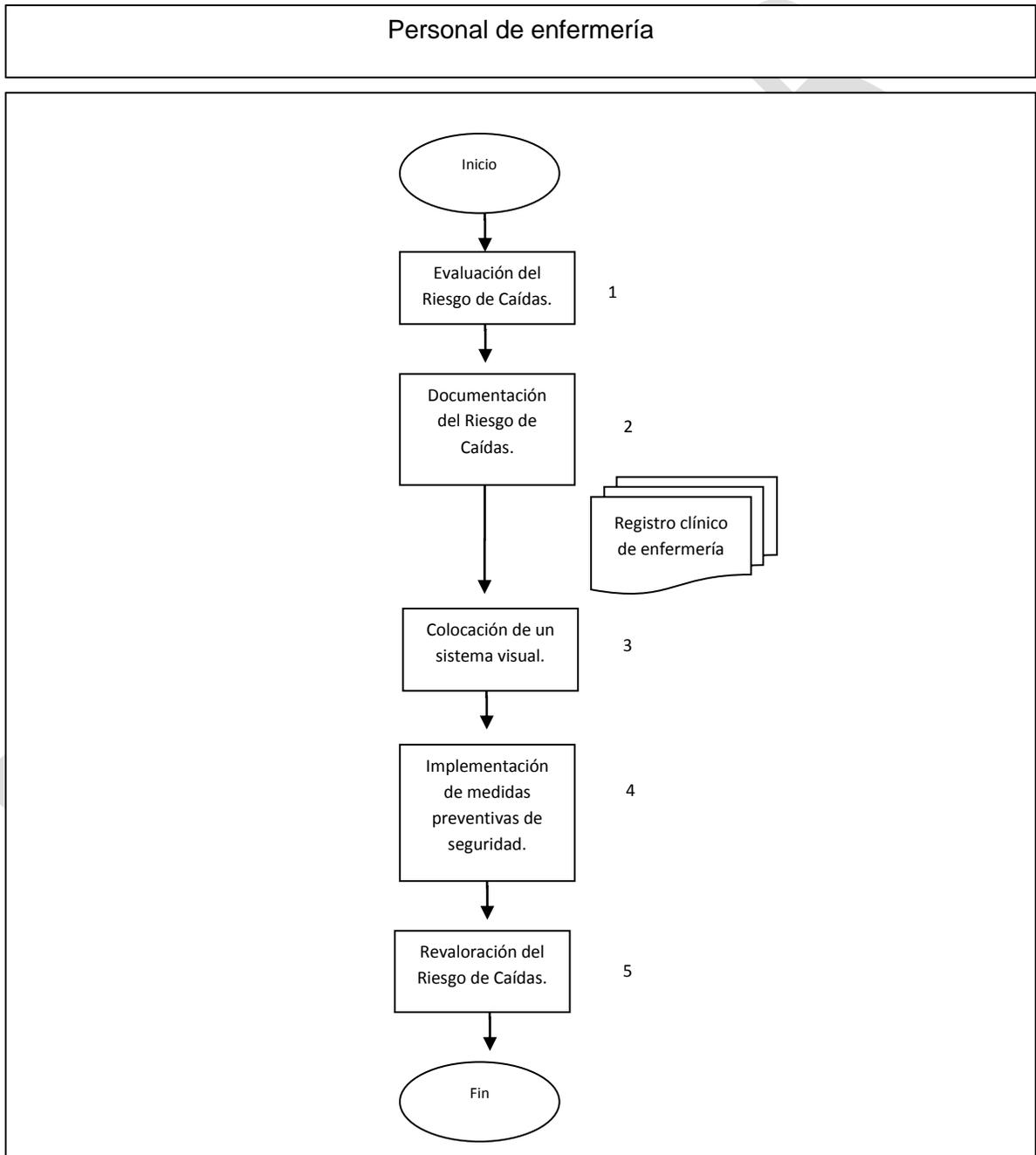
PERSONAL DE ENFERMERÍA

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 142 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 143 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 144 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| DOCUMENTOS | CÓDIGO (CUANDO APLIQUE) |
|--|--------------------------------|
| Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Ixtapaluca | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 1-07-04 20-07-04 |
| Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Comisión Permanente de Enfermería. 2010. | No Aplica |
| Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF 08/09/2017 | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 145 de 236 |

| | |
|--|-----------|
| Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaria de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |
| Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad General. | No Aplica |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| Registro Clínico de Enfermería | 5 años | Archivo clínico | |
| Formato de notificación y seguimiento a caídas en pacientes hospitalizados y ambulatorio | | | |

8.0 GLOSARIO

CAÍDA: La OMS la define como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

RIESGO: Es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre, la vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero sin embargo los riesgos pueden reducirse o manejarse.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 146 de 236 |

META DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Son la promoción de acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes, las cuales destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

RIESGO DE CAÍDA: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de un paciente de contraer un cambio de posición brusco e involuntario a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.

ESTADO DE CONCIENCIA: Capacidad del paciente para reconocerse a si mismo, el lugar y el tiempo y pruebas de la función cognoscitiva como la memoria y la capacidad de obedecer ordenes sencillas.

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

10.0 ANEXOS

ANEXO NO. 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON

ANEXO NO. 2 DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DOWNTON

ANEXO NO. 3 MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS

ANEXO NO. 4 TARJETA DE SEMAFORIZACIÓN

ANEXO NO. 5 HOJA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

ANEXO NO. 6 MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 147 de 236 |

ANEXO NO. 7 CONTRAINDICACIONES PARA MOVILIZAR PACIENTES FUERA DE LA CAMA

ANEXO NO. 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 148 de 236 |

| Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993) | | |
|---|--------------------------|---|
| Riesgo de caída > 2 puntos | | |
| Caídas previas | No | 0 |
| | Sí | 1 |
| Ingesta de medicamentos | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes/sedantes | 1 |
| | Diuréticos | 1 |
| | Hipotensores | 1 |
| | Antiparkinsonianos | 1 |
| | Antidepresivos | 1 |
| | Otros medicamentos | 1 |
| Déficits sensoriales | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales | 1 |
| | Alteraciones auditivas | 1 |
| | Extremidades | 1 |
| Estado mental | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| Deambulaci3n | Normal | 0 |
| | Segura con ayuda | 1 |
| | Insegura con ayuda | 1 |
| | Imposible | 1 |

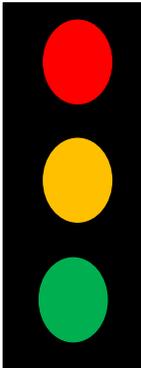
| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 149 de 236 |

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

Alto riesgo: Mayor a 2 puntos

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

| VARIABLES | | PUNTAJE |
|---------------------|------------------------------|---------|
| Caídas Previas | No | 0 |
| | Si | 1 |
| Uso de Medicamentos | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes – Sedantes | 1 |
| | Diuréticos | 1 |
| | Hipotensores (no diuréticos) | 1 |
| | Anti parkinsonianos | 1 |
| | Antidepresivos | 1 |
| Déficit Sensorial | Otros medicamentos | 1 |
| | Ninguna | 0 |
| | Alteraciones visuales | 1 |
| | Alteraciones auditivas | 1 |
| Estado Mental | Extremidades | 1 |
| | Orientado | 1 |
| | Confuso | 1 |
| Deambulaci3n | Normal | 0 |
| | Segura con ayuda | 1 |
| | Insegura con ayuda | 1 |
| | No deambula | 1 |
| PUNTAJE OBTENIDO | | |



3 o m3s
ALTO RIESGO

1 A 2
MEDIANO RIESGO

0 a 1
BAJO RIESGO

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 150 de 236 |

ANEXO NO. 2 DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DOWNTON

| FACTORES DE RIESGOS | CONCEPTUALIZACIÓN | ESPECIFICACIÓN |
|---|---|---|
| CAIDAS PREVIAS | Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno de caídas, y no refiere haber presentado caídas; sin embargo está expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional. | Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas, tripies, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc. |
| INGESTA FARMACOLÓGICO QUE IMPLICA RIESGO | Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo. | Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepressivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores. |
| DEFICIT SENSORIALES | Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación. | Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación) |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 151 de 236 |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | | orotraqueal) y psicológicas (psicosis). |
| ESTADO MENTAL | Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente. | <p>Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico</p> |
| DEAMBULACIÓN | Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo. | <p>Dentro de este grupo se consideran: Usuarios menores de 6 años y mayores de 65 años. Usuarios con deterioro músculo esquelético (fracturas, artritis). Deterioro neuromuscular(trauamtismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptuales). Lesiones de columna vertebral, enfermedad, síndrome de desuso (reposo prolongado), antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado), disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos</p> |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 152 de 236 |

ANEXO NO. 3 MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS

PRELIMINAR

| PUNTOS | RIESGO | INTERVENCIONES DE SEGURIDAD |
|-----------------------|-----------------------|---|
| 0 a 1 puntos | BAJO RIESGO | <p>PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ESSENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TORNIO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO</p> <p>Acercar los objetos de uso personal. Educar al paciente sobre el riesgo de caídas y como prevenirlas</p> <ul style="list-style-type: none"> Educar al paciente para cuando necesite deambular avise a la enfermera. Acerque el timbre y verifique previamente de su funcionamiento. Explíquelo como usarlo Acerque el timbre previa verificación de su funcionamiento |
| 1-2 puntos | MEDIANO RIESGO | <ul style="list-style-type: none"> Uso de barandales por ambos lados de la cama o de la camilla. Bajar la cama, cuando se quiera levantar el paciente. Al iniciar la de ambulación, sentar al usuario al borde de la cama durante 15 minutos antes de ponerlo de pie, de preferencia acompañado de su familiar. Trasladar al paciente en silla de ruedas o camilla cuando se identifican como mediano riesgo de caídas Educación al familiar sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas Acerque el timbre y verifique previamente de su funcionamiento. Explíquelo como usarlo |
| 3 o más puntos | ALTO RIESGO | <ul style="list-style-type: none"> Acompañamiento permanente de un familiar y Familiar avise a enfermería cuando se va a retirar de la habitación. Visitas frecuentes a la unidad del paciente. Uso de barandales permanente por ambos lados de la cama o de la camilla. Vigilancia continúa por enfermería. Inmovilizar y sujeción en caso necesario y verificación de las condiciones. Mantener la cama en su nivel más bajo. Auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente. Colocar de objetos de uso institucional y personal al alcance del usuario. Educación permanente al familiar sobre las intervenciones de seguridad |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 154 de 236 |

ANEXO NO. 4 TARJETA DE SEMAFORIZACIÓN



| | | | |
|---|---|---|------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | |

ANEXO NO. 5 HOJA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CAÍDAS EN PACIENTES

