

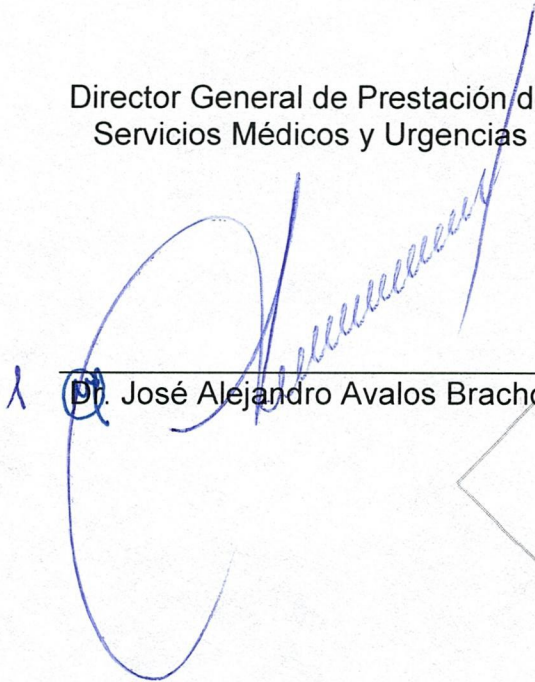


GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

SECRETARÍA DE SALUD

Director General de Prestación de
Servicios Médicos y Urgencias


Dr. José Alejandro Avalos Bracho





ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN	5
3. OBJETIVO GENERAL	9
4. LINEAMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES MÉDICAS	10
4.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	11
4.2. COMUNICACIÓN EFECTIVA	16
4.3. SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN	20
4.4. SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS	24
4.5. REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD	27
4.6. REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSAS DE CAÍDAS	29
4.7. REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS	32
4.8. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	34
5. ANEXOS	36
	37





1. INTRODUCCIÓN

Las personas tienen derecho al acceso a un sistema de salud público que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, deberá incluir medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas.

La Seguridad del Paciente en los procesos de atención médica ha tomado relevancia en la medida que los servicios médicos han incorporado un mayor número de actores, de servicio especializado y el incremento sustancial en el empleo de tecnologías y procedimientos cada vez más complejos, que buscan y logran brindar mayor oportunidad a la restauración de los daños a la salud de las personas.

Por ello se requiere fortalecer la organización y funcionamientos de los servicios hospitalarios con el objeto de prevenir lesiones innecesarias al paciente, secundarias a las condiciones de insuficiente seguridad y a posibles fallas en la atención médica, así como un efecto negativo en la calidad de la atención, su salud y un impacto económico importante tanto para el paciente como para los servicios de salud.

Con el propósito de mejorar, fortalecer y disminuir los riesgos en el paciente y las fallas del sistema en los hospitales de la Secretaría de Salud se han actualizado los Lineamientos para la aplicación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en las Unidades Hospitalarias tomando en cuenta el 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 emitido en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 2017.

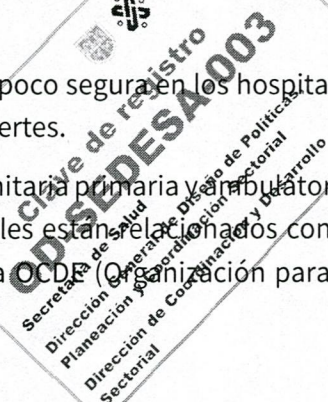
Situación actual

Según datos de la OMS (13 de septiembre de 2019): Los eventos adversos se deben a una atención poco segura son probablemente una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.

Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.

A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. En los países de la OCDE (Organización para la





cooperación y el Desarrollo Económico), el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es un resultado directo de eventos adversos.

Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes. Un ejemplo de prevención es involucrar a los pacientes, lo cual, si se hace bien, puede reducir la carga de los daños hasta en un 15%.





2. MARCO JURÍDICO ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN

Los principales ordenamientos jurídicos y administrativos en que se sustentan los lineamientos generales para la aplicación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente en las unidades médicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México son:

CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. - publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Vigente

Constitución Política de la Ciudad de México. Constitución Política de la Ciudad de México. Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de febrero de 2017. Vigente.

LEYES

Ley General de Salud. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Vigente

Ley de Salud de la Ciudad de México. Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 09 de agosto de 2021. Vigente

REGLAMENTO

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Vigente.

Reglamento de insumos para la salud. publicado en el Diario Oficial de la Federación el 04 de febrero de 1998. Vigente.

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. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08 septiembre 2017. Vigente





OTROS ORDENAMIENTOS

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la Práctica de la Anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para La Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio, Y De La Persona Recien Nacida. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de abril de 2016. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2016. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de enero de 1995. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para La Vigilancia Epidemiológica. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2015. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de febrero de 2001. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En Materia de Información en Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009. Vigente.

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, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2013. Vigente.

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

Clave de registro
OD-SE-ESA-003
Secretaría de Salud
Dirección General de Asesoría Política
Planación y Coordinación Sectorial
Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial



establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2006. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016. Instalación y operación de la farmacovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2017. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017. Para la organización, funcionamiento e de los Servicios de Radioterapia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 2018. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de julio de 2010. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, que establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 2020. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Vigente.

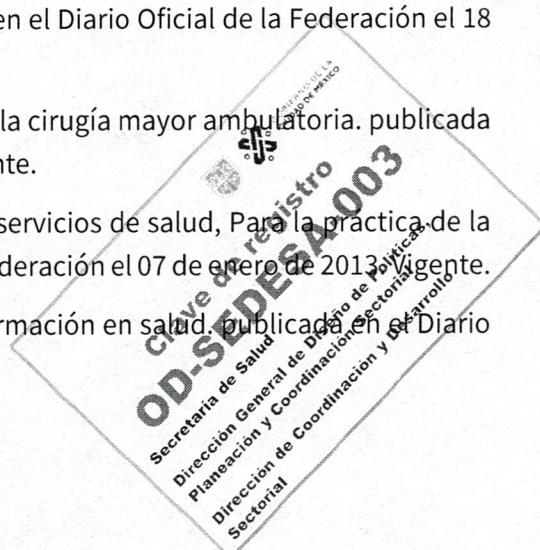
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013. Vigente

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de agosto de 2012. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de enero de 2013. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012. Vigente.





Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2013. Vigente.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2013. Vigente.

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. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2013. Vigente.

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. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2013. Vigente.

Manual Administrativo de la Secretaria de Salud, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Manual Administrativo, con número de registro MA-05/100120-E-SEDESA-SSPDF-37/010119, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 30 de diciembre de 2019. Vigente.

Lineamientos de Organización del Cuerpo de Gobierno en Unidades Hospitalarias. publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de noviembre de 2015. Vigente.





3. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos para la implementación, monitoreo, evaluación y mejora de las acciones esenciales para la seguridad del paciente en los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en concordancia con los estándares nacionales e internacionales aplicables.





4. LINEAMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES MÉDICAS

Para la implementación, la aplicación y evaluación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente hospitalario y ambulatorio, deberá realizarse en apego a lo dispuesto en los lineamientos de organización, procedimientos, guías técnicas y otros instrumentos, emitidos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, por lo que se describen las acciones esenciales para la seguridad del paciente siendo las siguientes:

- Identificación del Paciente
- Comunicación efectiva
- Seguridad en el Proceso de Medicación
- Seguridad en los Procedimientos
- Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
- Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Causa de Caídas
- Registro y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi fallas
- Cultura de Seguridad del Paciente

Los elementos básicos a atender en la implementación, monitoreo y evaluación de cada lineamiento específico de la acción esencial son los siguientes:

- Nombre de la acción esencial
- Concepto
- Objetivo

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente aplican al personal de todos y cada uno de los servicios o áreas hospitalarias de las unidades médicas, en donde se otorga atención hospitalaria, quirúrgica y ambulatoria.

La difusión y capacitación al personal para la correcta aplicación de las acciones esenciales, así como su supervisión, evaluación y retroalimentación operativa será responsabilidad de la Dirección, la Subdirección, Responsables de Servicio, Jefes de Enfermería y personal que tenga contacto con el paciente.





4.1. Identificación del Paciente

Concepto

La identificación del paciente es un procedimiento estandarizado, donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el personal de salud responsable de su cuidado; lo que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante su estadía en el hospital.

Objetivo

Identificar en forma inequívoca a derechohabiente y/o usuario a quien está dirigida la atención, procedimiento o tratamiento; para disminuir la probabilidad de errores realizados por el personal de salud durante el proceso de atención, para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Criterios de operación

Todos los documentos generados dentro del proceso de atención, incluyendo el Expediente Clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc., deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.

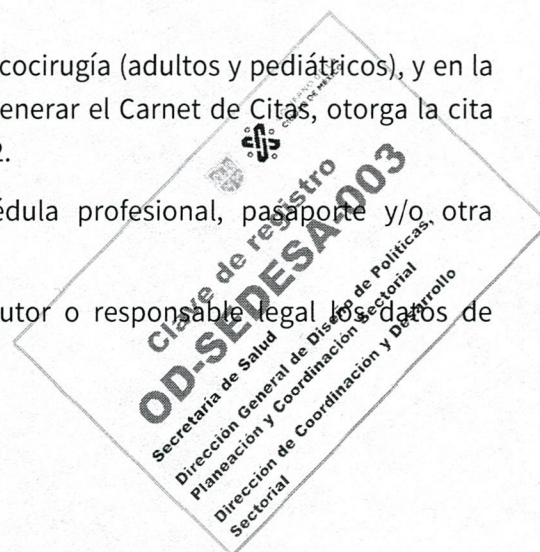
Los datos que se utilizan como identificadores inequívocos del paciente son Nombre completo del paciente (nombre(s), apellido paterno, apellido materno) y fecha de nacimiento del paciente (día, mes y año).

Los datos para la identificación correcta del paciente serán producto del interrogatorio directo, en caso de que el paciente no se encuentre en condiciones de proporcionar los datos solicitados se recurrirá a una fuente secundaria (familiar, tutor o persona responsable).

En los servicios de Consulta Externa, Admisión de Urgencias, Tococirugía (adultos y pediátricos), y en la Oficina de Archivo, el personal administrativo responsable de generar el Carnet de Citas, otorga la cita realizando la doble verificación (documental y verbal) anexo 1 y 2.

Se identificará físicamente al paciente a través de INE, cédula profesional, pasaporte y/o, otra identificación vigente.

Confirmará verbalmente la identidad del paciente, familiar, tutor o responsable legal los datos de identificación del paciente.





En la Oficina de Archivo Clínico se anotará los identificadores inequívocos del paciente en la carátula del Carnet de Citas, en los servicios de Urgencias y Tococirugía, se anotará en la hoja que se genera para atención médica Nota de Historia Clínica (NHC) en el Sistema de Administración Medica e Información Hospitalaria SAMIH). Anexo 1.

