



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

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

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR

Dr. José Alejandro Avalos Bracho

Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales

Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Said Vázquez Valle

Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril

Titular de la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava

Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledesma

Titular de la Coordinación de Supervisión

Dr. José Misael Hernández Carrillo

Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres

Titular de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud

Dra. Yerania Emireé Enriquez López

Titular de la Coordinación de Programas Preventivos

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Revisión Normativa:

Dra. Nazarea Herrera Maldonado
**Titular de la Coordinación de Normatividad y
Planeación Médica**

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez
**Titular de la División de Normatividad y
Planeación Médica**

Colaboradores:**Coordinación de Enfermería**

Mtra. Martha Arenas Noguerón
**Titular de la División de 2do y 3er
nivel de atención**

Mtra. Beatriz Sánchez Merino
Jefe de Área de la División de Procesos

Lic. Luz María Alejandra Rosales López
**Jefe de Área de la División de 2do y 3er nivel
de atención**

Lic. Estefanía García Lara
**Supervisora de procesos División de 2do y
3er nivel de atención**

Coordinación Epidemiología

Dra. Zaira Lastra Jiménez
**Titular de División de Prevención y Control de
Infecciones**

Dra. Michelle Herrera Canales
Jefa de Área de Infecciones Intrahospitalarias

Mtra. Fabiola Castillo Núñez
**Jefa del Departamento de Vigilancia de
Procesos Sanitarios**

QFB Adriana Angélica Martínez Rodríguez
**Supervisora de procesos en el Departamento
de Vigilancia de Procesos Sanitarios**

Lic. Gudmaro Mauricio Carvajal Reyes
**Supervisor de procesos en el Departamento
de Vigilancia de Procesos Sanitarios**

Mtra. Maite Lizarralde Vidal
**Supervisora de procesos en el Departamento
de Vigilancia de Procesos Sanitarios**

División de Calidad y Certificación

Dr. Elias Flores Castellanos
**Titular de la División de Calidad y
Certificación**

Dr. Gustavo Martínez Domínguez
**Titular de la Subdirección de Diseño y
Gestión de Calidad**

Dra. Aline Ariola Miranda Espinoza
**Titular del Departamento de Calidad Técnica e
Interpersonal**

Mtra. Valeria Jeannete Lugardo Rodríguez
**Departamento de Planeación e Información en
Calidad**

Lic. Elena Gutiérrez Lamadrid
Diseño y Difusión de la Calidad

Coordinación de Supervisión

Dr. Jorge Luis Sánchez González
División Occidente

CONTENIDO

Introducción.....	8
Objetivo	9
Alcance.....	9
Transversalidad de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.....	9
Glosario de Términos y Definiciones.....	10
Acciones de los niveles de gestión.....	14
Generalidades de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP).....	15
Objetivos específicos de las AESP	16
AESP No. 1 Identificación correcta de los pacientes.....	16
AESP No.2 Comunicación efectiva	16
AESP No.3 Seguridad en el proceso de medicación	16
AESP No.4 Seguridad en los procedimientos	16
AESP No.5 Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).....	17
AESP No.6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas	17
AESP No.7 Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela	17
AESP No.8 Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención	17
Generalidades específicas	17
AESP No. 1	17
AESP No. 1 A Identificación correcta de los pacientes	17
AESP No. 1B Estandarización en pacientes encamados / hospitalizados	19
AESP No. 1C Identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención.....	20
AESP No. 1D Identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente	21
AESP No. 1E Identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología.....	22



AESP No. 1 F De la identificación de piezas anatómicas y cadáveres	23
AESP No. 2	23
AESP No.2 A Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo de salud.....	23
AESP No. 2B Emisión y recepción de las indicaciones verbales y/ o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados críticos de laboratorio o gabinete.....	24
AESP No. 2B2 Emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar.	26
AESP No. 2C Comunicación durante la transferencia de pacientes. Técnica SAER.....	26
AESP No. 2D Prescripciones médicas y anotaciones en documentos	27
AESP No. 2E Notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete.	28
AESP No. 2F Referencia y Contrarreferencia del paciente.	28
AESP No. 2G Egreso del Paciente	28
AESP No. 3	29
AESP No.3 Seguridad en el proceso de medicación.	29
AESP No. 3A Adquisición de electrolitos concentrados.	29
AESP No. 3B Almacenamiento de los medicamentos	30
AESP No. 3C Prescripción segura.	33
AESP No. 3D Prescripción de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y Medicamentos de Alto Riesgo.....	34
AESP No. 3E De la transcripción.	34
AESP No. 3F De la dispensación.....	34
AESP No. 3G De la recepción de medicamentos	35
AESP No. 3H De la preparación de medicamentos	35
AESP No. 3I De la administración de medicamentos.....	36
AESP No. 3J De la verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo.....	37
AESP No. 3K Notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi falla relacionados con la medicación.	38
AESP No. 3L Para el control de todos los medicamentos.....	38
AESP No. 4	39