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



NOTIFICACION Y SEGUIMIENTO DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| | | | | | |
|--|----------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre: | | Edad: | Género: | MASCULINO <input type="checkbox"/> | FEMENINO <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico de ingreso | | | Servicio: | | |
| Fecha de caída | Hora de caída: | Día semana de caída: | Días de estancia hospitalaria: | | |
| Perfil de quien REPORTA el incidente (sin nombre): | | | Turno del reporte: | | |

| 1. Lesión como consecuencia de la caída | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Abrasión/erosión | <input type="checkbox"/> | Fractura | <input type="checkbox"/> | Esguince | <input type="checkbox"/> | Corte/ contusión | <input type="checkbox"/> | Hematoma | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de la conciencia | <input type="checkbox"/> | Muerte | <input type="checkbox"/> | Sin lesión | <input type="checkbox"/> | Otras | <input type="checkbox"/> | Especifique: | |
| Localización de la lesión: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Descripción breve de la caída | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|--|--|---|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Lugar: | Habitación <input type="checkbox"/> | Recinto baño <input type="checkbox"/> | Pasillo <input type="checkbox"/> | Escalera <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Equipo/mobiliario | cama/cuna <input type="checkbox"/> | Silla/sillón/Reposet <input type="checkbox"/> | Banco de altura <input type="checkbox"/> | Piso/rampa <input type="checkbox"/> | regadera <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Retrete portátil <input type="checkbox"/> | Escalera/escalones <input type="checkbox"/> | Sujeción por otra persona <input type="checkbox"/> | | Inodoro <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Transporte (silla de ruedas, camilla) <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Entorno | Paciente solo al momento de la caída <input type="checkbox"/> | | Acompañado <input type="checkbox"/> | Timbre llamada funcionando | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | |
| | Iluminación suficiente | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Espacio libre de riesgo en sitio de caída | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Actividad asociada | Deambulando <input type="checkbox"/> | Cambio de posición <input type="checkbox"/> | | Traslado a silla/cama <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Eliminación – WC <input type="checkbox"/> | | Aseo <input type="checkbox"/> | Alcanzando objetos <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Uso de medicamentos | Sedantes <input type="checkbox"/> | Neurolépticos <input type="checkbox"/> | Hipoglucemiantes <input type="checkbox"/> | Antihipertensivos <input type="checkbox"/> | Anti arrítmicos <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Inotrópicos <input type="checkbox"/> | Oncológicos <input type="checkbox"/> | diuréticos <input type="checkbox"/> | Laxantes <input type="checkbox"/> | Ninguno <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | | | |

| 2. Estado del paciente antes de la caída | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Historia de caídas previas | Nunca <input type="checkbox"/> | Si, en domicilio <input type="checkbox"/> | Si, en la vía publica <input type="checkbox"/> | Si, en el hospital <input type="checkbox"/> | |
| Estado de conciencia | Alerta <input type="checkbox"/> | Agitado <input type="checkbox"/> | Sedado <input type="checkbox"/> | Inconsciente <input type="checkbox"/> | Con efectos residuales de anestesia <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones o déficit sensorial | Ninguna <input type="checkbox"/> | Audición disminuida <input type="checkbox"/> | Visión disminuida <input type="checkbox"/> | Alteración del equilibrio <input type="checkbox"/> | |
| Movilidad | Completa <input type="checkbox"/> | Usa ayudas tecnicas <input type="checkbox"/> | Restringida <input type="checkbox"/> | En cama <input type="checkbox"/> | |
| Paso o caminata | Estable <input type="checkbox"/> | Con temblor <input type="checkbox"/> | Inestable <input type="checkbox"/> | Dificultad en trnsferencias <input type="checkbox"/> | |
| Condición clínica del paciente | Estable <input type="checkbox"/> | Estable pero requiere de observacion contante <input type="checkbox"/> | | Estable con monitorizacion invasiva <input type="checkbox"/> | |
| | Inestable que requiere de multiples intervenciones <input type="checkbox"/> | | | Pronostico de vida incierto <input type="checkbox"/> | |

| 3. Acciones contingentes implementadas | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|---|---|-----------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | | |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD | | | | | |
| SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA SUBDIRECCION DE ENFERMERIA | | | | | | |
| MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITALARIO | | | |  | | Hoja: 156 |
| 1. Seguimiento del evento | | | | | | |
| HOSPITALARIO | | | | | | |
| DIA 1 | | | | | | |

| | | | | | |
|--------|-------|-----|-----|-----|-------------|
| TURNO | FECHA | DIA | MES | ANO | SUPERVISOR: |
| | | | | | |
| FIRMA: | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|-------|-----|-----|-----|-------------|--|
| DIA 2 | | | | | | |
| TURNO | FECHA | DIA | MES | ANO | SUPERVISOR: | |
| | | | | | | |
| FIRMA: | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|-------|-----|-----|-----|-------------|--|
| DIA 3 | | | | | | |
| TURNO | FECHA | DIA | MES | ANO | SUPERVISOR: | |
| | | | | | | |
| FIRMA: | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|-------|-----|-----|-----|-------------|--|
| DIA 4 | | | | | | |
| TURNO | FECHA | DIA | MES | ANO | SUPERVISOR: | |
| | | | | | | |
| FIRMA: | | | | | | |

Fecha en que se elabora el reporte:

El uso de este formato es confidencial. El objetivo es el aprendizaje organizacional y la mejora de la seguridad del paciente mediante el análisis de los errores. Este formato deberá entregarse a la Coordinación de calidad y no se anexara al expediente del paciente ni del personal. Para mejorar la calidad de la atención hacia los pacientes, todos aprendemos y todos enseñamos, en un ambiente respetuoso y transparente, con un enfoque sistémico.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 157 de 236 |

ANEXO NO. 6 MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 158 de 236 |

MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE

Revisar que la camilla y barandales estén en buenas condiciones.

Evitar dejar al paciente sin vigilancia.

Evitar lesionar al paciente en el momento del traslado.

Las personas deben adoptar una posición firme y de seguridad, aplicando principios de la mecánica corporal.

Evitar producir dolor al realizar la movilización.

No sustituir un movimiento por otro.

- ✓ Revisar que la silla este en buenas condiciones.
- ✓ Vigilar las reacciones del paciente.
- ✓ Cuidar al paciente para que realice el menor esfuerzo posible.
- ✓ Suspender el traslado en presencia de lipotimias o alguna otra alteración notificando al personal médico o de enfermería más cercano.
- ✓ Orientar al paciente sobre el manejo de la silla.

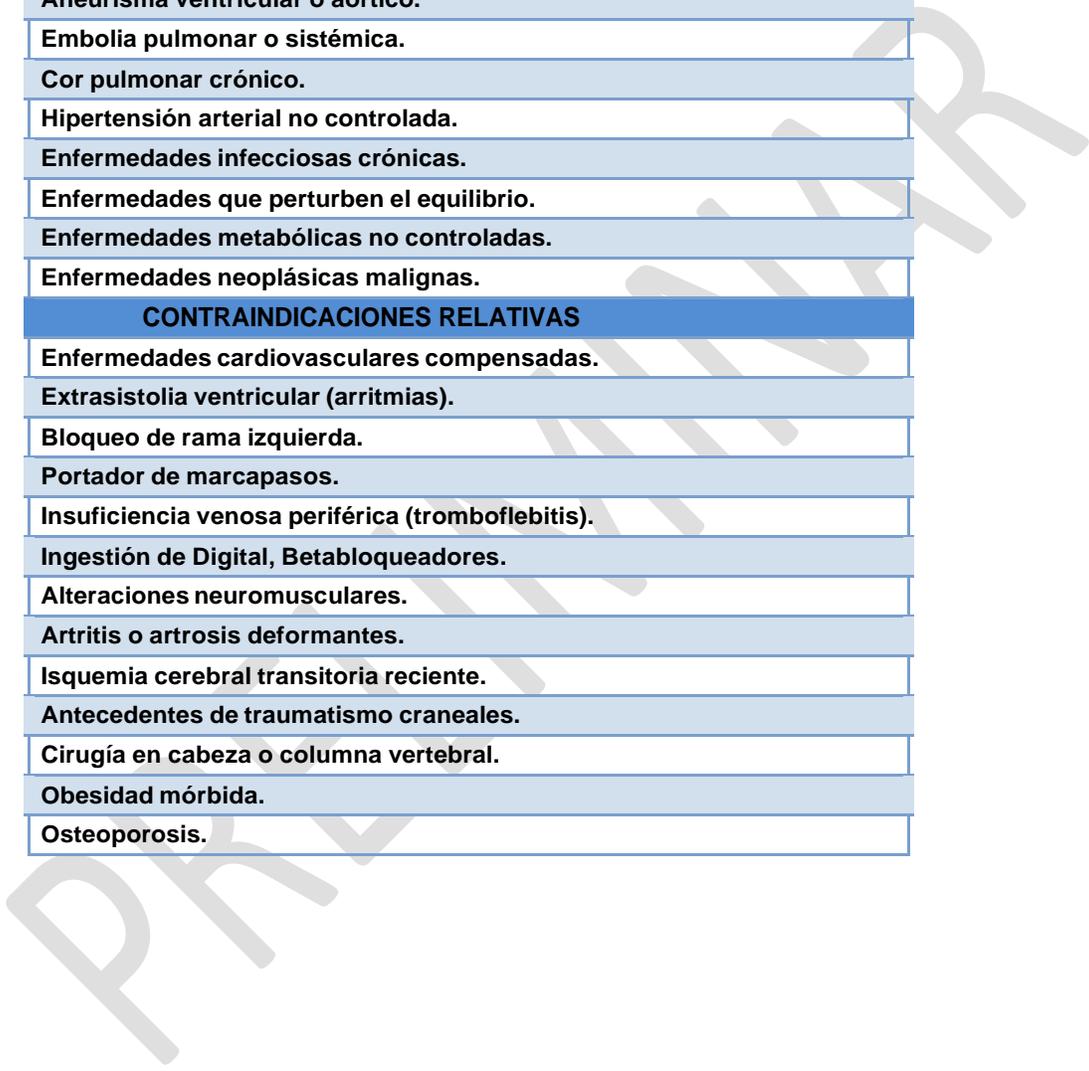
Cuidar en todo momento, evitando tracción y acodamiento de: líneas vasculares, venoclisis, sondas, drenajes, catéteres, etc.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 159 de 236 |

ANEXO NO. 7 CONTRAINDICACIONES PARA MOVILIZAR PACIENTES FUERA DE LA CAMA

| | | | |
|---|--|---|------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD | | |
|  | CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS |  | |
| | Infecciones e inflamaciones graves. | | |
| | Insuficiencia hepática, renal, cardíaca o respiratoria graves. | | |
| | Estenosis coronaria grave. | | |
| | Infarto al miocardio reciente. | | |
| | Bloqueo auriculoventricular grave. | | |
| | Síndrome de Wolf Parkinson-White. | | |
| | Aneurisma ventricular o aórtico. | | |
| | Embolia pulmonar o sistémica. | | |
| | Cor pulmonar crónico. | | |
| | Hipertensión arterial no controlada. | | |
| | Enfermedades infecciosas crónicas. | | |
| | Enfermedades que perturben el equilibrio. | | |
| | Enfermedades metabólicas no controladas. | | |
| | Enfermedades neoplásicas malignas. | | |
| | CONTRAINDICACIONES RELATIVAS | | |
| | Enfermedades cardiovasculares compensadas. | | |
| | Extrasistolia ventricular (arritmias). | | |
| | Bloqueo de rama izquierda. | | |
| | Portador de marcapasos. | | |
| | Insuficiencia venosa periférica (tromboflebitis). | | |
| | Ingestión de Digital, Betabloqueadores. | | |
| | Alteraciones neuromusculares. | | |
| | Artritis o artrosis deformantes. | | |
| | Isquemia cerebral transitoria reciente. | | |
| | Antecedentes de traumatismo craneales. | | |
| | Cirugía en cabeza o columna vertebral. | | |
| | Obesidad mórbida. | | |
| | Osteoporosis. | | |