En caso de que el usuario ingrese a la unidad hospitalaria y no pueda proporcionar sus datos, la identificación se llevará a cabo registrando como nombre temporal “desconocido”, género, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha y hora de ingreso, y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, averiguación previa, etc).

Cuando el paciente llegue al hospital en calidad de desconocido, la Oficina de Admisión lo registrará en el Sistema de Administración Medica e Información Hospitalaria (SAMIH) de la siguiente forma: en el nombre se registrará Desconocido, y genero según sea el caso (Masculino, Femenino), en el apellido Paterno la causa de ingreso y en el Materno la fecha de ingreso y el número de folio consecutivo que le corresponda.

Para la prestación del servicio en hospitalización, quirófano, labor, observación de urgencias, choque o áreas para realizar procedimientos ambulatorios que ameriten sedación, la Enfermera Responsable le realizará una ficha de identificación y Admisión un brazaletes de identificación, ambos deberán de llevar sin excepción los dos datos de identificación inequívoca del paciente. Anexo 1.

Brazaletes o pulsera

Debe contener: Nombre completo del paciente (nombre(s), apellido paterno, apellido materno) y fecha de nacimiento del paciente (día, mes y año) y los identificadores utilizados en el establecimiento. Anexo 3.

Se informará al paciente el propósito de la colocación del brazaletes, que debe de llevarlo durante toda su estancia hospitalaria y responsabilizándolo de garantizar su propia seguridad durante su estancia. Esta información se repetirá tantas veces como los profesionales que atienden al paciente estimen oportuno.

En caso de que el paciente rechace llevar puesto el brazaletes se explicarán los riesgos que esa acción tiene, siempre en presencia de un testigo y hará constar en el Expediente Clínico, y en el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería” anotando: “se procede al retiro del brazaletes o no se coloca el brazaletes de identificación, según el caso, por deseo expreso de (paciente, familiar o tutor colocando nombre y apellido), quien deberá firmar la nota en el Expediente Clínico”.

La ficha y el brazaletes de identificación de los pacientes desconocidos se realizará en el nombre se registrará desconocido, y género según sea el caso (Masculino, Femenino), en el apellido Paterno la causa de ingreso y en el Materno la fecha de ingreso y el número de folio consecutivo que le corresponda hasta corroborar la identidad del paciente.





La ficha de identificación se escribirá con plumón azul de tinta indeleble o permanente, letra legible, sin abreviaturas y se colocará en la cabecera de la cama del paciente o en la camilla.

El brazalete de identificación se escribirá con letra legible, tinta negra y sin abreviaturas.

El brazalete de identificación en el paciente adulto se colocará en la muñeca derecha del paciente el cual permanecerá colocado durante toda su estancia en el hospital.

En el paciente neonato sólo se realizará el brazalete de identificación en la unidad tóco quirúrgico al momento de su nacimiento o de su ingreso al área en el caso de los pacientes con nacimiento fortuito.

Anexo 2

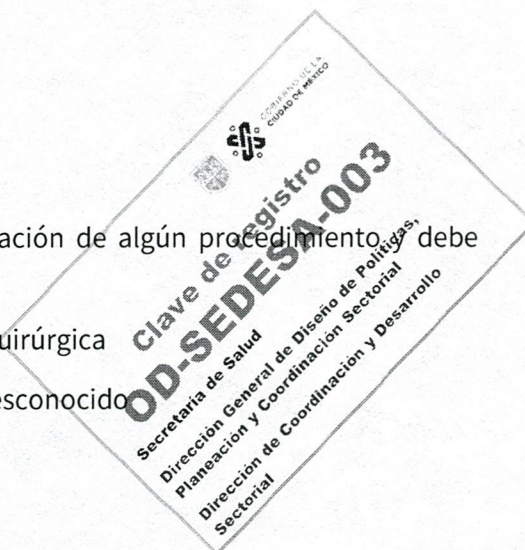
Los brazaletes de identificación neonatal serán regulados por supervisión de enfermería.

En el caso de paciente neonato se realizarán tres brazaletes de identificación con los siguientes datos: nombre de la madre, fecha de nacimiento del neonato, hora, sexo, talla, peso, apgar, NHC. Uno de los brazaletes será colocado en la muñeca derecha de la madre adicional a su pulsera de identificación y los otros dos brazaletes se colocarán en el recién nacido uno en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo. Anexo 4.

En caso de embarazo múltiple se señalará la cantidad de productos en el embarazo y se le asignará número consecutivo de acuerdo al orden de nacimiento, ejemplo: gemelo 1 y gemelo 2, trillizo 1, trillizo 2 y trillizo 3, cuatrillizo 1, cuatrillizo 2, cuatrillizo 3 y cuatrillizo 4.

El brazalete de identificación podrá remplazarse las veces que sean necesario en caso de:

- a. Daño de la piel (erosión, lesión, etc.)
- b. Necesidad de acceso vascular
- c. Necesidad de contención física del paciente
- d. Toma de muestras sanguíneas, sin tener otro acceso
- e. Problemas de lectura de los datos (borrosa, ilegible etc.)
- f. Ruptura
- g. Datos erróneos
- h. Necesidad asistencial: cuando el brazalete impide la realización de algún procedimiento y debe retirarse
- i. Cuando es necesario retirarlo por motivo de la intervención quirúrgica
- j. En cuanto se averigüen o completen los datos del paciente desconocido





El cambio de brazalete de identificación se debe de realizar en presencia de la supervisión de enfermería o Responsable del Servicio, corroborando los datos de identificación inequívoca del paciente. Cuando por motivos del diagnóstico o tratamiento se retire el brazalete deberá ser recolocada por la persona que retiro de manera inmediata al término del procedimiento.

En el caso del remplazo del brazalete de identificación del paciente neonato, la enfermera responsable realizará una notificación escrita dirigida al Jefe del Servicio de Enfermería especificando el motivo del remplazo; supervisión de enfermería autoriza y presenciara el remplazo del brazalete, corrobora que los datos del brazalete sean correctos y firmará la notificación escrita. El brazalete retirado deberá agruparse a la notificación escrita y entregarse a supervisión de enfermería.

La instalación del brazalete de identificación en el paciente o cambio de este quedará registrada en el "Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería" indicando fecha, hora y responsable. Anexo 5

Todo paciente que ingrese a la unidad hospitalaria que acude para tratamiento de hemodiálisis, quimioterapia y cirugía de corta estancia, se le colocará brazalete.

En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada tiene prioridad la atención médica, en cuanto sea posible el personal de enfermería y Admisión se encargarán del proceso de identificación del mismo según corresponda.

La ficha de identificación para pacientes hospitalizados, y en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, y quimioterapia se colocarán en el reposet, y en cirugía de corta estancia en la cabecera de la cama.

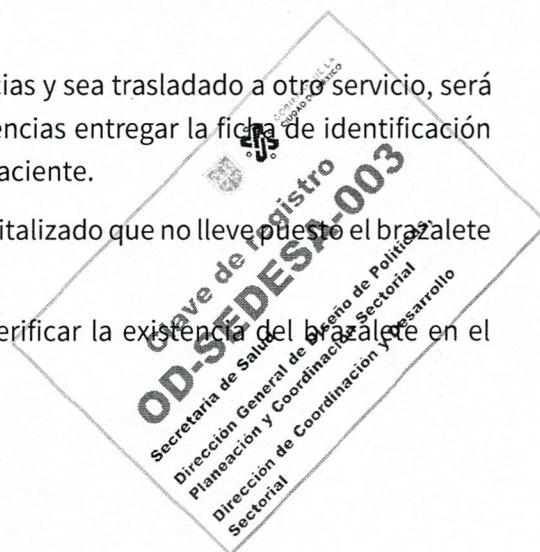
Los datos de identificación nombre completo y fecha de nacimiento tendrán un tamaño en una proporción de 2:1 con respecto al resto de la información y se registrará con un color contrastante (color rojo). Anexo 6.

El personal de enfermería al ingreso del paciente al servicio de hospitalización comprobará que el paciente porte el brazalete y verificará que los datos sean correctos.

En caso de que el paciente se encuentre en el Servicio de Urgencias y sea trasladado a otro servicio, será responsabilidad del personal de enfermería del Servicio de Urgencias entregar la ficha de identificación previamente elaborada al personal de enfermería que reciba al paciente.

No se realizará ningún procedimiento invasivo a un paciente hospitalizado que no lleve puesto el brazalete de identificación.

En cada entrega de turno el personal de enfermería debe de verificar la existencia del brazalete en el paciente.





En cada visita médica al paciente se debe verificar la existencia del brazalete en el paciente.

Todo personal que detecte la ausencia del brazalete de identificación comunicará a la enfermera responsable de su atención quien remplazará el brazalete

En caso de defunción del paciente la pulsera de identificación debe mantenerse hasta el retiro del cuerpo de la institución.

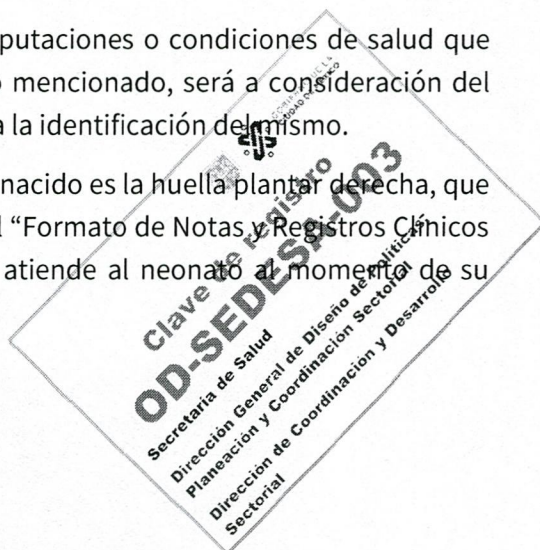
El brazalete no se retirará hasta que el paciente abandone la unidad hospitalaria y se recomienda su retiro en casa.

Siempre deberá realizar una comprobación de la identidad del paciente antes de un procedimiento invasivo o no invasivo que se vaya a realizar, así como en los siguientes casos:

- a. Administración de medicamentos
- b. Administración de infusión intravenosa
- c. Transfusión de sangre o de hemoderivados
- d. Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
- e. Realizar cualquier procedimiento médico, invasivo o quirúrgico
- f. Realización de estudios de gabinete
- g. Traslado de pacientes para realización de pruebas diagnósticas
- h. Traslado del paciente a otro servicio o unidad hospitalaria
- i. La dotación de su dieta
- j. Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis
- k. Identificación del cadáver

En el caso del paciente con quemadura, lesiones dérmicas, amputaciones o condiciones de salud que impidan la colocación del brazalete de identificación en el sitio mencionado, será a consideración del profesional la elección del sitio con mayor visibilidad que permita la identificación del mismo.