Hoja: 160
de 236



| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 161 de 236 |

ANEXO NO. 8 FÁRMACOS Y SUS EFECTOS

FÁRMACOS Y SUS EFECTOS

| FÁRMACO | EFECTOS SECUNDARIOS |
|---|--|
| Diurético | Deshidratación, incontinencia, urgencia de micción, hipopotasemia, hiponatremia, hiperglucemia, hiperuricemia, desequilibrio hidroelectrolítico. |
| Hipoglucemiantes | Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales, debilidad, cefalea, vértigo, pérdida del equilibrio, adinamia, alteraciones visuales. |
| Antihipertensivos, calcio antagonista, beta bloqueadores | Cifras de presión arterial inferiores a las normales, descenso nocturno de la presión arterial, hipotensión ortostática y postprandial, síncope, depresión, adinamia, insuficiencia cardíaca, arritmias. |
| Laxantes y enemas | Urgencia de evacuar, evacuaciones frecuentes, diarrea, pueden alterar el equilibrio hidroelectrolítico. |
| Inotrópicos | Alteraciones gastrointestinales, síndrome confusional, alteraciones en el gasto cardíaco, arritmias ventriculares |
| Digitálicos | Arritmias cardíacas, mareo, desmayo, confusión depresión cansancio, debilidad, alteraciones visuales, pérdida de apetito, diarrea, vómito, cefalea. |
| Anti arrítmicos | Alteraciones en el sistema de conducción, alteración en el gasto cardíaco, alteraciones visuales, ataxia, temor, cefalea, parestesias |
| Antidepresivos | Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia, vómitos, diarrea. |
| Neurolépticos | Hipotensión ortostática, agitación, cefalea, vértigo, náuseas, taquicardia. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 162 de 236 |

| | |
|---|--|
| Sedantes | Alteraciones de la atención y de la memoria, estados contusionales, trastornos de la coordinación motora y de la estabilidad postural, cefaleas, mareos e irritabilidad. |
| Hipnóticos | Sensación de torpeza y cansancio diurno, marcada reducción de funciones cognitivas como la memoria o la concentración, trastornos de la estabilidad postural. |
| Antiinflamatorios no esteroideo (AINE) | Hemorragia del tubo digestivo alto, vértigo, hipotensión. |
| Bronco dilatadores | Efectos secundarios debidos a estimulación adrenérgica. Temblor fino de extremidades a dosis altas puede ocasionar hipotensión, taquicardia, cefalea ocasional. |
| Antiácidos | En utilización prolongada alcalosis sistémica (posible afectación renal). |
| Antihistamínicos | Somnolencia, confusión, ansiedad, angustia, depresión, falta de coordinación. |

Fuente: protocolo de caídas de la comisión permanente de enfermería 2010

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 163 de 236 |

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 164 de 236 |

7.- PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELAS O CUASIFALLAS (EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE) EN EL HRAEI

1.0 PROPÓSITO

Sistematizar el reporte de eventos adversos, centinelas y cuasifallas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca mediante una herramienta de registro (SINOI) que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones orientado a fomentar una cultura de seguridad del paciente, encaminadas a mejorar la seguridad y calidad de la atención.

2.0 ALCANCE

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 165 de 236 |

2.1 A nivel interno: este procedimiento es aplicable a todo el personal médico, paramédico, de enfermería, administrativo y de servicio que laboran en el HRAEI

2.2 A nivel externo: el procedimiento se aplica a todo el personal incluyendo a los terceros prestadores que brinden servicio dentro los hospitales en áreas asistenciales, operativas, administrativas, docentes y de investigación los cuales identifiquen incidentes en la institución.

2.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.3 Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, asistentes de dirección, jefes de guardia de enfermería y médico, jefes de servicio de enfermería y médico, difundir y apoyar el reporte de eventos adversos, evento centinela y cuasifalla de carácter no punitivo, asegurando que todos el personal que efectúe un reporte / notificación, estén libres de represalias o castigos como resultado de este.

3.2 Es responsabilidad del personal médico, paramédico, de enfermería, administrativo y del personal que laboran en el HRAEI, reportar conforme al procedimiento establecido, todo evento centinela, adverso o cuasifalla observado o bien en el que haya sido participe o los que se originen al:

- Al efectuar el **enlace de cada turno** por servicio tanto del personal de enfermería, personal médico y de laboratorio; identificar factores de alto riesgo que favorezcan la aparición de la cuasifalla, eventos adversos y eventos centinelas.
- **Al ingresar al paciente al hospital.**
- Al **supervisar los procedimientos médicos**, de enfermería más complejos y de carácter invasivo.
- Al corroborar la **funcionalidad de material y equipos** electro médicos.
- Al corroborar medicamentos, material y ropa en los diferentes servicios.
- Al evaluar periódicamente las notas y registros del expediente clínico.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 166 de 236 |

Es responsabilidad del grupo de trabajo de seguridad del paciente realizar análisis de eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas de acuerdo al procedimiento establecido

Es responsabilidad del grupo de trabajo de seguridad del paciente revisar el sistema cada semana, dentro de su horario de trabajo, a fin conocer los eventos y así poder dar seguimiento a los mismos.

Es responsabilidad de los jefes de área o de servicio (áreas involucradas en los eventos adversos) difundir las acciones e intervenciones de mejora.

Del Sistema de Notificación de Incidentes (SINOI)

3.4 Todo el personal del HRAEI está facultado para reportar los eventos en el Sistema de Notificación de Incidentes HRAEI (SINOI)

3.5 El personal de salud del HRAEI realiza la notificación de eventos de seguridad (eventos adversos, centinelas y cuasifallas) de manera voluntaria y anónima.

3.6 La notificación de eventos adversos, evento centinela y cuasifallas, tiene carácter no punitivo.

3.7 Es responsabilidad del personal en general que presta sus servicios en el HRAEI, incluyendo al personal en formación de cualquier disciplina y terceros prestadores, notificar incidentes relacionados con la atención en salud.

3.8 Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, asistentes de dirección, jefes de guardia de enfermería y médico, jefes de servicio de enfermería y médico, notificar en el momento en que se reciba o identifique un evento centinela al área de calidad

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 167 de 236 |

3.9 El acceso a la información reportada en el SINOI está autorizado exclusivamente para el grupo de trabajo de seguridad del paciente y el área de calidad.

De los eventos centinela a notificar

Para El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca considera:

3.1 Evento Centinela; “Todo hallazgo que involucra la muerte imprevista o la pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente”. Se encuentra:

- 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.
- 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.

3. El análisis del evento centinela, debe iniciar dentro de los primeros 7 días y concluir dentro de los 45 días posteriores de la fecha del evento o la notificación del mismo.

3.1.2 Para el desarrollo del análisis causa raíz debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- Enfoque multidisciplinario con personal involucrado en el evento centinela a analizar.
- Participación del grupo de trabajo para el análisis y la toma de decisiones.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 168 de 236 |

3.1.3 Como resultado del análisis causa-raíz del EC, se implementaran acciones preventivas para reducir la probabilidad de que por la misma causa vuelva a ocurrir un evento centinela.

De los eventos adversos a notificar

3.2 Evento Adverso; “Todo aquel daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención de los servicios de salud que se le otorgan”.

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

- **PROCEDIMIENMTOS INVASIVOS Y/O TRATAMIENTOS**

Paciente Incorrecto

Sitio Incorrecto

Procedimiento Incorrecto

Falta De Consentimiento Informado

Técnica Estéril Violada

Cuenta Incorrecta

Cuerpo Extraño Paciente

Preparación Inadecuada O Errónea

Procedimiento Cancelado

Problema De Gases Medicinal

Transferencia No Planeada

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 169 de 236 |

- **MEDICACION**

Reacciones Adversas

Error de medicación

Errores de Prescripción,

Errores de transcripción,

Errores de dispensación,

Errores de preparación,

Errores de administración

- **DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Equipo médico

Prótesis, ortesis, y ayudas funcionales

Agentes diagnósticos

Insumos de uso odontológico

Materiales quirúrgicos

Productos higiénicos

- **CAIDAS**

- **ESTUDIOS DE LABORATORIO**

Paciente incorrecto

Estudio incorrecto

Sitio incorrecto

Resultados erróneos

- **LESIONES DE PIEL**

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 170 de 236 |

Flebitis,

Infiltración y hematomas

Multifunción

Quemaduras

Úlceras por presión (UPP)

Lesión asociada adhesión

- **NUTRICIÓN Y DIETAS**

Tipo de dieta incorrecta

Error de prescripción

Dieta no surtida

Reacciones alérgica

Omisión en la administración de dietas

Otros

- **GESTIÓN**

Retraso de ambulancias

Problemas de traslado

- **INFECCIONES**

Relacionadas con catéter

Relacionadas a sonda vesical

Relacionadas con ventilación mecánica

Otro. Cual___

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 171 de 236 |

3.2.2 El grupo de trabajo de seguridad del paciente realizara análisis mensual de EA y cada seis meses análisis de patrones y tendencias, el cual ayudara a tomar decisiones y a enfocar la implementación de acciones de mejora.

3.2.3 Para los siguientes eventos se realizara análisis de patrones y tendencias y además para descartar o confirmar que el evento se haya debido a una falla en la atención, si corresponde se implementan mejoras:

- a) Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.
- b) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- c) Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.
- d) Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.
- e) Todas las reacciones adversas a medicamentos.

De las cuasifallas a notificar

3.3 Cuasifalla: “Todo acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo hicieron, o por casualidad o por intervención oportuna”.

Las cuasifallas que a continuación se enlistan son aquellos que tendrán una identificación inmediata para su reporte

- **PROCEDIMIENMTOS INVASIVOS Y/O TRATAMIENTOS**

Paciente Incorrecto

Sitio Incorrecto

Procedimiento Incorrecto

Falta De Consentimiento Informado

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 172 de 236 |

Técnica Estéril Violada

Cuenta Incorrecta

Cuerpo Extraño Paciente

Preparación Inadecuada O Errónea

Procedimiento Cancelado

Problema De Gases Medicinal

Transferencia No Planeada

- **MEDICACIÓN**

Reacciones Adversas

Error de medicación como:

Errores de Prescripción

Errores de transcripción

Errores de dispensación

Errores de preparación

Errores de administración

- **DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Equipo médico

Prótesis, ortesis, y ayudas funcionales

Agentes diagnósticos

Insumos de uso odontológico

Materiales quirúrgicos

Productos higiénicos

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 173 de 236 |

- **ESTUDIOS DE LABORATORIO**

Paciente incorrecto

Estudio incorrecto

Sitio incorrecto

Resultados erróneos

- **NUTRICIÓN Y DIETAS**

Tipo de dieta incorrecta

Error de prescripción

Dieta no surtida

Reacciones alérgica

Omisión en la administración de dietas

Otros

Otro. Cual_____

El grupo de trabajo de seguridad del paciente agrupa , categoriza y analiza (análisis de patrones y tendencias) los datos para aprender dónde los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían los errores, el cual se realizara cada dos veces al año (Junio y Diciembre)

De la difusión del proceso de notificación

3.17 Es responsabilidad del área de calidad capacitar al personal de HRAEI, para que conozcan el uso de la plataforma SINOI y los eventos adversos, eventos centinela y cuasi-fallas a notificar.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 174 de 236 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | N° | Descripción De La Actividad | Secuencia De Etapas |
|--|-----|---|------------------------|
| Personal de la institución | 1.0 | 1.1 Identifica el personal de salud el evento ocurrido dentro de las instalaciones del HRAEI. | Notificación |
| | | 1.2 El personal de salud notifica el evento al Sistema de Notificación de Incidentes HRAEI (SINOI) | |
| Área de calidad, Grupo de trabajo de seguridad del paciente | 2.0 | 2.1 El grupo de trabajo se reúne cada | Análisis y seguimiento |
| | | 2.2 Determina si la notificaciones son procedente o no | |
| | | 2.3 Analiza si causo daño o no al paciente Se clasifica el tipo de reporte en: Causo Daño SI o NO | |
| | | 2.4 Cuando el incidente Sí causó daño se define la gravedad o impacto del daño: <ul style="list-style-type: none"> • Si el impacto es grave se continúa con el protocolo de análisis causa raíz. • En el caso de incidentes no graves se realiza análisis para seguimiento interdisciplinario con las áreas involucradas, con el fin de generar | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 175 de 236 |

mejoras en el proceso o barreras de seguridad para el mismo.

2.5 En caso de eventos centinelas inicia el análisis durante los primeros 7 días

Área de calidad, 3.0
Grupo de trabajo de seguridad del paciente

3.1 Se recibe autorización y ponen en marcha el plan de mejora con las áreas involucradas.
3.2 Se informa a las áreas involucradas y al COCASEP.

Implementación de acciones de mejora en las áreas involucradas

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 176 de 236 |

Área de calidad,
Grupo de trabajo de
seguridad del paciente

4.1 El grupo de trabajo de seguridad del
 paciente realiza seguimiento al plan de
 4.0 mejora.

Seguimiento a las
acciones de mejora

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 177 de 236 |

3.0 DIAGRAMA DE FLUJO.

Sistema de notificación de incidentes HRAEI (SINOI)

Octubre 2017/Dirección de Operaciones /Área de Calidad

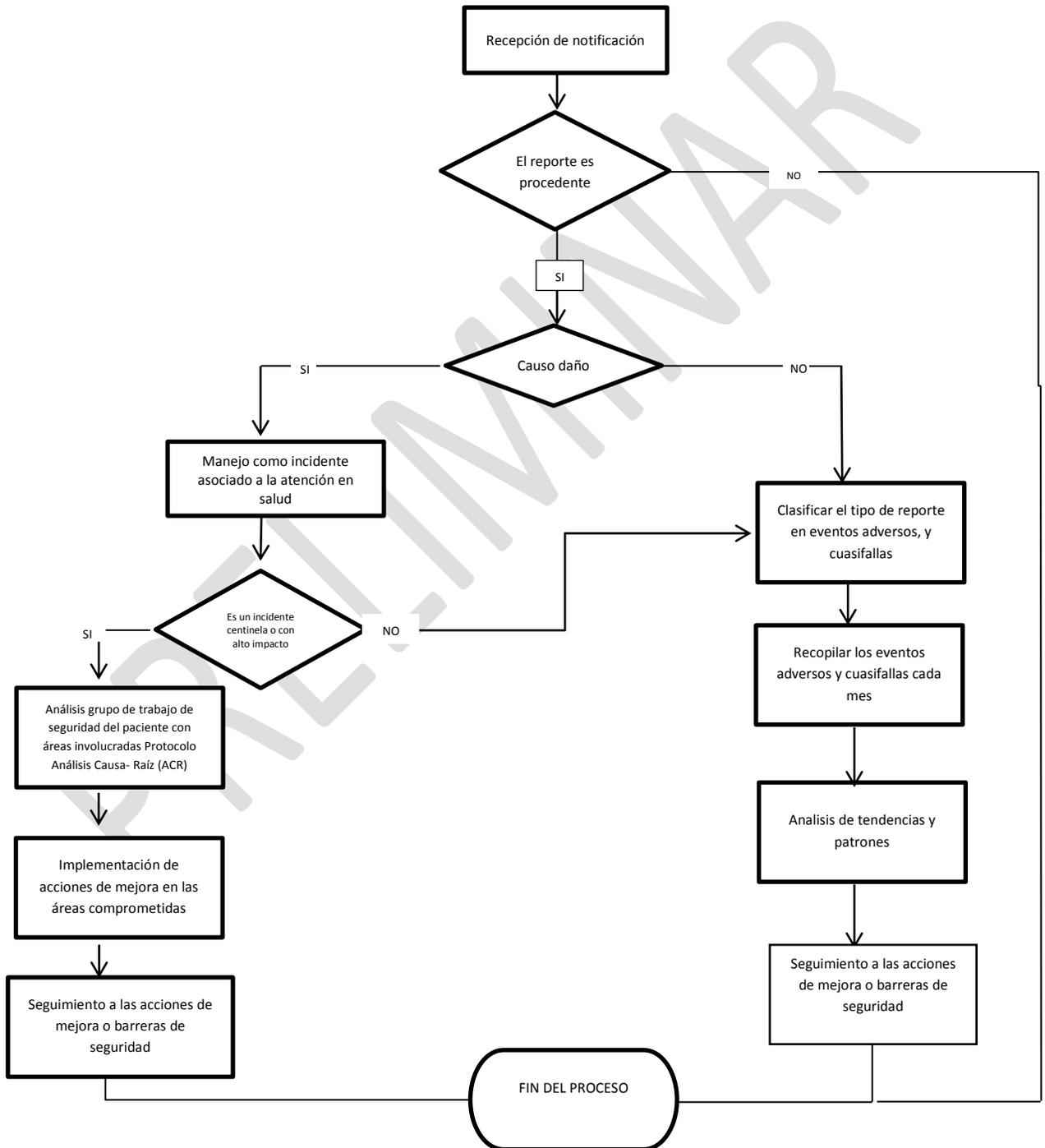
usuario



PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 178 de 236 |

Calidad y grupo de trabajo de seguridad del paciente



| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 179 de 236 |

4.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (Cuando Aplique) |
|--|--------------------------|
| Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 1-07-04 20-07-04 |
| Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF 08/09/2017 | No Aplica |
| Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaria de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |
| Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 180 de 236 |

| | |
|--|-----------|
| General. | |
| Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018. SiNaCEAM. Consejo de salubridad general. 2018 | No aplica |

5.0 REGISTROS.

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| Notificación del incidente | 5 años | Gestor de Calidad | No aplica |
| Formato para la implementación de acciones de mejora | 5 años | Gestor de calidad | No aplica |
| Formato de notificación de eventos adversos, eventos centinelas o cuasifallas | 5 años | Gestor de calidad | No aplica |

6.0 GLOSARIO.

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP). Órgano de carácter técnico- consultivo, que vincula y conduce la calidad y seguridad de los/las pacientes, es un comité integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora que se desarrollan en los establecimientos de atención médica.

| | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|
|  <p>CUASIFALLA: El accidente, la herida o la enfermedad, pero no lo hizo, o por casualidad o por la intervención oportuna.</p> <p>EVENTO ADVERSO: Situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud de los/las pacientes.</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> | Rev: | |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> | Hoja: 181 de 236 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | | |

EVENTO CENTINELA: Evento Adverso que involucra la presencia de la muerte inesperada, pérdida permanente grave de una función, daño psicológico grave o una cirugía incorrecta.

ERROR DE MEDICACIÓN: Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño a los/las pacientes, durante cualquiera de los procesos que conforman el sistema de medicación.

SEGURIDAD DE LOS/LAS PACIENTES: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

9.0 CAMBIOS A ESTA VERSIÓN.

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica | No aplica | No aplica |

10.0 ANEXOS

ANEXO No. 1 LIGA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 182 de 236 |

hraei.gob.mx/incidencias/index.html

USUARIO: sinoi

CONTRASEÑA: reporte*incidencias

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 183 de 236 |

8.- PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HRAEI

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 184 de 236 |

1.0 PROPÓSITO

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito Hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones y establecer acciones de mejora continua relacionada con el clima de seguridad en el HRAEI

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico, paramédico, y de enfermería que otorga servicios en el HRAEI.

2.2 A nivel externo, como documento orientador para los estudiantes y pasantes, usuarios de los servicios ya sean pacientes, familiares o visitantes.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente

3.1 La participación del hospital en la medición de la cultura de seguridad del paciente debe ser aprobada por COCASEP.

3.2 Es responsabilidad del área de calidad realizar cada año en el mes la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la DGCES adapto a partir del desarrollado por la AHRQ.

3.3 La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza a través de la plataforma informática que la DGCES elaboro para este fin.

3.4 El registro de la encuesta “Cultura de seguridad del paciente” es anónima.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 185 de 236 |

3.5 El personal médico y de enfermería del HRAEI, de la muestra elegida participará en el llenado de la encuesta

3.6 El proceso de medición se hará de acuerdo al “Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente” establecido por la DGCES.

3.7 El responsabilidad del área de calidad presentar los resultados de la medición ante el COCASEP, el cual al seno del mismo se establecerán las acciones de mejora de la cultura de seguridad del paciente del HRAEI

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 186 de 236 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | N° Actividad | Descripción De La Actividad | Secuencia De Etapas |
|-------------------|--------------|---|---------------------|
| DGCES | 1.0 | 1.1 Realiza difusión, asesoría y capacitación del Proceso de Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente | Difusión |
| COCASEP DEL HRAEI | 2.0 | 2.1 Aprueba la Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente | Carta compromiso |
| | | 2.2 Se requisita y firman la "Carta Compromiso para la Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente. | |
| | | 2.3 La envían al Responsable de calidad junto con la minuta de la reunión del | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 187 de 236 |

COCASEP

| | | | |
|-----------------------------------|------------|---|---------------------------------------|
| REC o Enlace Institucional | 3.0 | <p>3.1 Ingresa los datos generales de las unidades en un archivo electrónico y lo envía al correo seguridad.pacientes@salud.gob.mx para el registro de los establecimientos de salud.</p> | Registro del HRAEI |
| DGCES | 4.0 | <p>4.1 Envía al REC las indicaciones generales, clave de acceso y contraseña, así como el plazo para la captura del cuestionario en línea.</p> | Envío de clave |
| REC | 5.0 | <p>5.0 Entrega clave de acceso, contraseña y plazo para la captura del cuestionario al Gestor de Calidad de cada hospital.</p> | Clave de acceso para el acceso |
| GESTOR DE CALIDAD | 6.0 | <p>6.0 Coordina la actividad en la cual una muestra representativa del personal operativo médico y de enfermería responderá en línea el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente.</p> | Selección de muestra |
| DGCES | 7.0 | <p>7.0 Realiza corte de datos recibidos y procesa resultados</p> | Procesa de resultados |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 188 de 236 |

RCE

8.0

8.1 Recibe los resultados del grado general de Cultura de Seguridad del paciente y el desglose de los valores obtenidos de las 12 dimensiones que la integran.

Envío de resultados

8.2 Envía al Gestor de Calidad y COCASEP, los resultados obtenidos con la aplicación del

GESTOR DE CALIDAD

9.0

9.1 Se presentan al COCASEP, los resultados de la medición de la cultura de seguridad del paciente

Análisis de datos y Elaboración del plan de acción

Implementa acciones de mejora continua

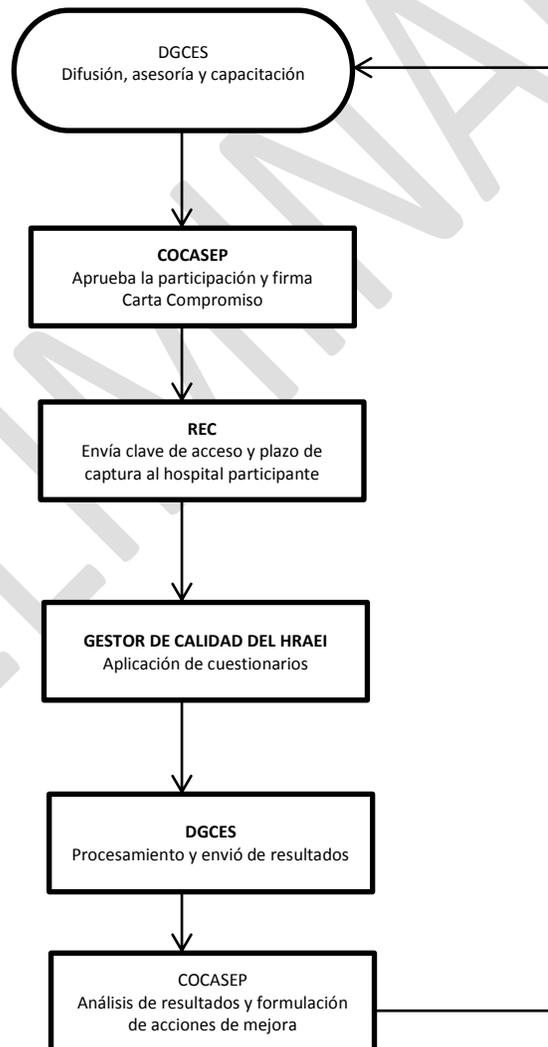
FIN DEL PROCEDIMIENTO

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 189 de 236 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 190 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (Cuando Aplique) |
|--|--------------------------|
| Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de de Ixtapaluca | No Aplica |
| Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | No Aplica |
| Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 1-07-04 20-07-04 |
| Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF 08/09/2017 | No Aplica |
| Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaria de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 191 de 236 |

| | |
|--|-----------|
| Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad General. | No Aplica |
|--|-----------|

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| Encuestas de cultura y seguridad del paciente | 5 años | Archivo clínico | |
| | 5 años | Archivo clínico | |

8.0 GLOSARIO

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 cada gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

COCASEP: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

REC: Responsable Estatal de Calidad

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 192 de 236 |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

10.0 ANEXOS

ANEXO NO. 1 CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DE MÉXICO.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 193 de 236 |

MANUSCRITO

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 194 de 236 |

6.- PROCEDIMIENTO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

PRELIMINAR

1.0 PROPÓSITO

Prevenir y reducir el daño al paciente asociado a las caídas mediante la evaluación oportuna CON EL FIN DE mejorar la seguridad en la atención en las áreas ambulatorias y hospitalarias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 195 de 236 |

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno, para todo el personal médico, paramédico así como también al inversionista proveedor

2.2 A nivel externo. Aplica a pacientes, familiares o visitantes; como también a personal en formación.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, LINEAMIENTOS Y NORMAS.