Otra acción determinante en la identificación correcta del recién nacido es la huella plantar derecha, que se debe plasmar con tinta en el Certificado de Nacimiento y en el "Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería" por el personal médico y/o de enfermería que atiende al neonato al momento de su nacimiento.





Todo paciente que ingrese al hospital deberá registrarse en la libreta correspondiente, en la “Hoja de Movimiento Diario del Paciente” y en el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH).

El personal de enfermería verificará la identificación del paciente de acuerdo al anexo 7.

El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, nombre completo de quien instaló y, en su caso, de quien lo retira.

En las sondas y catéteres de los pacientes, el personal de salud debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

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

Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento y clave o iniciales del profesional que la realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar en los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido.

El personal del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos y Laboratorio de Patología debe verificar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coincidan con los datos de las solicitudes. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones del mismo.

4.2 Comunicación Efectiva

Concepto

La comunicación efectiva se refiere a los medios de transmisión y los contenidos de las órdenes, instrucciones o indicaciones entre el personal de salud a los familiares relacionados con la atención de los pacientes, que se generan en los diversos servicios del hospital.





Objetivo

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así reducir los errores relacionados con el proceso de atención al paciente, así como los relacionados con la emisión de órdenes verbales y/o telefónicas

Criterios de Operación

Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico

Se debe contar con una bitácora específica para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas, la bitácora se ubicará en la Central de Enfermería de cada servicio del hospital. Anexo 8

La comunicación entre profesionales de la salud deberá llevarse con objetividad en un entorno de cordialidad y confianza

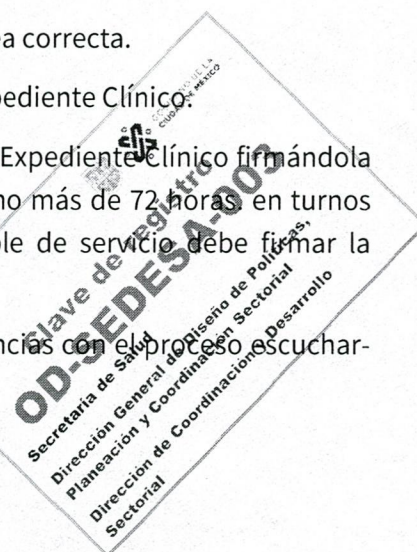
Del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar

El personal de salud que reciba cualquier indicación verbal o telefónica anotará en la bitácora los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente) nombre, cargo y firma de la persona que emitió y de quien recibió la orden, fecha y hora en la que se recibió la orden. Anexo 8.

El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación verbal o telefónica cumplirá el siguiente proceso. Algoritmo 1

- a. La persona que recibe la orden debe escuchar atentamente
- b. La persona que recibe la orden debe escribirla en la bitácora
- c. La persona que recibe la orden debe leer la orden a la persona que emitió
- d. La persona que emitió la orden deben confirmar que la información sea correcta.
- e. La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al Expediente Clínico.
- f. La persona que emitió la orden debe verificar que se encuentra en el Expediente Clínico firmándola en un plazo no mayor a las 24 horas cuando labore entre semana y no más de 72 horas en turnos especiales, en caso de ausencia del médico tratante, el responsable de servicio debe firmar la indicación.

De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias con el proceso escuchar-repetir-confirmar-transcribir:





- La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente
- La persona que recibe la orden debe repetir la orden en voz alta
- La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta
- La persona que recibió la orden debe transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente

En caso de que el médico no pueda realizar el registro de las órdenes médicas en el momento de emitirlas y su ejecución sea inmediata, se debe cumplir con el siguiente protocolo:

Receptor (Enfermera)	Emisor (Médico)
Escucha atentamente.	
Escribe en bitácora.	
Lee (repite) la indicación.	Confirma la indicación.
Transcribir de la bitácora al expediente electrónico (SAMIH) o formatos institucionales.	Confirmar que esté en el expediente y firmar en un plazo no mayor a 24 horas. entre semana o 72 horas. en jornadas especiales. En caso de ausencia, el Responsable del Servicio debe firmar la indicación.

En la atención de urgencias o cirugía de alto riesgo el proceso se describe a continuación.

Receptor (Enfermera)	Emisor (Médico)
Escuchar atentamente.	
Repetir en voz alta.	Confirmar que la información es correcta.
Transcribir a la bitácora Después de haber atendido al paciente.	
Transcribir de la bitácora al	Confirmar que esté en el expediente y firmar en un



expediente electrónico (SAMIH) o formatos institucionales.	plazo no mayor a 24 horas. entre semana o 72 horas. en jornadas especial.
	En caso de ausencia, el Responsable del Servicio debe firmar la indicación.

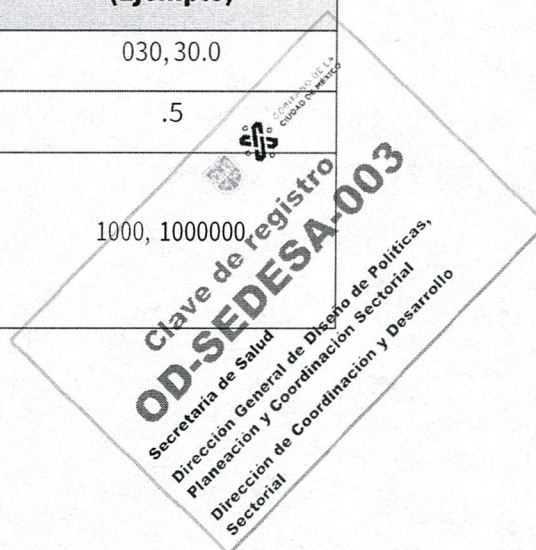
De la comunicación durante la transferencia del paciente

El personal de salud utilizará la técnica SAER: Situación, Antecedente, Evaluación y Recomendación durante la transferencia de un paciente de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad.

De la transcripción médica y de las anotaciones en documentos que forman parte del Expediente Clínico.

- Escribir con letra legible
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación “ol” se deberá, mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que pueda prestarse a confusión con números “01”
- Cuando la dosis es menor a un número entero siempre se colocará un cero previo al punto decimal seguido del número de la dosis.
- Cuando la dosis es un número superior a 1.000 siempre debe utilizar comas para separar los millares, o utilizar las palabras mil o un millón.

Dosis	Registro correcto (Ejemplo)	Registro incorrecto (Ejemplo)
Número entero.	30	030, 30.0
Menor al entero.	0.5	.5
Superior a mil.	1,000; 1,000,000; Mil, 1 Millón (Separar con coma los millares o emplear la palabra).	1000, 1000000





Nunca deben abreviarse las palabras: unidad microgramos día una vez al día, unidades, unidades internacionales, subcutáneo, más y durante y por.

De la notificación de valores críticos de laboratorio como patología y estudios de gabinete.

- a. De la referencia y contrarreferencia.
- b. Del egreso del paciente.

Es importante que cada organización identifique todas las áreas, servicios o situaciones en la que el personal de salud pueda recibir órdenes clínicas, verbales o telefónicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.

4.3 Seguridad en el Proceso de Medicación

Concepto

Está constituida por los criterios para una adecuada planificación de la disponibilidad, acceso, prescripción, preparación, distribución, etiquetado, verificación, administración y control de los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste de modo tal que se puedan evitar y eliminar los posibles eventos adversos.

Objetivo

Fortalecer los criterios para el almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que pudieran dañar a los pacientes.





Criterios de operación

Adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados deben cumplir con el etiquetado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012 Etiquetado de Medicamentos y de Remedios Herbolarios.

- a. Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml
- b. Color verde para Sulfato de Magnesio 10% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml
- c. Color amarillo para Gluconato de calcio 10% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml
- d. Color rojo para Cloruro de Potasio 14.9% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml
- e. Color naranja para Fosfato de Potasio 15% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml
- f. Color blanco para Cloruro de sodio 17.7% solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml

Los medicamentos de alto riesgo deben tener una alerta visual estar etiquetados con un círculo rojo y resguardados como de alto riesgo.

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

El responsable del almacenamiento de los medicamentos asegurará el etiquetado y resguardo de los medicamentos de alto riesgo marcados con un círculo rojo en almacén de farmacia y colocar en un lugar visible el código de colores que corresponde al etiquetado de los electrolitos.

El Médico del establecimiento debe escribir la transcripción médica en el Expediente Clínico con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras, con el fin de mejorar la comunicación efectiva, la receta debe contener:

- a. Impreso el nombre y domicilio del establecimiento
- b. Nombre completo, cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe
- c. Fecha de elaboración
- d. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento
- e. Nombre genérico del medicamento
- f. Dosis y presentación del medicamento
- g. Frecuencia y vía de administración
- h. Duración del tratamiento





- i. Indicaciones completas y claras para su administración
- j. No debe tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico
- k. No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnóstico e indicaciones

La transcripción la realiza el personal de enfermería quien transcribirá en el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería” los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original. En caso de duda deben aclararlas con el médico tratante.

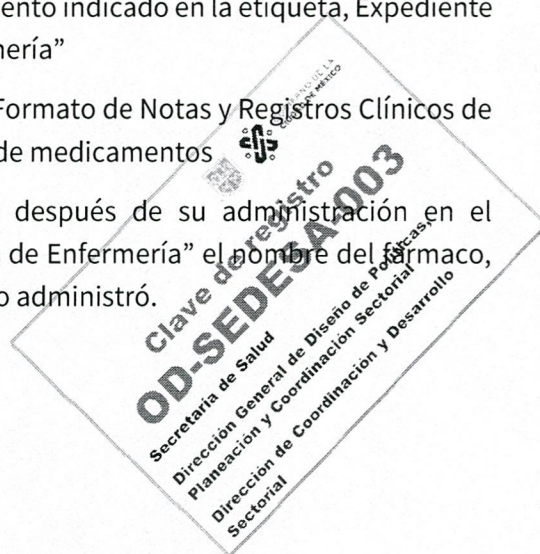
El personal de enfermería solicitará el medicamento a la farmacia hospitalaria, esta solicitud (recetario colectivo) debe ser clara legible sin tachaduras ni enmendaduras.

De la dispersión: El personal de farmacia entrega el medicamento a personal de enfermería realizando la verificación de los medicamentos.

De la administración: Solo el personal autorizado podrá preparar y administrar los medicamentos y preguntar al paciente las presencias de alergias y verificar los datos de la ficha de identificación del paciente antes de la administración de algún medicamento o hemo componente.