3.1 La Dirección General a través de las diferentes Direcciones y Subdirecciones son los encargados de cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y lineamientos establecidos para llevar a cabo la acción esencial de seguridad del paciente "reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas"

3.2 Todo paciente que ingrese al servicio de hospitalización, áreas quirúrgica y áreas ambulatorias como quimioterapia, radioterapia, rehabilitación, laboratorio, imagen, banco de sangre se le realizará la valoración de riesgo de caídas.

3.3 Es responsabilidad del personal de enfermería encargado de la atención del paciente realizar valoración y revaloración del riesgo de caídas, utilizando la escala J.H.DOWNTON.

Anexo 1.

3.4 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería que atienden directamente al paciente, informar a los pacientes, familiares y cuidadores al ingreso y durante su estancia sobre la importancia del riesgo de caída y las medidas de seguridad que se deben aplicar para prevenirlas como:

- Conocer el riesgo de caída de su paciente.
- Conocer los cuidados e intervenciones específicos que tiene su paciente para prevenir la caída.
- Informar al personal de enfermería a cargo de su atención cuando deja solo a su paciente.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 196 de 236 |

- Informar a los demás cuidadores del paciente el riesgo de caídas así como las intervenciones para prevenirlas.

3.5 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes de los servicios ambulatorios, u hospitalarios: Anexo 2

- En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, levantar siempre los barandales.
- Verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos de las sillas de ruedas
- Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
- Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo al protocolo establecido en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.
- Colocar interruptor de timbre y de la luz al alcance del paciente.
- Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.
- Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- Verificar que el paciente use sandalias con suela antiderrapante.
- Colocar en la regadera una silla de baño para el paciente.
- Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.
- Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- Explicar al paciente y familiar o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito.

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

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 197 de 236 |

3.7 La jefe de enfermera del servicio correspondiente debe supervisar que los pacientes con agitación psicomotora, y/o alteraciones psiquiátricas, deben permanecer con un familiar.

3.8 Es responsabilidad del personal médico y paramédico que detecte fallas en camillas, iluminación, timbre o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente etc. debe reportar inmediatamente levantando un ticket al área correspondiente.

3.9 Los pacientes pediátricos deben estar acompañados por un familiar permanentemente, durante su atención o al traslado de estudios y/o procedimientos.

3.10 El personal de enfermería del servicio de pediatría, responsable del paciente debe Informar a los familiares que el menor debe permanecer en su cama o cuna siempre con los barandales en posición elevada y los frenos colocados.

3.11 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al usuario a través del personal de trabajo social informar a los pacientes y familiares sobre las medidas generales para la prevención del riesgo de caídas.

3.12 El personal de limpieza del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

3.13 En caso de que el paciente sufra una caída, la persona que lo identifico deberá notificar inmediatamente al Sistema de Notificación de Incidentes institucional (SINOI).

3.14 Es responsabilidad del área de calidad dar seguimiento del evento de caída.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | N° Actividad | Descripción De La Actividad | Documentación |
|-----------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------|
| Personal operativo de enfermería. | 1 | Valora del riesgo de caídas Anexo 1 | Escala de Dowton |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 198 de 236 |

| | | | |
|----------------------------------|----|--|---|
| Personal operativo de enfermería | 2 | Documenta el riesgo de caídas y coloca la tarjeta de riesgo de caídas sobre la cabecera del paciente Anexo 4 | Hoja registro enfermería Tarjeta de riesgo de caídas |
| Personal operativo de enfermería | 3 | Identifica riesgo de caídas y lo documenta | Notas medicas |
| Personal operativo de enfermería | 4 | Implementa medidas preventivas de acuerdo al riesgo. Anexo 2 | |
| Personal operativo de enfermería | 5 | ¿Sufre caídas el paciente? SI: Valora al paciente y notifica al médico para su valoración y manejo | |
| Personal operativo medico | 6 | Valora e indica si es necesario radiografía, observación y evalúa y trata lesiones | Registro medico |
| Personal operativo medico | 7 | Documenta acciones tomadas | Registro medico |
| Personal operativo de enfermería | 8 | Se notifica al SINOI y se informa a calidad | SINOI |
| Área de calidad | 9 | Realiza seguimiento y registra formato de caídas | Formato de caidas |
| Personal operativo de enfermería | 10 | Se documenta la caída en los registros de enfermería | Registros de enfermería |
| Personal operativo de enfermería | 11 | NO: Sufre caídas el paciente Revalora el riesgo de caídas en cambio de turno, cambio de servicio o área, cambio en estado de salud, cambio o modificaciones del tratamiento y continuar con los pasos. | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 199 de 236 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

Dirección de operaciones.

Dirección medica

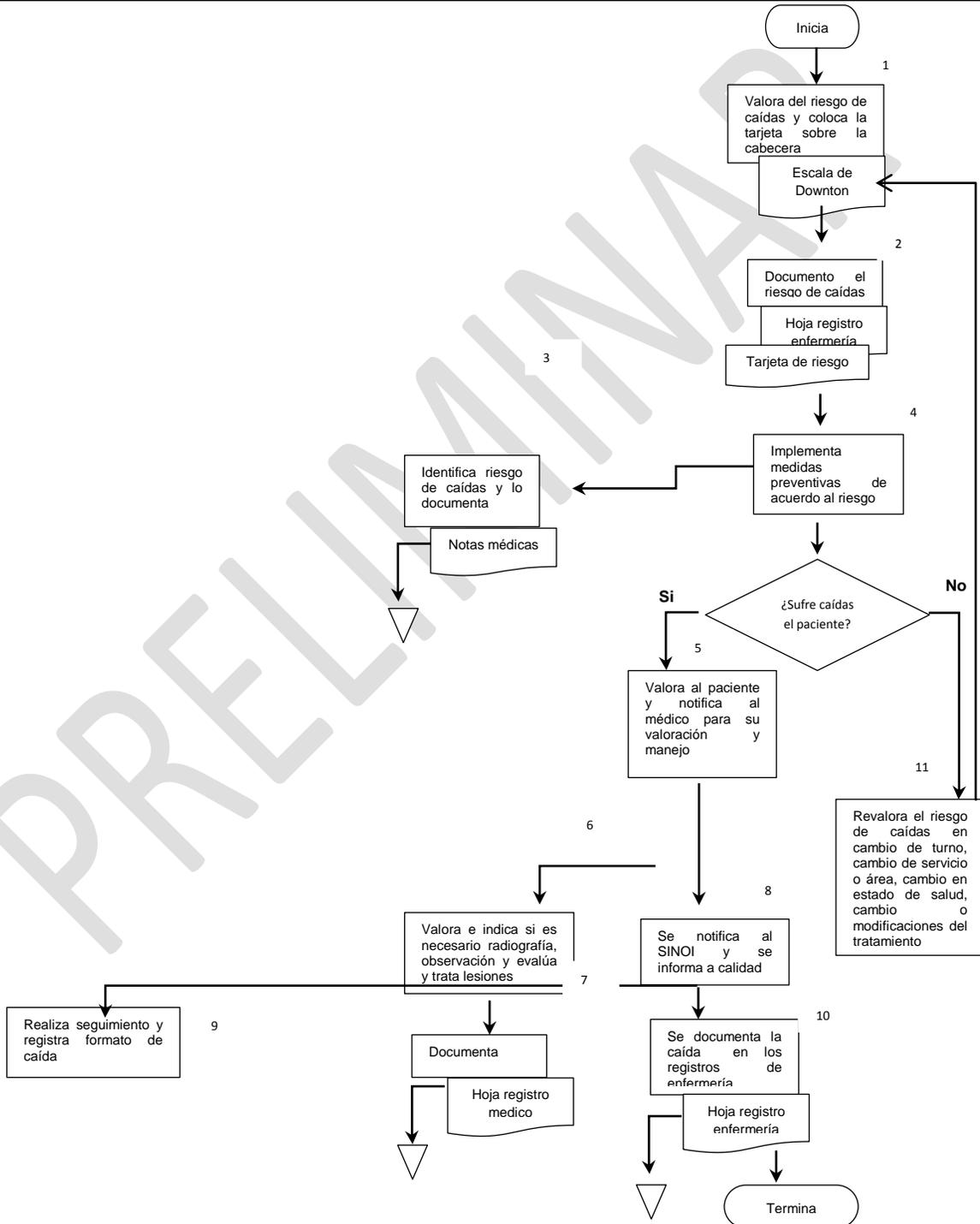
Subdirección de enfermería

Área de Calidad

Personal de enfermería operativo

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 200 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 201 de 236 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| DOCUMENTOS | CÓDIGO (CUANDO APLIQUE) |
|---|---------------------------|
| 6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca ACTUALIZADO | No Aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca ACTUALIZADO | No Aplica |
| 6.3 Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Ixtapaluca | No Aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 Septiembre 2013 |
| 6.5 Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015, Tercera edición. | No Aplica |
| 6.6 Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Comisión Permanente de Enfermería. 2010. | No Aplica |
| 6.7 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF 08/09/2017 | No Aplica |
| 6.8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General, Secretaria de salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | No Aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 202 de 236 |

| | |
|---|-----------|
| 6.9 Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Vigente a partir del 15 de septiembre de 2017. Consejo de Salubridad General. | No Aplica |
|---|-----------|

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Registro Clínico de Enfermería (expediente clínico) | 5 años | Archivo clínico | |
| 7.2 Formato de notificación y seguimiento a caídas | 5 años | Área de calidad | |
| 7.3 Registros médicos (expediente clínico) | 5 años | Archivo clínico | |

8.0 GLOSARIO

CAÍDA: La OMS la define como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

RIESGO: Es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre, la vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero sin embargo los riesgos pueden reducirse o manejarse.

RIESGO DE CAÍDA: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de un paciente de contraer un cambio de posición brusco e involuntario a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 203 de 236 |

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS: Aplicación inicial de una determinada escala (caídas) para identificar qué riesgo de caídas tiene el paciente en el ámbito hospitalario y ambulatorio.

REVALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS: Aplicar la escala de riesgo de caídas en cada cambio de turno, cambio de área o servicio, cambio del estado de salud, cambio o modificación del tratamiento.

ESCALA DE DOWNTON: Escala que se aplica para identificar el riesgo de caídas.

SINOI: Sistema de notificación de incidencias al cual se notifica los eventos adversos, eventos centinelas y cuasifallas el personal de salud del HERAEI.

9.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 204 de 236 |

10.0 ANEXOS

10.1 ANEXO NO. 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON

10.2 ANEXO NO. 2 MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS

10.3 ANEXO NO. 3 SEMAFORIZACION DE RIESGO DE CAIDAS

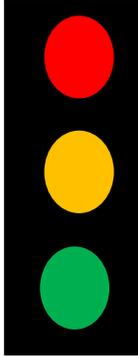
10.4 ANEXO NO. 4 MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE

10.5 ANEXO NO. 5 HOJA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 205 de 236 |

10.1 ANEXO NO. 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

| | VARIABLES | PUNTAJE | | |
|----------------------------|------------------------------|---------|---|--|
| Caídas Previas | No | 0 |  | <div style="background-color: red; color: white; padding: 5px; text-align: center;">3 o más ALTO RIESGO</div> <div style="background-color: yellow; color: black; padding: 5px; text-align: center;">1 A 2 MEDIANO RIESGO</div> <div style="background-color: green; color: white; padding: 5px; text-align: center;">0 a 1 BAJO RIESGO</div> |
| | Si | 1 | | |
| Uso de Medicamentos | Ninguno | 0 | | |
| | Tranquilizantes – Sedantes | 1 | | |
| | Diuréticos | 1 | | |
| | Hipotensores (no diuréticos) | 1 | | |
| | Anti parkinsonianos | 1 | | |
| | Antidepresivos | 1 | | |
| Déficit Sensorial | Otros medicamentos | 1 | | |
| | Ninguna | 0 | | |
| | Alteraciones visuales | 1 | | |
| | Alteraciones auditivas | 1 | | |
| Estado Mental | Extremidades | 1 | | |
| | Orientado | 1 | | |
| | Confuso | 1 | | |
| Deambulaci3n | Normal | 0 | | |
| | Segura con ayuda | 1 | | |
| | Insegura con ayuda | 1 | | |
| | No deambula | 1 | | |
| PUNTAJE OBTENIDO | | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 206 de 236 |

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DOWNTON

| FACTORES DE RIESGOS | CONCEPTUALIZACIÓN | ESPECIFICACIÓN |
|---|---|---|
| CAIDAS PREVIAS | Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno de caídas, y no refiere haber presentado caídas; sin embargo está expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional. | Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas, tripies, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc. |
| INGESTA FARMACOLÓGICO QUE IMPLICA RIESGO | Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo. | Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepressivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores. |
| DEFICIT SENSORIALES | Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación. | Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación) |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 207 de 236 |
| | | orotraqueal) y psicológicas (psicosis). | |

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DOWNTON

| FACTORES DE RIESGOS | CONCEPTUALIZACIÓN | ESPECIFICACIÓN |
|----------------------|---|--|
| ESTADO MENTAL | <p>Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.</p> | <p>Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico</p> |

| | | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Rev: |
|---------------------|--|---|------|
| DEAMBULACIÓN | Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo. | <p>Dentro de este grupo se consideran: Usuarios menores de 6 años y mayores de 65 años. Usuarios con deterioro músculo esquelético (fracturas, artritis). Deterioro neuromuscular(traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptúales). Lesiones de columna vertebral, enfermedad, síndrome de desuso (reposo prolongado), antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado), disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos</p> | |

ANEXO NO. 2 MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS

PRELIMINAR

| | | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev: |
|----------------|----------------|---|--|------|
| | | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD | | |
| PUNTOS | RIESGO | INTERVENCIONES DE SEGURIDAD | | |
| 0 a 1 puntos | BAJO RIESGO | <p>PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESENCIALES PARA LA CALIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO</p> <p>Uso de barandales en ambos lados de la cama o de la camilla. Acercar los objetos de uso personal. Educar al paciente sobre el riesgo de caídas y como prevenirlas. Educar al paciente para cuando necesite deambular avise a la enfermería. Acerque el timbre y verifique previamente de su funcionamiento. Explíquelo como usarlo.</p> | | |
| 1-2 puntos | MEDIANO RIESGO | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de barandales por ambos lados de la cama o de la camilla. • Bajar la cama, cuando se quiera levantar el paciente. • Al iniciar la de ambulación, sentar al usuario al borde de la cama durante 15 minutos antes de ponerlo de pie, de preferencia acompañado de su familiar. • Trasladar al paciente en silla de ruedas o camilla cuando se identifican como mediano riesgo de caídas • Educación al familiar sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas • Acerque el timbre y verifique previamente de su funcionamiento. Explíquelo como usarlo | | |
| 3 o más puntos | ALTO RIESGO | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento permanente de un familiar y Familiar avise a enfermería cuando se va a retirar de la habitación. • Visitas frecuentes a la unidad del paciente. • Uso de barandales permanente por ambos lados de la cama o de la camilla. • Vigilancia continua por enfermería. • Inmovilizar y sujeción en caso necesario y verificación de las condiciones. • Mantener la cama en su nivel más bajo. • Auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente. • Colocar de objetos de uso institucional y personal al alcance del usuario. • Educación permanente al familiar sobre las intervenciones de seguridad | | |

ANEXO NO. 4 SEMAFORIZACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS



| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 210 de 236 |



10.4 ANEXO NO. 4 HOJA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD (HTAFALUCA)
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

NOTIFICACION Y SEGUIMIENTO DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|--|------------------------|--|-------------------------------|--|----------|--|
| Nombre | | Estar | | Género | | HABITACION | | PROMEDIO | |
| Colaboración de ingreso | | | | Servicio | | | | | |
| Fecha de caída | | Hora de caída | | Día de semana de caída | | Días de estancia hospitalaria | | | |
| Paciente caído REPORTA al accidente (sin cambios) | | | | Tipo de reporte | | | | | |

1. Lesión como consecuencia de la caída

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Abrasión/lesión | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Quemadura | <input type="checkbox"/> Contusión | <input type="checkbox"/> Hematoma |
| Pérdida de la conciencia | <input type="checkbox"/> Muerte | <input type="checkbox"/> Sin lesión | <input type="checkbox"/> Otras | <input type="checkbox"/> Especifique |
| Localización de la lesión | | | | |
| Descripción breve de la caída | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Lugar | <input type="checkbox"/> Habitación | <input type="checkbox"/> Baño | <input type="checkbox"/> Pasillo | <input type="checkbox"/> Escalera | |
| Equipo involucrado | <input type="checkbox"/> Cama cama | <input type="checkbox"/> Silla sillon Rejones | <input type="checkbox"/> Banco de altura | <input type="checkbox"/> Pés regañé | <input type="checkbox"/> reodera |
| | <input type="checkbox"/> Rielera portátil | <input type="checkbox"/> Escalera estrobiles | <input type="checkbox"/> Súpion por otro persona | <input type="checkbox"/> Inadara | |
| | <input type="checkbox"/> Transporte silla de ruedas, camilla | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Estado | <input type="checkbox"/> Paciente solo al momento de la caída | <input type="checkbox"/> Acompañado | <input type="checkbox"/> Tiempo liberado funcionando | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 10 |
| | <input type="checkbox"/> Refugiado en silla | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> Espacio libre de riesgo en sitio de caída | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Actividad asociada | <input type="checkbox"/> Desembalado | <input type="checkbox"/> Cambio de posición | <input type="checkbox"/> Traslado a silla cama | | |
| | <input type="checkbox"/> Eliminación - WC | <input type="checkbox"/> Aseo | <input type="checkbox"/> Abandono sillas | | |
| Uso de medicamentos | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Hipotensivos | <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes | <input type="checkbox"/> Antihipertensivos | <input type="checkbox"/> Antiácidos |
| | <input type="checkbox"/> Insulínicos | <input type="checkbox"/> Oncológicos | <input type="checkbox"/> Químicos | <input type="checkbox"/> Ureolíticos | <input type="checkbox"/> Ninguno |

2. Estado del paciente antes de la caída

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|---|
| Historia de caídas previas | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Si en domicilio | <input type="checkbox"/> Si en la vía pública | <input type="checkbox"/> Si en el hospital | |
| Estado de conciencia | <input type="checkbox"/> Alerta | <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Sedado | <input type="checkbox"/> Inconsciente | <input type="checkbox"/> Con efectos residuales de la anestesia |
| Alteraciones o defectos sensoriales | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Audición disminuida | <input type="checkbox"/> Visión disminuida | <input type="checkbox"/> Alteración del equilibrio | |
| Eficiencia | <input type="checkbox"/> Completa | <input type="checkbox"/> Usa ayudas técnicas | <input type="checkbox"/> Restringida | <input type="checkbox"/> En cama | |
| Peso o demencia | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Cambiador | <input type="checkbox"/> Inestable | <input type="checkbox"/> Dificultad en transferencias | |
| Condición clínica del paciente | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Estable pero requiere de observación constante | <input type="checkbox"/> Estable con monitorización invasiva | <input type="checkbox"/> Inestable que requiere de múltiples intervenciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia de vida insegura |

3. Acciones contingentes implementadas

| |
|--|
| |
| |
| |

ONAL
DAD
C A

10.5 ANEXO NO. 5 MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 212 de 236 |

| MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE | |
|---|---|
| ✓ | Revisar que la camilla y barandales estén en buenas condiciones. |
| ✓ | Evitar dejar al paciente sin vigilancia. |
| ✓ | Evitar lesionar al paciente en el momento del traslado. |
| Las personas deben adoptar una posición firme y de seguridad, aplicando principios de la mecánica corporal. | |
| ✓ | Evitar producir dolor al realizar la movilización. |
| ✓ | No sustituir un movimiento por otro. |
| ✓ | Revisar que la silla este en buenas condiciones. |
| ✓ | Vigilar las reacciones del paciente. |
| ✓ | Cuidar al paciente para que realice el menor esfuerzo posible. |
| ✓ | Suspender el traslado en presencia de lipotimias o alguna otra alteración notificando al personal médico o de enfermería más cercano. |
| ✓ | Orientar al paciente sobre el manejo de la silla. |
| ✓ | Cuidar en todo momento, evitando tracción y acodamiento de: líneas vasculares, venoclisis, sondas, drenajes, catéteres, etc. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 213 de 236 |

7. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.

PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 214 de 236 |

1. PROPÓSITO

Establecer un sistema de reporte de cuasifallas, eventos adversos, y eventos centinelas en todas las áreas de atención del HRAEI, para identificar, corregir y prevenir la repetición de estos, a través del registro y análisis con el objetivo de mejorar la atención con calidad y seguridad al paciente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento es aplicable a todo el personal médico, paramédico, de enfermería, administrativo y personal rotatorio que labora en el HRAEI.

2.2 A nivel externo: el procedimiento se aplica a todo el personal a terceros prestadores de servicios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad de los directores, subdirectores, asistentes de dirección, jefes de guardia de enfermería y médico, jefes de servicio de enfermería y médico, difundir y apoyar el reporte de eventos adversos, evento centinela y cuasifalla de carácter no punitivo, asegurando que todo el personal que efectúe un reporte / notificación esté libre de represalias o castigos como resultado de este.

3.2 Es responsabilidad del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo que labora en el HRAEI, reportar conforme al procedimiento establecido al Sistema SINOI, todo evento centinela, adverso o cuasifalla observado o en el que haya sido participe.

3.4 Todo el personal que labora en el HRAEI está facultado para notificar incidentes relacionados con la atención en salud (eventos adversos, cuasifallas y eventos centinelas) de manera voluntaria y anónima.