El personal de salud que administre los medicamentos verificará:

- a. Paciente correcto preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento, verificar que estos coincidan con los datos señalados en el identificador.
- b. Medicamento correcto identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento, verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería”.
- c. Dosis correcta corroborar en los registros del expediente y en el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería” la dosis prescrita.
- d. Vía correcta; confirmar la vía de administración del medicamento indicado en la etiqueta, Expediente Clínico y el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería”
- e. Horario correcto confirmar en el expediente clínico y en el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería” los intervalos indicados para la administración de medicamentos
- f. Registro correcto de los medicamentos inmediatamente después de su administración en el Expediente Clínico y “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería” el nombre del fármaco, fecha hora de administración, dosis, vía y nombre de quien lo administró.





Los medicamentos que trae el paciente de su domicilio se deben resguardar por el personal de enfermería y en su caso, solicitar indicaciones del Médico para aplicarlos.

Las solicitudes de nutrición parenteral deben contar con lo siguiente:

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

Medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA).

Colocar alerta visual en el momento de prescribir y/o transcribir para que se pueda hacer evidente la diferencia entre estos medicamentos, las barreras de seguridad deben implementarse en todo el proceso de medicación. Por ejemplo, colocar en mayúscula las letras diferentes: DIGOxina DORIxina.

Ejemplo de Medicamentos de aspecto, nombre y pronunciación parecida:

Bupivacaína	Ropivacaína		
Ceftriaxona	Ceftazidima	Cefotaxima	
Daunorubicina	Doxorubicina	Idarubicina	Epirubicina
Efedrina	Epinefrina	Fenilefrina	
Fosamax	Topamax		
Glibenclamida	Gliclazida	Glimepirida	



Hidralazina	Hidroxyzina		
Metamizol	Metronidazol		
Nicapdripino	Nifedipino	Nimodipino	
Prozac	Proscar		

Es importante que la organización coloque alertas visuales en el proceso de almacenamiento y prescripción de los medicamentos LASA.

De la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados, insulina, anticoagulantes, vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

De la notificación inmediata de los eventos centinela, evento adverso y cuasi fallas relacionadas con la medicación.

Cuando se presente un evento adverso debe darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al Médico Tratante.

Realizar análisis causa-raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemo componentes.

4.4 Seguridad en los Procedimientos

Concepto

La seguridad en los procedimientos se refiere al establecimiento de controles que aplican en los quirófanos, como el marcado del sitio quirúrgico y la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas con lo cual se refuerza las prácticas establecidas para reducir los eventos adversos y complicaciones.

Objetivo

Fortalecer las prácticas de seguridad y reducir los eventos centinela y adversos derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano, por medio de la aplicación de protocolo universal de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud





Criterios de operación

Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano.

El marcado del sitio quirúrgico se realiza sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia, el Cirujano Responsable debe marcar el sitio quirúrgico cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que tengan niveles múltiples.

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

Utilizar una señal tipo diana y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano en cirugías oftalmológicas el marcado se realizará con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente.

El marcaje documental está permitido cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles (dentales, recién nacido prematuro etc. o cuando el paciente no quiere que se le marque la piel).

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

De la lista de verificación para la seguridad para la cirugía:

- a. Se nombra a un integrante del equipo quirúrgico como coordinador para su llenado
- b. Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico fuera o dentro de la sala de operación

Cada establecimiento podrá incluir la verificación de otra variable siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de las fases.

Fase 1- entrada

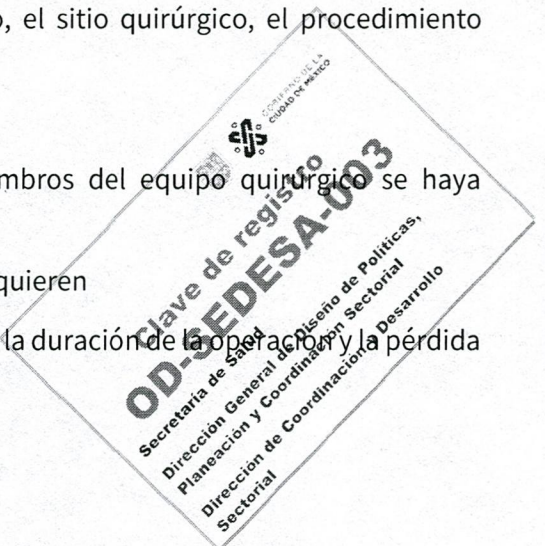
El Anestesiólogo, el Médico Cirujano y el personal de enfermería confirma verbalmente con el paciente la identidad preguntando nombre completo, fecha de nacimiento, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento.

Fase 2- Pausa quirúrgica (antes de la incisión)

El Médico Cirujano debe confirmar que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se haya presentado por su nombre y función.

Debe verificar que se cuente con los estudios de imagen que se requieren

Participa en la prevención de eventos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.





La Enfermera debe participar en la prevención de eventos críticos informando la fecha y método de esterilización del equipo, material e instrumental, informa si hubo algún problema, así como el conteo del mismo.

El anestesiólogo verifica que se haya aplicado profilaxis antibiótica y participa en la prevención de eventos críticos informando la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.

Fase 3.- Salida (antes de que el paciente salga de quirófano)

El Médico Cirujano debe en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería confirmar que se ha aplicado la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LSVC) y debe confirmar verbalmente el nombre del procedimiento realizado, el recuento completo del instrumental gases y agujas y el etiquetado de las muestras.

Si hay problemas que resolver, relacionadas con el instrumental y los equipos deben ser notificados y resueltos.

Reportar si ocurrieron eventos adversos en caso afirmativo registrarlos.

El Cirujano, Anestesiólogo y Personal de Enfermería deben comentar al circulante los principales aspectos de recuperación posoperatoria, el plan de tratamiento y los riesgos del paciente.

Todos los integrantes del equipo quirúrgico deben de anotar su nombre y firma en la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC) en la parte que les corresponde.

Del tiempo fuera para procedimientos fuera de quirófano.

La realización del tiempo fuera tiene el propósito de llevar a cabo el procedimiento, tratamiento correcto, con el paciente correcto y el sitio correcto debe realizarse justo antes de iniciar los siguientes procedimientos:

- a. La transfusión de sangre y hemo componentes. Tomando en cuenta: paciente, procedimiento, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponentes correcto
- b. Radioterapia: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta
- c. Terapia de remplazo renal con hemodiálisis; procedimientos, paciente, prescripción dialítica y filtro correcto
- d. Toma de biopsia
- e. Procedimientos odontológicos
- f. Colocación/retiro de sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros





- g. Estudios de gabinete que requieren medios de contraste
- h. Terapia electro convulsiva
- i. Colocación y manejo de accesos vasculares

4.5 Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Concepto

La reducción del riesgo de infección asociada a la atención de la salud se refiere a acciones para fortalecer principalmente la higiene de manos como parte de los procesos de atención mediante técnicas como el lavado con agua y jabón y la desinfección con solución alcoholada.

Objetivo

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

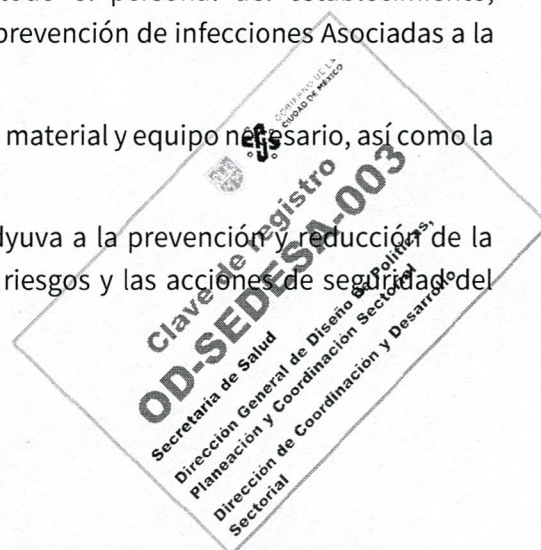
Criterios de Operación

De las acciones generales de la organización para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS).

Las áreas responsables de la capacitación del personal y acciones de educación a la comunidad deben:

- a. Implementar programas de capacitación continua para todo el personal del establecimiento, estudiantes, pacientes, familiares y visitantes con temas de prevención de infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y uso racional de antimicrobianos.
- b. El área administrativa asegura el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario, así como la calidad del agua.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) coadyuva a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad con la implantación de un modelo de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.





El Comité para la Detección y Control de las Infecciones asociadas a la atención de la Salud (CODECIN) es el órgano consultor técnico del hospital relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control, de las IAAS así como la evaluación de la información que presenta el Comité.

Se debe apegar a la NOM-045-SSA2-2015 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) observa y analiza la ocurrencia y distribución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como los factores de riesgo.

La información resultada de la Cédula Única de Gestión se analiza en las sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el Comité para Detección y Control de las Infecciones asociadas a la atención de la salud (CODECIN), con el personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, los Responsables del Servicio identifican áreas de oportunidad y se toman acciones de mejora.

Del programa integral de higiene de manos.

Para la higiene de manos con jabón o soluciones alcoholadas, el personal de salud debe realizar las siguientes acciones:

El Responsable del Área de Enseñanza e Investigación deberá implementar un programa de capacitación continua que incluya a todo el personal, de nuevo ingreso, estudiantes, pacientes, familiares y visitantes.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) coadyuva a la prevención y reducción de las infecciones con la implantación de un modelo de gestión de riesgo y las acciones de seguridad del paciente.

El CODECIN es el órgano consultor técnico del hospital de los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica y control de las IAAS.

El personal de salud deberá realizar la higiene de manos durante los cinco momentos propuestos por la OMS:

- a. Antes de tocar al paciente
- b. Antes de realizar una tarea limpia/asepsia
- c. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- d. Después de tocar al paciente
- e. Después del contacto del entorno del paciente





En todos los establecimientos se debe designar a una persona que se encargue de:

- a. Coordinar las acciones de higiene de manos
- b. Difundir materiales alusivos de higiene de manos
- c. Realizar supervisiones periódicas
- d. Realizar autoevaluaciones
- e. Informar de los resultados de apego
- f. Verificar el abasto del material y equipo
- g. Verificar la calidad del agua

4.6 Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Causas de Caídas

Concepto

La reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas es factible, con el establecimiento de herramientas y acciones específicas que permitan valorar el riesgo de caídas y adopción de medidas de carácter preventivo.

Objetivo

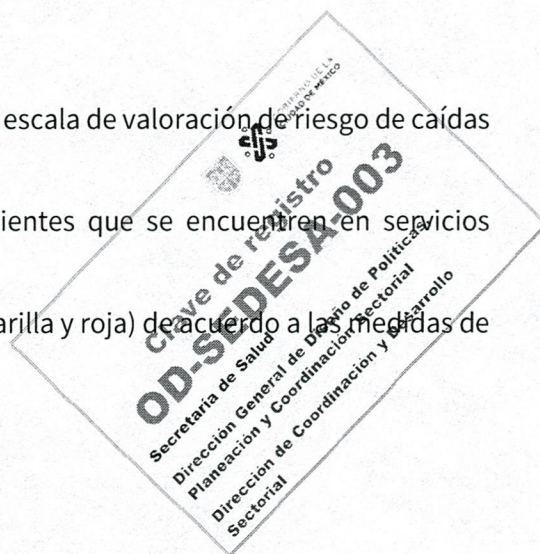
Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los hospitales mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Criterios de operación

El personal de salud debe evaluar el riesgo de caídas utilizando la escala de valoración de riesgo de caídas para pacientes hospitalizados (JH DOWTON modificada).

La evaluación del riesgo de caídas se debe realizar a los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, de Urgencias y Hospitalización.

Colocar en la cabecera del paciente la tarjeta de color (verde, amarilla y roja) de acuerdo a las medidas de seguridad para prevenir las caídas.





Valorar continuamente los factores de riesgo y las acciones preventivas con base a la escala de riesgo de caídas por turno y en los siguientes casos:

- a. Cambio de turno, cambio de área o servicio
- b. Cambio de estado de salud
- c. Cambio o modificación del tratamiento
- d. Informar al paciente y familiares sobre el riesgo de caídas y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirlas hasta el egreso.

Registrar en “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería”, la calificación obtenida, las medidas de seguridad y las intervenciones de enfermería realizadas.

Registrar en el “Formato de Notas y Registros Clínicos de Enfermería”, las medidas de seguridad e intervenciones realizadas.

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

- a. Cuando el paciente se encuentre en cama o camilla levantar siempre los barandales.
- b. Verificar que el equipo se encuentre en buenas condiciones (camas, camillas, bancos de altura, mesa puente, buró, andaderas, tripie y sillas de ruedas) así como los aditamentos (barandales y descansa brazos).
- c. Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en silla de ruedas ambos con frenos funcionales
- d. Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario
- e. Colocar interruptor de timbre y de luz al alcance del paciente
- f. Mantener iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente
- g. Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente
- h. Verificar que use sandalias con suela antiderrapante.
- i. Colocar en la regadera una silla de baño.
- j. Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, etc
- k. Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.





- l. Explicar al paciente, familiares o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito.

De las acciones de la prevención de caídas en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas se deberá:

- a. Elevar los barandales y siempre permanecer un familiar con ellos.
- b. Realizar inmediatamente solicitud por escrito de las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente

En caso de que el paciente sufra caída:

- a. Auxiliar al paciente y avisar al médico.
- b. Asistir al médico en la exploración física, vigilando el estado neurológico y realizar estudios de gabinete necesarios.
- c. Realizar las intervenciones con base al tratamiento establecido.
- d. Llenar y entregar el formato de reporte de incidente hospitalario, notificando al Responsable del Servicio y Supervisora de Enfermería.
- e. Registrar en el Expediente Clínico las eventualidades del incidente e informar al familiar lo sucedido.
- f. Continuar con la valoración y las medidas de seguridad hasta su egreso.
- g. Entregar el reporte de incidente hospitalario al Gestor de Calidad y/o Asistente de la Dirección.
- h. Revisar el evento adverso en COCASEP.

Las acciones para la prevención de caídas en pacientes pediátricos son:

- a. Informar a los familiares que no se separen de su paciente o en su caso deben avisar al personal de enfermería.
- b. El menor debe ir siempre acompañado al baño.
- c. Mantener las puertas abiertas de la habitación para su vigilancia.
- d. Durante la noche, mantenerla habitación iluminada.
- e. Cuando se requiera trasladar al menor fuera de la cuna, debe permanecer con el personal de salud o familiar.

De las acciones de organización:





La unidad hospitalaria debe designar a una persona para que verifique los factores del entorno arquitectónico, asociados al riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados.

Las áreas de los baños y regaderas deben contar con barras de sujeción.

Las áreas de regaderas deben de contar con piso y tapetes antiderrapante

Contar con señalamientos de rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles, etc.

Evitar escalones a la entrada o salida del baño.

Las escaleras o rampas deben contar con material antiderrapante.

Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.

Las áreas de tránsito deben estar libres de obstáculos.

El mobiliario debe colocarse en lugares asignados para esto.

Los dispositivos para la deambulaci3n (bastones, muletas, silla de ruedas, etc.) deben contar con las gomas en los puntos de apoyo.

Todas las áreas de atenci3n al paciente y la central de enfermeras deben contar con adecuada iluminaci3n.

Del personal de limpieza

Debe mantener los pisos secos y colocar se1alizaciones cuando el suelo este mojado

4.7 Registro y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas

Concepto

El registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas se refieren a las acciones necesarias para establecer y mejorar los mecanismos de notificaci3n y aprendizaje sobre la seguridad del paciente, en particular para proporcionar informaci3n relacionada en los errores asociados con lesiones graves o la muerte.





Objetivo

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinela mediante una herramienta de registro oportuno y confiable que permitan el análisis y favorezca la toma de decisiones para prevenir y limitar su ocurrencia.

Criterios de operación

Del sistema de registro de eventos adversos se hará de acuerdo al proceso operativo del sistema de registro de eventos adversos establecido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs).

El registro será anónimo y se debe realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto sea identificado.

Los eventos adversos y los resultados se deben presentar en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

En todos los eventos centinela, se debe realizar análisis causa raíz y reunión extraordinaria en el COCASEP.

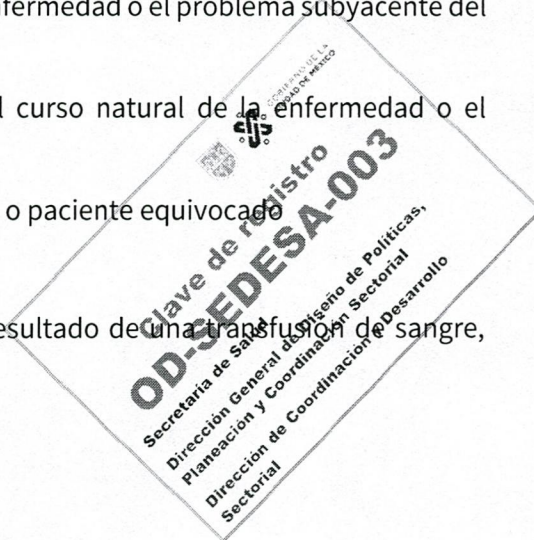
El resultado del registro de los eventos adversos será presentado en el COCASEP, con el fin de establecer acciones de mejora.

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

En las primeras 24 horas, se reportarán los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunizaciones.

De los eventos que al menos deben registrarse, reportarse y analizarse son los siguientes:

- a. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente
- b. Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- c. Cirugía en el lugar incorrecto con el procedimiento incorrecto o paciente equivocado
- d. Muerte materna
- e. Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplante de órganos y tejidos





- f. Suicidio, violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente
- g. Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal
- h. Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal
- i. Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (aplicación de biológico)

4.8 Cultura de Seguridad del Paciente

Concepto

La cultura de seguridad del paciente es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos tanto individuales como de grupo, que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud para disminuir los riesgos y daños.

Objetivo

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora.

Criterios de Operación

De las acciones para medir la cultura de seguridad del paciente:

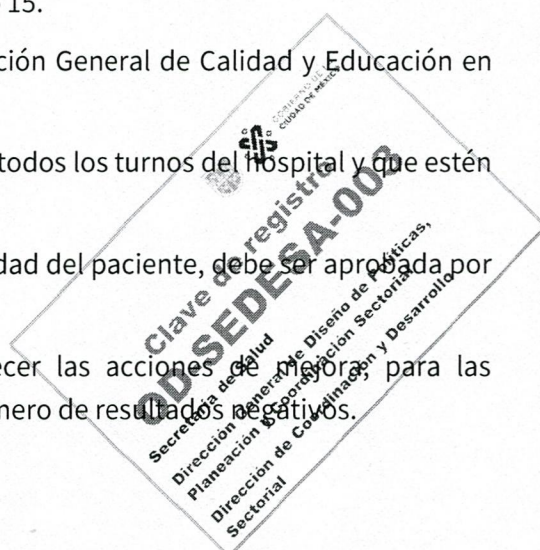
Realizar anualmente la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México. Anexo 15.

La medición se realiza en la plataforma informática de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y es anónima.

Participan en la medición el personal Médico y de Enfermería de todos los turnos del hospital y que estén en contacto directo con el paciente.

La participación del hospital en la medición de cultura de seguridad del paciente, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora, para las dimensiones de cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.





Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una sesión general para identificar de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