3.5 Es responsabilidad del área de calidad capacitar al personal de HRAEI, para que conozcan el uso de la plataforma SINOI y los eventos adversos, eventos centinela y cuasi-fallas a notificar.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 215 de 236 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento o anexo |
|---------------------|----------|--|-------------------------------|
| Usuario | 1 | Identifica el evento | |
| | 2 | Notifica evento de manera electrónica en el SINOI o escrita en el Formato para el Reporte de Eventos | Registro del SINOI Formato |
| | 3 | Informa el evento ocurrido al jefe inmediato. | |
| Área de Calidad | 4 | Revisa la notificación en el SINOI o en el Formato para el Reporte de Eventos Adversos que llenaron y entregaron las diferentes áreas hospitalarias. | Registro del SINOI Formato |
| | 5 | Identifica, clasifica y registra en el Sistema de SREA de la DGCES y obtiene un folio del reporte. | Reporte de evento con folio. |
| | 6 | Identifica si el evento causa daño. ¿Causó daño? No: Identifica si se trata de un evento adverso o cuasifalla: | |
| | 7 | Analiza información recolectada mensualmente mediante tendencias y patrones y propone acciones de mejora. Pasa a la 16. | Plan de mejora |
| | 8 | SI: Identifica si es un evento centinela | |
| | 9 | ¿Es un evento centinela? NO: Se remite información a las áreas involucradas. | |
| Responsable de área | 10 | Implementa acciones correctivas y/o preventivas inmediatas | |
| | 11 | Envía informe al área de calidad. Pasa a la actividad 21. | |

| | | | | |
|---|---|--|---|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | | Hoja: 216 de 236 |
| Área de calidad | 12 | SI: Convoca a grupo de trabajo de seguridad del paciente. | | |
| Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente | 13 | Realiza el análisis del Evento con la metodología de Causa-Raíz | | Minuta de reunión |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|-------------------|
| Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente | 14 | Recolecta evidencia documental y/o por entrevista en un máximo de 7 días naturales, posterior a la sesión del evento centinela. | |
| | 15 | Analiza información recolectada y propone acciones de mejora. | |
| | 16 | Prepara informe y envía al Secretario Técnico del COCASEP para que se considere en la orden del día de la sesión correspondiente. | Informe |
| COCASEP | 17 | Analiza el Plan de Mejora propuesto y hace recomendaciones a la propuesta. | |
| | 18 | Aprueba el Plan de mejora | |
| | 19 | Instruye a los Responsables de área para el cumplimiento del Plan de Mejora | |
| Responsable de Área | 20 | Implementa el Plan de Mejora y da seguimiento a la ejecución de las acciones. | |
| Área de Calidad | 21 | Da seguimiento a la implementación de las acciones y realiza informe | |
| | 22 | Presenta informe a COCASEP Termina procedimiento. | |

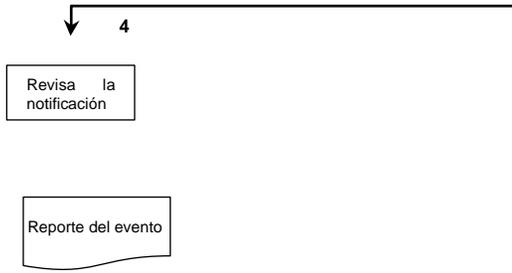
| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 217 de 236 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO

COCASEP RESPONSABLE DEL AREA ÁREA DE CALIDAD GRUPO DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE USUARIO

PRELIMINAR

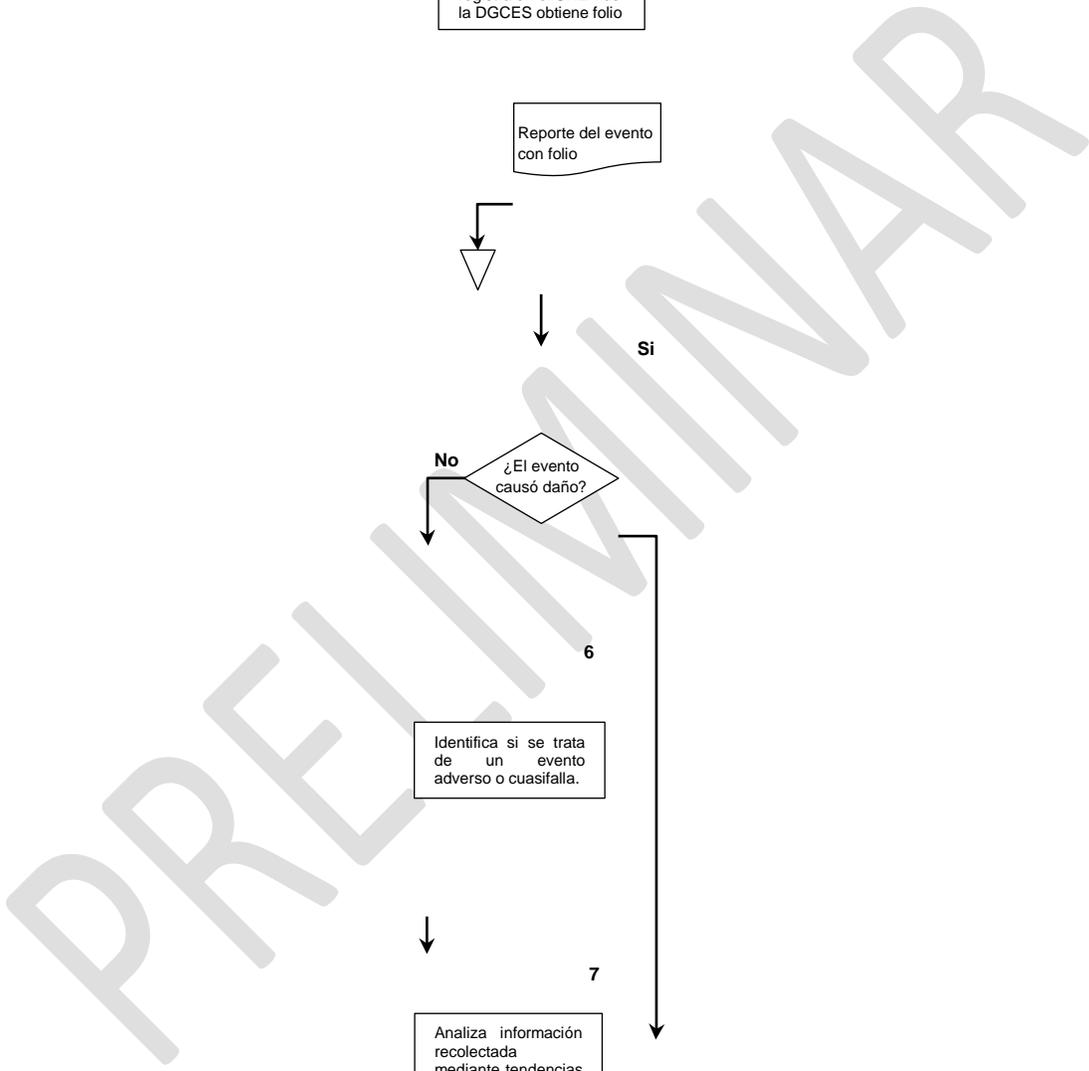
| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 218 de 236 |



PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 219 de 236 |

Identifica, clasifica Y registra en el SREA de la DGCEs obtiene folio



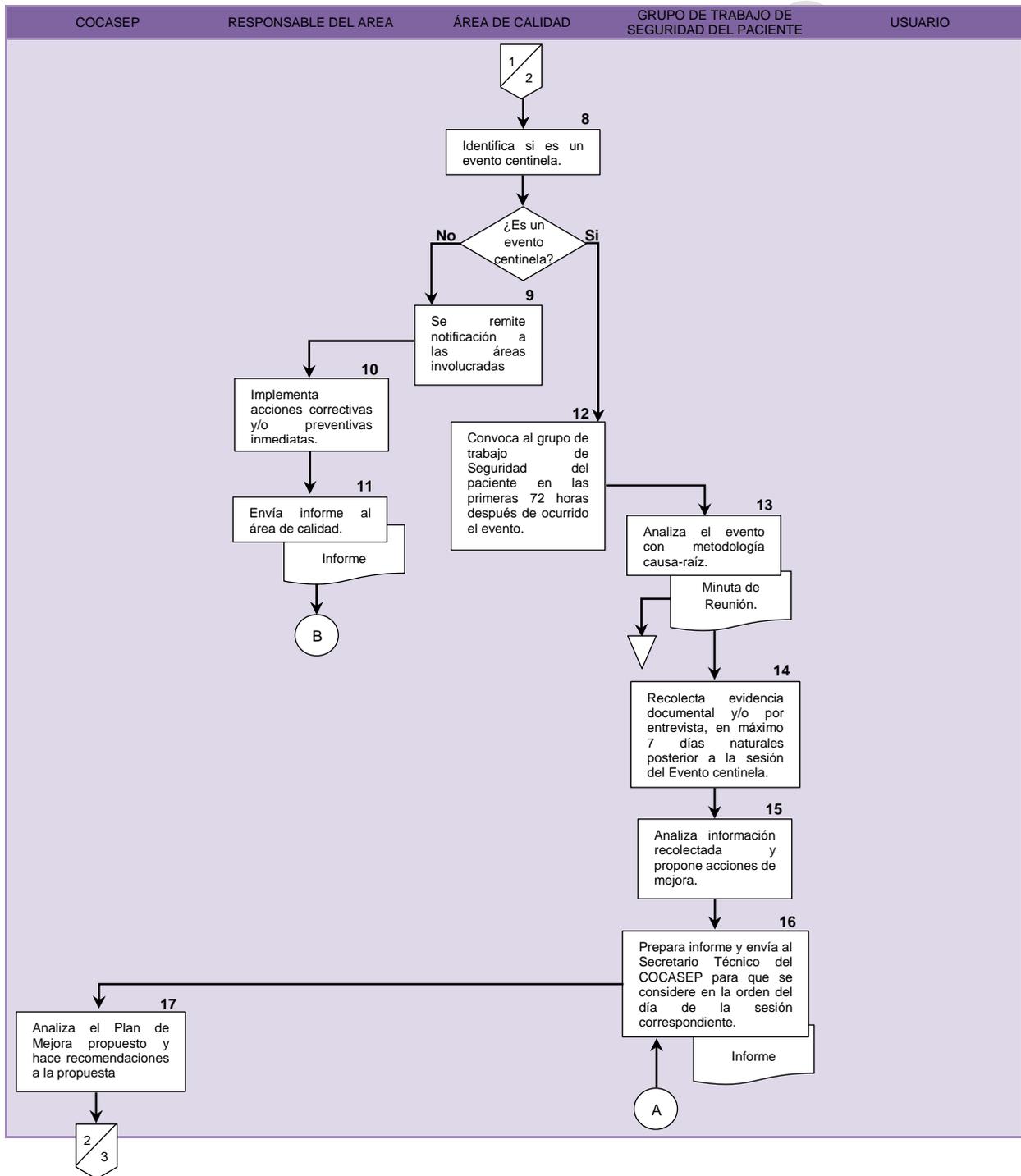
Plan de mejora

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 220 de 236 |



PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 221 de 236 |

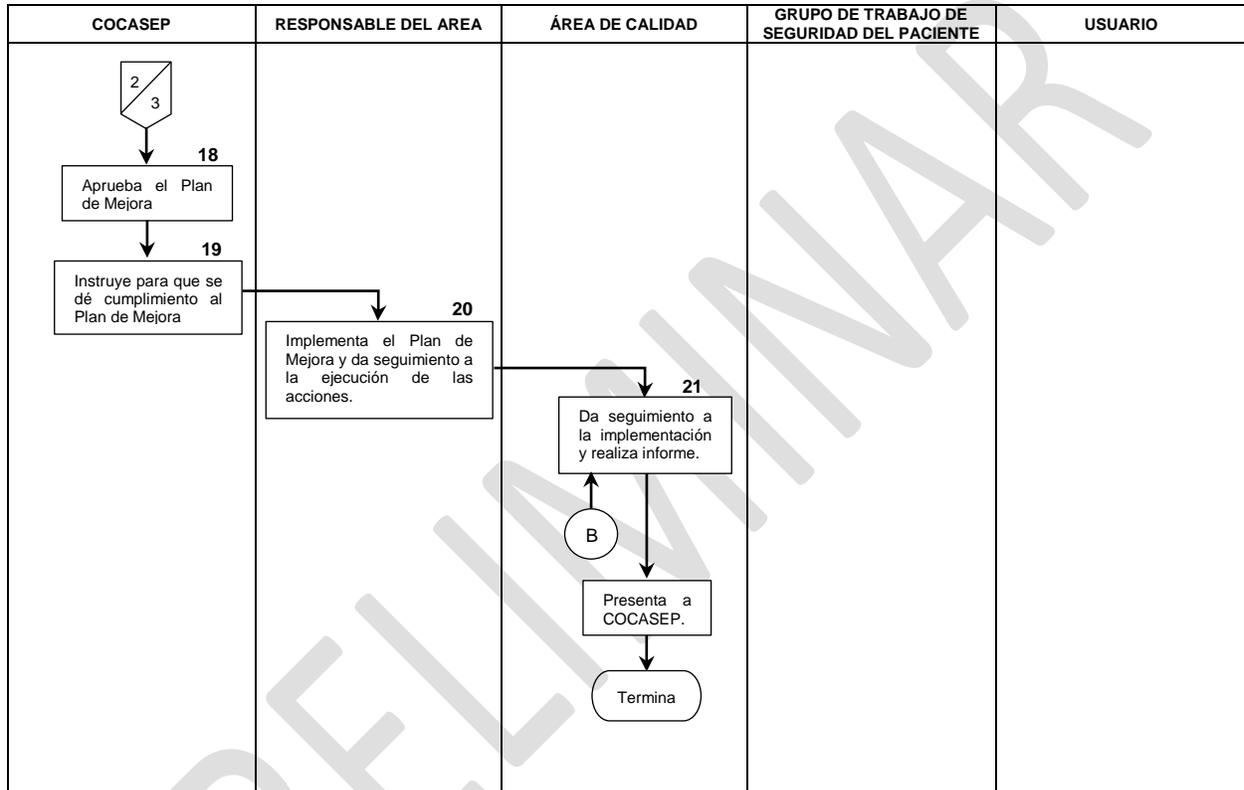


| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 222 de 236 |



PRELIMINAR

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 223 de 236 |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 224 de 236 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.3 Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, | N/A |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | Rev. 06 septiembre 2013. |
| 6.5 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Seguridad General, Secretaria de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | N/A |
| 6.6 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente". DOF. 08/09/2017. | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 225 de 236 |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Formato para la implementación de acciones de mejora. | 5 años | Área de Calidad | N/A |
| 7.2 Formato de notificación de eventos adversos, eventos centinelas o cuasifallas. | 5 años | Área de Calidad | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

SINOI: Sistema de notificación de incidentes establecido por el HRAEI para la notificación de eventos adversos, eventos centinelas y cuasifallas.

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP). Órgano de carácter técnico- consultivo, que vincula y conduce la calidad y seguridad de los/las pacientes, es un comité integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora que se desarrollan en los establecimientos de atención médica.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 226 de 236 |

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

FALLAS EN LA ATENCIÓN: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los

procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

EVENTO CENTINELA; “Todo hallazgo que involucra la muerte imprevista o la pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente”. Se encuentra:

- 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.
- 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.

| | | | |
|---|---|---|--|
|  EVENTO ADVERSO , todo aquel daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención servicios de salud que se le otorgan en el HRAEI | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN | | SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| No aplica | No aplica | No aplica |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Liga de reporte de eventos Adversos.

| | | | |
|---|---|---|------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |

ACCESA A INTERNET

USUARIO: sinoi

CONTRASEÑA: sinoi2019

hraei.gob.mx/incidencias/index.html

USUARIO: sinoi

CONTRASEÑA: reporte*incidencias

228

10.2 REPORTE DE EVENTOS



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OAXACA

REPORTE DE EVENTOS DE SEGURIDAD



I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Folio _____

II. INFORMACIÓN DEL EVENTO : CUASIFALLA _____ EVENTO ADVERSO _____ EVENTO CENTINELA _____

Fecha de reporte _____ Fecha del incidente _____ Área o servicio _____

Turno _____ Tipo de evento _____ Personal que detecta el evento _____

III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O EVENTO DE SEGURIDAD:

IV. MEDIDAS ADOPTADAS:

V. SEGUIMIENTO:

VOMBRE DE QUIEN REPORTA _____ CARGO _____

VOTIFICACIÓN A CALIDAD _____ FECHA _____

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev: |
| | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Hoja: 229 de 236 |

8.- PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA (HRAEI).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección de Operaciones

Subdirección de Ingeniería Biomédica



Rev:

2. Procedimiento para medir la cultura de seguridad del paciente en el HRAEI

Hoja: 230
de 236

1. PROPÓSITO

Establecer la regulación documentada en áreas responsables y secuencia de las acciones para medir la cultura de seguridad del paciente, en todas las áreas de atención hospitalaria del HRAEI que favorezca las acciones de mejora continua con el objetivo de beneficiar el clima de seguridad del paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, de observancia obligatoria para todo el personal que labora en el HRAEI.
- 2.2 A nivel externo, NO APLICA.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) es el que autoriza la participación del hospital en la medición en la cultura de la seguridad del paciente.
- 3.2 Es responsabilidad del área de calidad realizar cada año la medición de la cultura de la seguridad del paciente.
- 3.3 Es responsabilidad de las direcciones y subdirecciones del HRAEI, participar en la encuesta de cultura de seguridad del paciente.
- 3.4 La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza a través de la plataforma informática que la DGCES, que se elaboró para este fin utilizando la metodología establecida.
- 3.5 Es responsabilidad del área de calidad presentar los resultados de medición ante el COCASEP, el cuál al seno del mismo se establecerán las acciones de mejora de la cultura de seguridad del paciente del HRAEI.

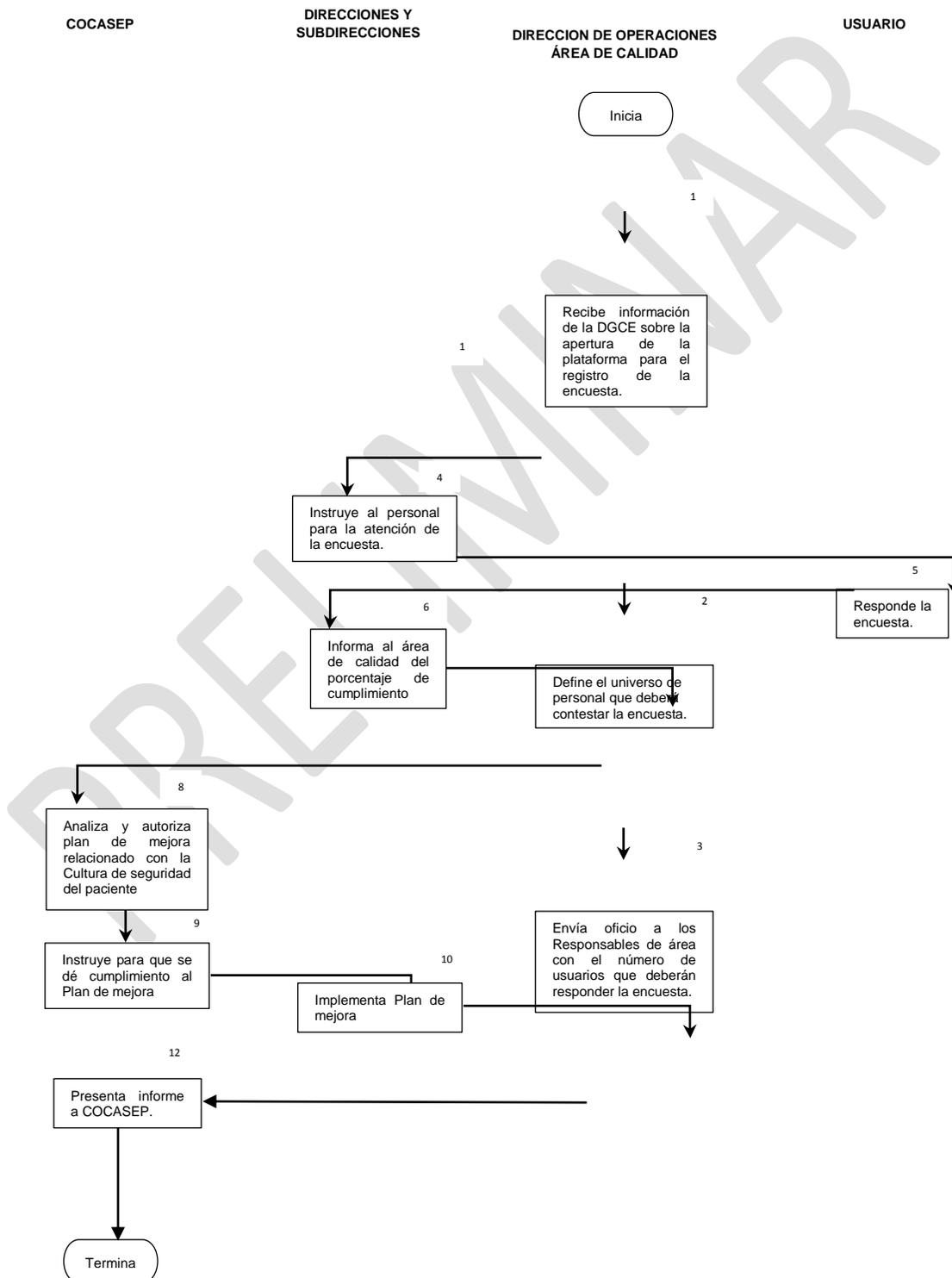
| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 231 de 236 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|-------------------|
| Dirección de operaciones Área de Calidad | 1 | Recibe información de la DGCE sobre la apertura de la plataforma para el registro de la encuesta. | |
| | 2 | Define el universo de personal que deberá contestar la encuesta. | |
| | 3 | Envía oficio a los Responsables de área con el número de usuarios que deberán responder la encuesta | Oficio |
| Direcciones y subdirecciones del HRAEI | 4 | Instruye al personal para la atención de la encuesta | |
| Usuario | 5 | Responde la encuesta. | |
| Direcciones y subdirecciones del HRAEI | 6 | Informa al área de calidad del porcentaje de cumplimiento | |
| Dirección de operaciones Área de Calidad | 7 | Presenta informe plan de mejora a COCASEP. | Plan de mejora |
| COCASEP | 8 | Analiza y autoriza plan de mejora relacionado con la Cultura de seguridad del paciente | |
| | 9 | Instruye para que se dé cumplimiento al Plan de mejora | |
| Direcciones y subdirecciones del HRAEI | 10 | Implementa Plan de mejora | |
| Dirección de operaciones Área de Calidad | 11 | Da seguimiento y elabora informe de avances en la implementación | |
| | | Presenta informe a COCASEP. | |

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 232 de 236 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 233 de 236 |

Plan de mejora

7

Presenta informe y plan de mejora COCASEP.

Plan de mejora

PRELIMINAR

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 234 de 236 |

11

Da seguimiento y elabora informe de avances en la implementación

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|--------------------------|
| 6.1 Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.3 Manual de Organización Autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, | N/A |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de | Rev. 06 septiembre 2013. |

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 235 de 236 |

| | |
|---|-----|
| procedimientos de la Secretaría de Salud. | |
| 6.5 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Seguridad General, Secretaria de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. | N/A |
| 6.6 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”. DOF. 08/09/2017. | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|---|---|
| 7.1 Encuesta de Cultura y Seguridad del Paciente. | 5 años | Dirección de operaciones Área de Calidad | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Código COCASEP- MAESP-03 |
| | MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | | Rev. |
| | PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN EN EL HRAEI | | Hoja: 236 de 236 |

8.1 CULTURA DE SEGURIDAD. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinen el compromiso con la gestión de Salud y la seguridad en la organización, estilo y competencia de cada gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

8.2 COCASEP. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

8.3 DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

8.4 Usuario. Personal médico y paramédico del HRAEI.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| No aplica | No aplica | No aplica |