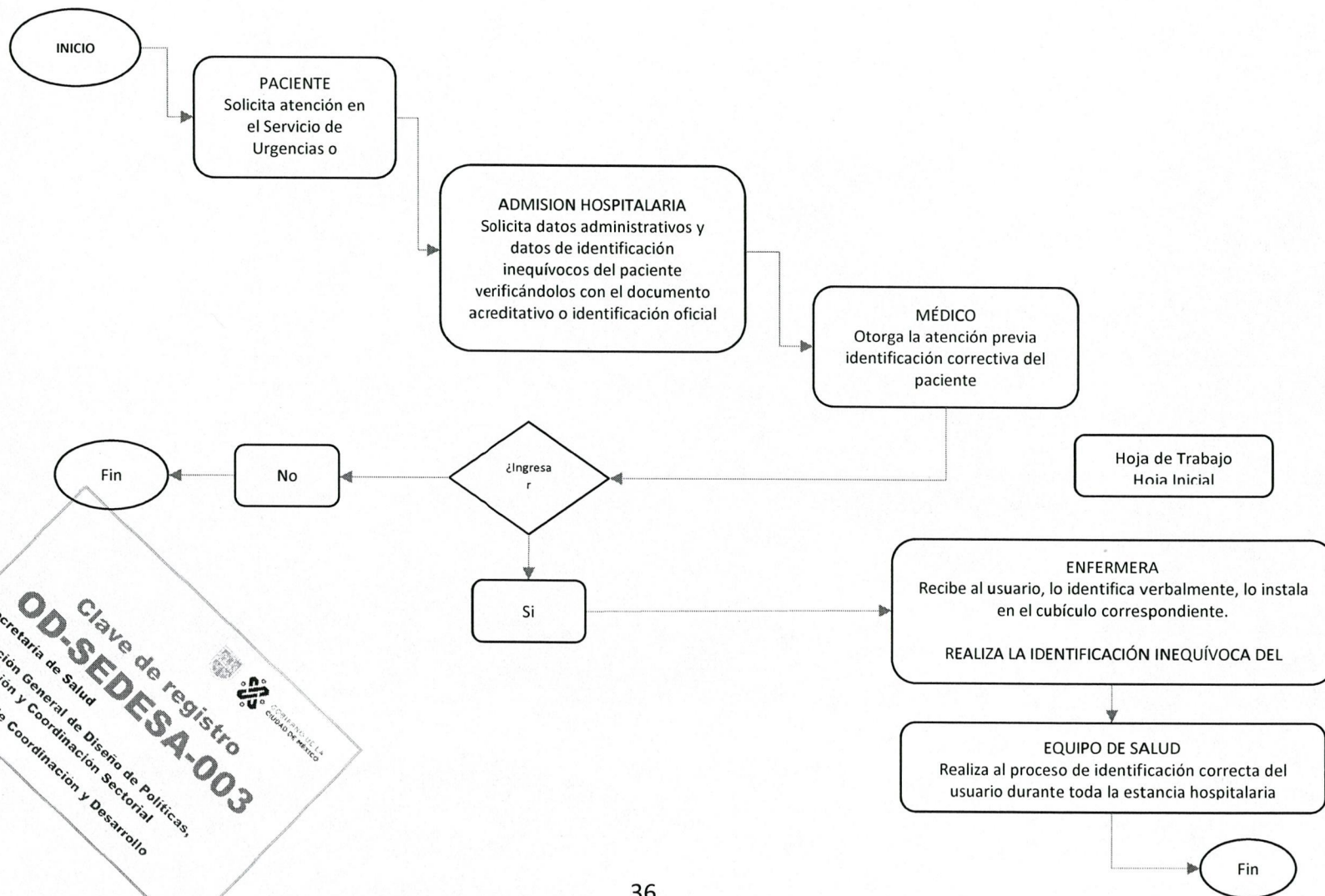




5. ANEXOS

Anexo 1 Identificación del paciente adulto

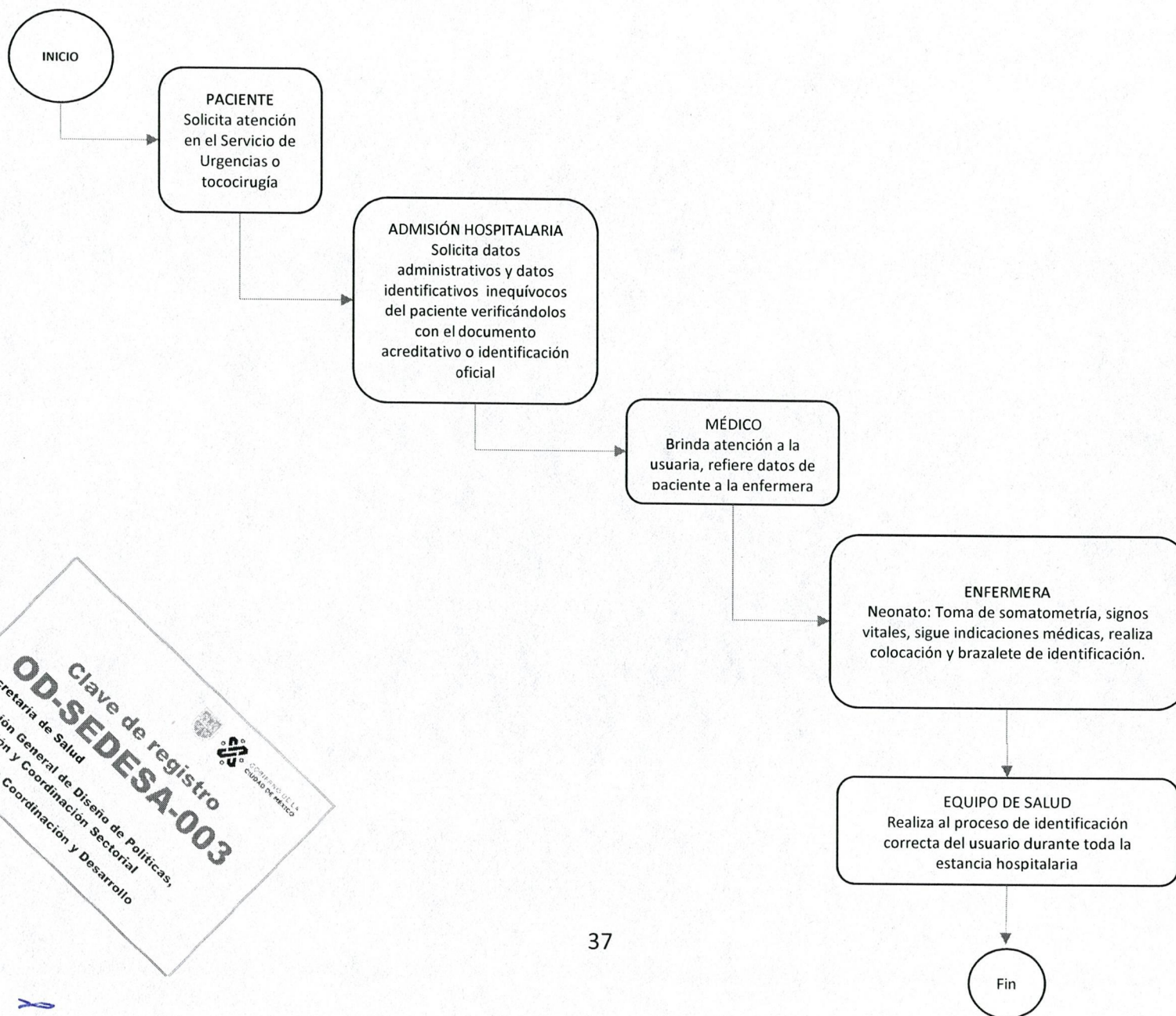
Algoritmo





Anexo 2 Identificación del paciente neonato

Algoritmo





Formato de Brazaletes de Identificación para Paciente Adulto y Paciente Neonato.

Anexo 3 Datos del brazalete de identificación para Paciente Adulto

Colocarlo en la muñeca derecha del paciente

NOMBRE:	SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:	N° DE EXPEDIENTE:
FECHA DE INGRESO:	SERVICIO:





Anexo 4 Datos del Brazalet de Identificación para Paciente Neonato

Colocarlo en la muñeca derecha y en tobillo izquierdo.

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	
HORA:	SEXO:	
TALLA:	PESO:	APGAR:
N° DE EXPEDIENTE:		
FECHA DE INGRESO:	SERVICIO:	





Anexo 5 Formato de Notificación de Reemplazo del Brazaletes de Identificación en el Paciente Neonato.

Motivo de reemplazo: Brazaletes Reemplazados:  Olivares García Mayra	Fecha y Hora: Servicio: Turno: Enfermera Responsable (nombre completo y firma): Supervisora de Enfermería (nombre completo y firma):
--	---



2



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Anexo 6 Formato de la Ficha de Identificación



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

UNIDAD MEDICA _____ CLAVE _____

FICHA DE IDENTIFICACION	
NOMBRE _____	EDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____ PESO _____ TALLA _____
HORA DE NACIMIENTO _____	APGAR _____
CAMA _____	EXPEDIENTE _____ SERVICIO _____
FECHA DE INGRESO _____	HORA DE INGRESO _____
FOLIO SEGURO POPULAR _____	FOLIO PROGRAMA DE GRATUIDAD _____





Anexo 7 Lista de Verificación de la Identificación Correcta del Paciente.

Servicio:

Fecha:

Evaluador:

	VARIABLES	CRITERIOS DE EVALUACION															
		VALOR	Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3			Paciente 4			Paciente 5		
			SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
1	La enfermera recibe al usuario con hoja de nota medica inicial del servicio de urgencias y/o hoja de hospitalización.	2															
2	La enfermera verifica que cuente con insumos suficientes para la identificación del paciente.	1															
3	La enfermera verifica de forma verbal con el paciente y/o familiares los datos de identificación del paciente,(edad, nombre completo, sexo, fecha de nacimiento).	2															
4	El paciente no es recién nacido, la Enfermera elabora un brazalete de identificación conforme a la normatividad y coloca el brazalete al paciente.	2															
5	El paciente en recién nacido, la Enfermera elabora 3 brazaletes de identificación y coloca 2 brazaletes al recién nacido y otro a la madre por neonato.	2															
6	La enfermera elabora y coloca la ficha de identificación en la cabecera de la cama, camilla, cuna o incubadora del paciente.	2															
7	La Enfermera registra el ingreso del paciente en la libreta de ingreso y egresos y movimiento diario de paciente.	2															
8	La Enfermera registra y verifica correctamente los datos de identificación del paciente en la hoja de enfermería.	2															
9	La Enfermera verifica que se realice la identificación cruzada antes de cada intervención, procedimiento, traslado interno o externo de la unidad médica con el equipo de salud.	2															
10	Se realiza supervisión continua de la identificación del paciente hasta su egreso.	1															



SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE MÉXICO

Clave de registro
EDESA-001

Sección de Planeación y Evaluación



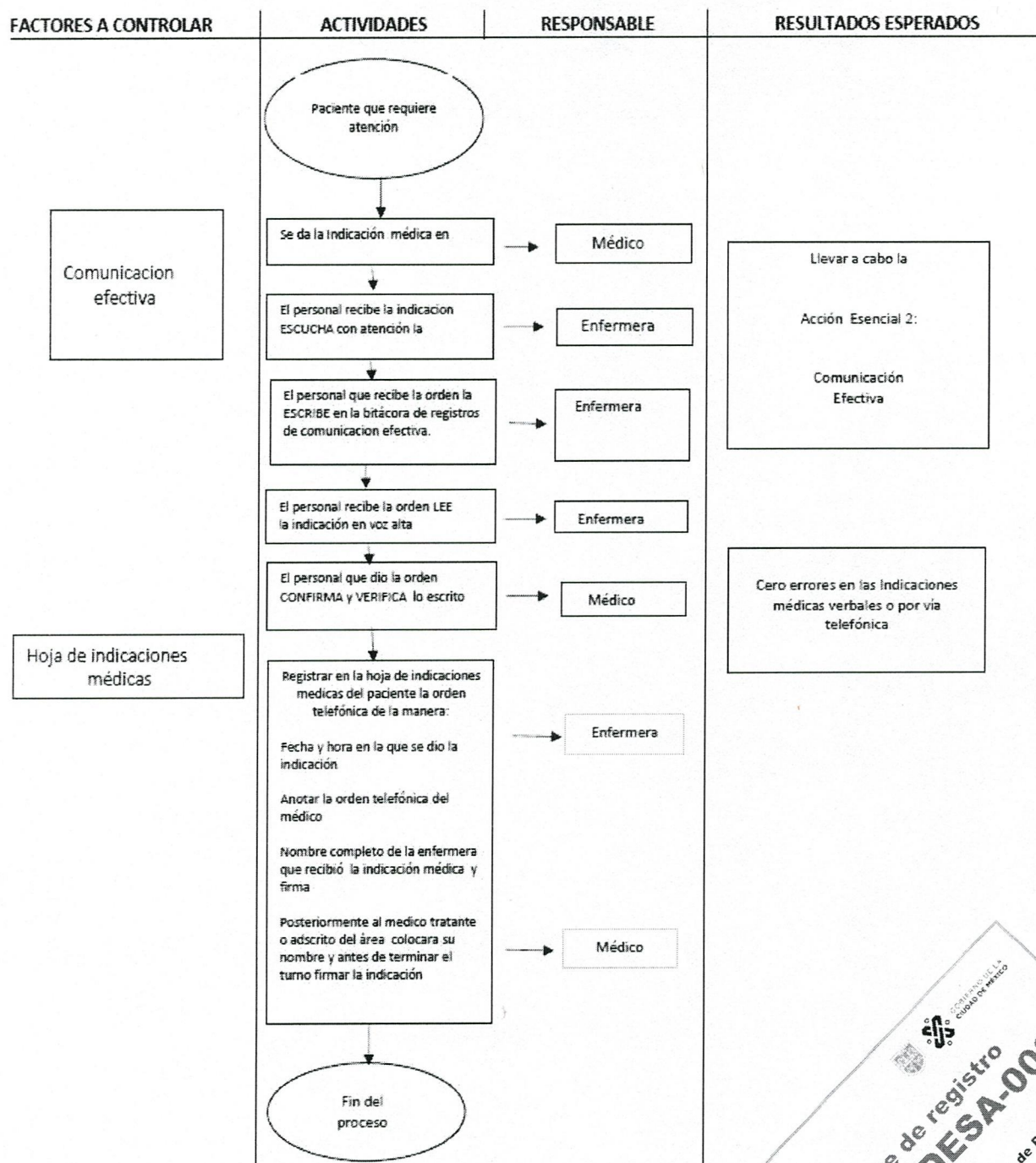


11	La Enfermera registra el egreso hospitalario en los documentos medico administrativos.	1																
12	La Enfermera realiza verificación cruzada del paciente a su egreso de la unidad médica.	1																
	TOTAL	20																
	INDICADOR DE EFICIENCIA	100%																





Algoritmo 1





Anexo 8 Bitácora de Registro de Indicaciones Verbales o Telefónicas.

Modelo de Formato

Hospital _____

N°	Fecha	hora	Enfermera (receptor)	Médico (emisor)	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Expediente	Indicación

Modelo de Formato con numeración para instructivo

Hospital _____ 1 _____

N°	Fecha	hora	Enfermera (receptor)	Medico (emisor)	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Expediente	Indicación
2	3	4	5	6	7	8	9	10

Instructivo de llenado de formato

1. Nombre completo de la unidad hospitalaria
2. Número consecutivo mensual
3. Fecha de emisión de la indicación
4. Hora de emisión de la indicación
5. Nombre del receptor (nombre completo y cargo)
6. Nombre del emisor (nombre completo y cargo)





7. Nombre completo del paciente
8. Fecha de nacimiento del paciente
9. Número de expediente o historia clínica
10. Indicación con elementos de prescripción segura (nombre genérico, dosis, dosificación, vía, periodicidad)

Anexo 9 Cédula de Verificación de Comunicación Efectiva en Indicaciones Verbales y Telefónicas.

Cedula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital _____ Servicio _____

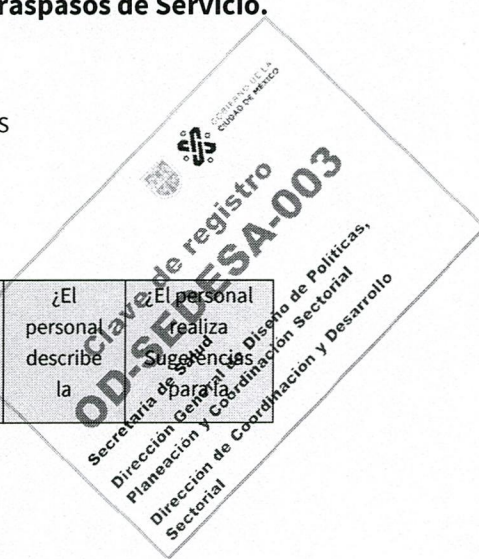
N°	Turno Matutino/Vespertino/ Nocturno/ JE	Genero/ Hombre/ Mujer	1. ¿La enfermera ¿Registró la indicación en la Bitácora? SI/No	2. ¿La enfermera Registró la indicación verbal/telefónica En el SAMIH O El formato Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería?	3. ¿El médico registró la Indicación verbal/telefónica en el Expediente Clínico (SAMIH) o formato Ordenes Médicas para el Control y Tratamiento de Pacientes Hospitalizados?	4. ¿El registro en el Expediente se realizó en el plazo establecido?	5. ¿Se pudo cumplir la Indicación

Anexo 10 Cédula de Verificación de Comunicación Efectiva en los Traspasos de Servicio.

Cédula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital _____ Servicio _____

N°	Turno Matutino/ Vespertino/ Nocturno/ JE	Género Hombre/ Mujer	¿El personal identificó correctamente al paciente?	¿El personal describe la	¿El personal enlista los Antecedentes	¿El personal describe la	¿El personal realiza sugerencias para la





	Nocturno/ JE		Si/No	Situación Clínica del paciente? Si/No	Clínicos del paciente? Si/No	Evolución del paciente? Si/No	atención del paciente? Si/No

Anexo 11 Cédula de Verificación de Comunicación Efectiva en las Indicaciones Médicas.

Cedula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital_____ Servicio_____

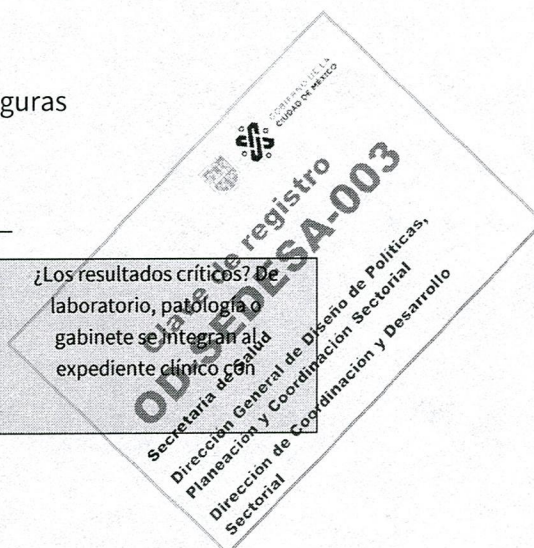
N°	Turno Matutino/ Vespertino/ Nocturno/ JE	Realiza las indicaciones con letra legible y con espaciado entre palabras Si/No	No emplea Abreviaturas Si/No	Registra el nombre completo del medicamento con las sustancia activa, dosis y dosificación	La dosificación se registra con enteros sin decimales con nomenclatura correcta, y miles con comas de separación o descripción.	¿Se registra que el paciente recibe la información por escrito? Si/No	¿El formato se encuentra disponible en el Expediente Clínico, SAMIH o físico? Si/No

Anexo 12 Cédula de Verificación de Comunicación de Resultados de Laboratorio, Patología y Gabinete.

Cedula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital_____ Servicio_____

N°	Turno Matutino/ Vespertino/	Genero Hombre/ Mujer	¿Los resultados críticos de laboratorio, patología y gabinete se	En caso de ser paciente ambulatorio, ¿El médico realizó la notificación al paciente?	¿Los resultados críticos? De laboratorio, patología o gabinete se integran al expediente clínico con





	Nocturno/ JE		informaron al médico tratante Si/No	Si/No	interpretación y plan de manejo?

Anexo 13 Cédula de Verificación de Comunicación Efectiva en la Referencia y Contrarreferencia.

Cédula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital _____ Servicio _____

N°	Turno Matutino/ Vespertino/ Nocturno/ JE	¿Registra datos de identificación del paciente (nombre y fecha de nacimiento)? Si/No	¿Incluye resumen clínico con motivo de envío, diagnóstico y tratamiento? Si/No	¿Tiene registro del establecimiento que refiere y el receptor? Si/No	¿Registró fecha y hora de referencia? Si/No	¿Cuenta con nombre, firma y cédula profesional de quien refiere? Si/No	¿El formato se encuentra disponible en el Expediente Clínico, SAMIH o físico? Si/No

Anexo 14 Cédula de Verificación de Comunicación Efectiva en la Nota de Egreso.

Cédula de Verificación de indicaciones verbales y/o telefónicas seguras

Hospital _____ Servicio _____

N°	Turno Matutino/ Vespertino/ Nocturno/ JE	¿Registra datos de identificación del paciente (nombre y fecha de nacimiento)?	Indica motivo de egreso Si/No	Indica diagnóstico inicial y final Si/No	Enlista la evolución y estado actual Si/No	¿Detalla El tratamiento empleado Si/No	¿Incluye los problemas clínicos pendientes, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria y atención de factores de riesgo?	¿Describe el plan de manejo y tratamiento? Si/No	¿Cuenta con pronóstico? Si/No	¿Cuenta con nombre y firma y cédula profesional de quien refiere? Si/No	¿Se registró que el paciente recibió la información por escrito? Si/No	¿El formato se encuentra disponible en el Expediente Clínico, SAMIH o físico?



		Si/No					Si/No					Si/No

Anexo 15 Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México.

Indicaciones

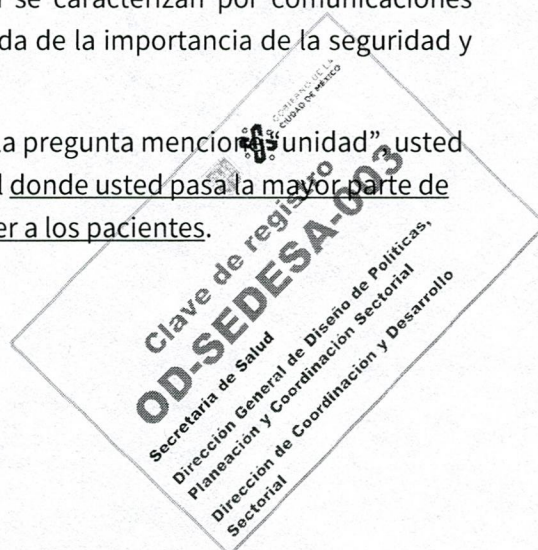
Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el hospital. Él es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad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

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

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

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

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





¿CUÁL ES SU PROFESIÓN?

☐

Personal médico

☐

Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

☐

Matutino

☐

Vespertino

☐

Nocturno

☐

Jornada acumulada

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

☐

a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

☐

b. Medicina (No-quirúrgica)

☐

c. Cirugía

☐

d. Obstetricia

☐

e. Pediatría

☐

f. Urgencias

☐

g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)

☐

h. Salud mental/Psiquiatría

☐

i. Rehabilitación

☐

j. Farmacia

☐



k. Laboratorio

☐

l. Radiología

☐

m. Anestesiología

☐

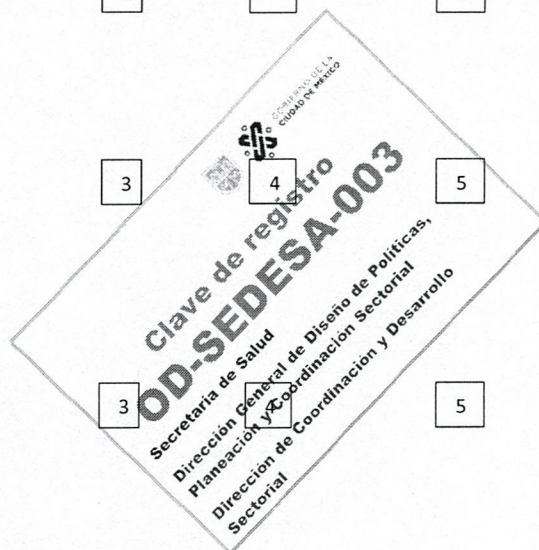
n. Otro, por favor, especifique _____

SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene SOLO EL CIRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL.

Observe que, en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras, por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en		En	Totalmente				
	Desacuerdo	desacuerdo		Ninguna	De acuerdo	de acuerdo		
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.....		☐		☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.....		☐		☐	☐	☐	☐	☐
3. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto.....		☐		☐	☐	☐	☐	☐
4. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender		☐		☐	☐	☐	☐	☐





al paciente.....

5. Estamos haciendo activamente cosas
para mejorar la seguridad de los
pacientes.....

1

2

3

4

5

6. Utilizamos más personal temporal o
eventual, de lo que es mejor para atender
al paciente.....

1

2

3

4

5

7. El personal siente que los errores son
utilizados en su contra.....

1

2

3

4

5

8. Los errores han dado lugar a cambios
positivos en mi área de trabajo.....

1

2

3

4

5

9. En mi área o servicio solo por casualidad
no ocurren errores de mayor gravedad...

1

2

3

4

5

10. Cuando en mi área o servicio alguien
está sobrecargado de trabajo, es común
que otros le ayuden.....

1

2

3

4

5

11. Cuando se informa de un accidente, se
siente como se reporta a la persona
y no al problema.....

1

2

3

4

5





12. Después de que hacemos cambios para
mejorar la seguridad del paciente,
evaluamos su efectividad.....

1

2

3

4

5

13. Con frecuencia trabajamos como en
“forma de crisis”, tratando de hacer
Mucho y muy rápidamente.....

1

2

3

4

5

14. En nuestro servicio la seguridad del
paciente nunca se pone en riesgo, por
hacer más trabajo.....

1

2

3

4

5

15. Al personal de esta área le preocupa que
los errores que comete se archiven en su
expediente laboral.....

1

2

3

4

5

16. Tenemos problemas con la seguridad del
paciente en esta área.....

1

2

3

4

5

17. Nuestros procedimientos y sistemas de
Trabajo son efectivos para prevenir errores
Que puedan ocurrir.....

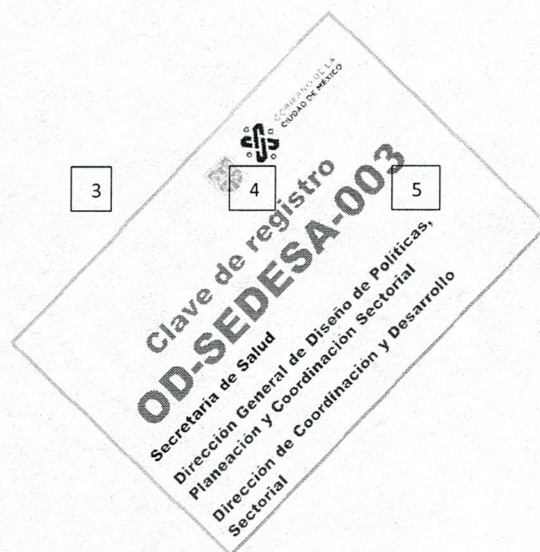
1

2

3

4

5





SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/jefe Inmediato o la persona a la que usted reporta directamente.

Indique su respuesta marcando sobre Circulo.

PIENSE EN SU SUPERVISOR/JEFE

Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	---------	------------	--------------------------

1. Mi supervisor/jefe hace comentarios

favorables cuando el personal realiza

el trabajo de acuerdo a los procedimientos

de seguridad del paciente

establecidos.....

1

2

3

4

5

2. Mi supervisor/jefe considera seriamente

las sugerencias del personal para mejorar

la seguridad de los pacientes.....

1

2

3

4

5

3. Cuando aumente la presión de trabajo, mi

supervisor/jefe quiere que trabajemos mas

rápido, aunque ello signifique pasar por

alto el procedimiento establecido para

la seguridad del paciente.....

1

2

3

4

5





4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los
problemas de seguridad del paciente que
ocurren una y otra vez.....

1

2

3

4

5

SECCIÓN C: Comunicación

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuente se reportan?

Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda

¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU

¿ÁREA DE TRABAJO?

La mayoría

Nunca

Rara vez

A veces

de las veces

Siempre

1. Se nos informa sobre los cambios
realizados a partir de los incidentes
notificados en mi área o servicio.....

1

2

3

4

5

2. El personal habla con libertad si ve algo
qué pueda afectar negativamente la
atención del paciente.....

1

2

3

4

5

3. Se nos informa sobre los errores que se
cometen en mi área o servicio.....

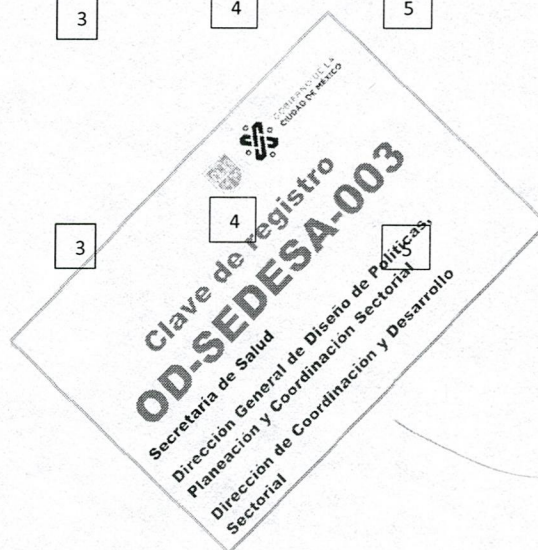
1

2

3

4

5





4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.....

1

2

3

4

5

5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.

1

2

3

4

5

6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.....

1

2

3

4

5

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

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

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO

Nunca Rara vez A veces La mayoría de las veces Siempre

1. Cuándo se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?

1

2

3

4

5

2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente. ¿Qué tan frecuentemente se reporta.....

1

2

3

4

5





3. Cuando se comete un error que se estima
podría haber dañado al paciente, pero no
lo dañó. ¿Qué tan frecuentemente se
reporta.....

1

2

3

4

5

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad mas



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

SECCIÓN F: Su Hospital

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

PIENSE EN SU HOSPITAL

Totalmente en
Desacuerdo

En
desacuerdo

Ninguna

De acuerdo

Totalmente
de acuerdo

1. La dirección de este hospital proporciona

1

2

3

4

5





Un ambiente de trabajo que promueve la Seguridad del paciente.....					
2. La áreas o servicios de este hospital, no Se coordinan bien entre ellas.....	1	2	3	4	5
3. La información de los pacientes se pierde Cuando estos se transfieren de un servicio A otro dentro del hospital.....	1	2	3	4	5
4. Hay buena cooperación entre las áreas del Hospital que necesitan trabajar juntas.	1	2	3	4	5
5. Con frecuencia se pierde información Importante para la atención de otros Departamentos del hospital.....	1	2	3	4	5
6. Con frecuencia es desagradable trabajar Con personal de otros departamentos Del hospital.....	1	2	3	4	5
7. Con frecuencia surgen problemas durante El intercambio de información entre las Áreas o servicios del hospital.....	1	2	3	4	5
8. Las acciones de la dirección de este Hospital muestran que la seguridad Del paciente es de alta prioridad.....	1	2	3	4	5
9. La dirección del hospital parece interesada En la seguridad del paciente, solo después De que ocurre un evento adverso.....	1	2	3	4	5





10. Los departamentos del hospital trabajan

Bien juntos, para proporcionar el mejor

Cuidado a los pacientes.....

1

2

3

4

5

11. Los cambios de turno son problemáticos

Para los pacientes en este hospital.....

1

2

3

4

5

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

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



a. Ninguno



d. 6 a 10 eventos



b. 1 a 2 eventos



e. 11 a 20 eventos



c. 3 a 5 eventos



f. 21 o más eventos

SECCIÓN H: Información complementaria

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





1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?



a. Menos de un año



d. De 11 a 15 años



b. De 1 a 5 años



e. De 16 a 20 años



c. 6 a 10 años



f. 21 años o más

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



a. Menos de un año



d. De 11 a 15 años



b. De 1 a 5 años



e. De 16 a 20 años



c. 6 a 10 años



f. 21 años o mas

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



a. Menos de 20 horas por semana



d. De 60 a 79 horas por semana



b. De 20 a 39 horas por semana



e. De 80 a 99 horas por semana





c. De 40 a 59 horas por semana



f. 100 horas por semana o más

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



a. Enfermera general titulada



g. Otros, por favor especifique



b. Enfermera especialista titulada



c. Auxiliar de enfermería



d. Médico residente



e. Médico general



f. Médico especialista

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



a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.





b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

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



a. Menos de un año



d. De 11 a 15 años



b. De 1 a 5 años



e. De 16 a 20 años



c. 6 a 10 años



f. 21 años o mas

SECCIÓN I: Sus comentarios

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

Área para comentarios adicionales.

clave de registro
OD-SEDESA-003
Secretaría de Salud
Dirección General de Diseño de Políticas,
Planeación y Coordinación Sectorial
Dirección de Coordinación y Desarrollo
Sectorial



GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

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



8