AESP No.4A Seguridad en los procedimientos. Para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano.....	39
AESP No. 4B El marcado del sitio quirúrgico,	39
AESP No. 4C Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (Entrada, Time Out/pausa quirúrgica y Salida	40
AESP No. 4D Seguridad en los procedimientos fuera del quirófano. Procedimientos fuera de Quirófano.....	43
AESP No. 5	44
AESP No. 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).....	44
AESP No. 5A. Acciones generales del ES para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	44
AESP No. 5B: Programa de Higiene de Manos	45
AESP No. 5B1 Implementación del PIHM en el ES	46
AESP No.6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.....	47
AESP No.6A Acciones para reducir el Riesgo de Caídas	47
AESP No. 6A1 Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas. Escalas del Riesgo de Caídas.....	48
AESP No. 6B De las acciones de seguridad para prevención de caídas que realiza el personal de salud.....	48
AESP No. 6C. De las acciones de la organización para prevención de caídas	50
AESP No.7 Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela.....	51
AESP 7A Registro y análisis de Cuasi falla y Evento Adverso.....	51
AESP No. 7B Debe registrarse, reportarse y analizarse los siguientes eventos considerados centinela	52
AESP No. 7C Recopilación, análisis y comunicación de datos	52
Acción Esencial de Seguridad del Paciente No.8 Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.	52
AESP No. 8A Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente	53
Mecanismos de Vigilancia y Evaluación.....	53
Interpretación	¡Error! Marcador no definido.
AESP No. 8B Acciones para fomentar la cultura de seguridad del paciente.....	53



AESP No. 8B1 Capacitación	53
AESP No. 8B2 Buenas prácticas para la seguridad del paciente.....	53
Referencias:	54
Anexos	56

Introducción.

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

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

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

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

En este sentido, la presente guía, adaptada del *Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP)*, publicado el 8 de septiembre de 2017 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), busca ser un recurso práctico y valioso en el contexto de los Establecimientos de Salud (ES) de IMSS-BIENESTAR.

Las AESP se fundamentan en áreas prioritarias identificadas dentro de la atención a la salud y proponen soluciones consensuadas, respaldadas por evidencia científica y conocimiento experto. Esta guía tiene como finalidad establecer una metodología operativa clara y sistemática para la estandarización e implementación de las AESP dirigido al personal de salud, orientada a garantizar prácticas clínicas seguras, uniformes y alineadas a los principios de calidad institucional. Las AESP buscan incrementar la eficiencia, efectividad y calidad de los procesos de atención a la salud, reduciendo la ocurrencia de eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela. Así como, promover un entorno seguro y centrado en el paciente.

Con el compromiso conjunto de todos los profesionales de la salud, podemos avanzar hacia la construcción de un sistema de salud más seguro, eficiente y humano, alineado con las mejores prácticas internacionales y los principios establecidos por la OMS.

Objetivo.

Establecer el marco de referencia para la implementación de manera estandarizada las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud de IMSS-BIENESTAR, mediante la integración de barreras de seguridad sistemáticas que incidan en la calidad de los procesos de atención a la salud, reduciendo riesgos y fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente.

Alcance.

Esta guía es de aplicable para todo el personal que labora en los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR y que participa en los procesos de atención a los usuarios de los servicios de salud. Su fundamento se encuentra en el acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 8 de septiembre de 2017, mediante el cual se declaró la obligación de implementar el documento denominado "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente" en todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, así como en su actualización del 16 de junio de 2023 que modifica el Anexo Único correspondiente.

Transversalidad de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.

Para la implementación de la presente guía es necesaria la colaboración de todos los actores involucrados en el proceso de atención como las Coordinaciones Normativas de la Unidad de Atención a la Salud (UAS), las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR, la Jefatura de Servicios de Atención a la Salud, la Jefatura de Servicios Administrativos y Finanzas, la Jefatura de Servicios Jurídicos, así como de los Departamento de Atención a la Salud, de Supervisión y Desarrollo en Salud, de Epidemiología, de Enfermería, de Programas Preventivos, de Educación e Investigación, la Oficina de Educación en Salud, la Oficina de Investigación en Salud, la Oficina de Calidad en el ámbito de su competencia; así como los Equipos de conducción los Establecimientos de Salud en donde se realicen actividades de atención a la salud del IMSS-BIENESTAR.

Glosario de Términos y Definiciones:

Acceso: Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita.

Análisis Causa Raíz: Es una forma de estudio retrospectivo de eventos adversos destinado a detectar las causas subyacentes de los mismos para proteger a los pacientes mediante la modificación de los factores dentro del sistema de salud que los provocaron y prevenir sus recurrencias.

Atención a la Salud: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

Caída: Suceso involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga.

Calidad de la atención de los servicios de salud: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que esta puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

Consulta externa: Atención a la salud que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.

Continuidad de la atención: Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, coherente y vinculada, resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.

Cuasifalla: Incidente en el que un error médico podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no llegó a materializarse gracias a la intervención oportuna de alguien, a un mecanismo de seguridad, o incluso por azar.

Cultura de seguridad del paciente: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Coordinaciones Estatales: Las Coordinaciones Estatales de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), son las oficinas de representación de IMSS-BIENESTAR en las entidades federativas con fundamento en lo establecido en el artículo 3 de su Estatuto Orgánico.

Daño: Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención.

Discapacidad: La o las deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal que, por razón congénita o adquirida, presenta una persona, que al interactuar con las barreras de seguridad que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Establecimiento de Salud (ES): Consultorios incluyendo las Unidades de especialidades médicas (UNEMES), Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Centros de Salud con Hospitalización, segundo nivel hospitales comunitarios de 12 a 18 camas y Hospitales Generales de 30 a 180 camas y tercer nivel los hospitales y/o institutos de especialidades, además de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Evento centinela: Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.

Evento adverso: Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas.

Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI): Se define como cualquier situación de salud (signo, síntoma o enfermedad) desfavorable y no intencionada que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna. La ocurrencia y temporalidad de un ESAVI dependerá de cada una de las vacunas.

Hipotensión ortostática: Reducción sostenida de la tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 20mm Hg o 10mm Hg de la Tensión Arterial Diastólica en los 3 primeros minutos de pasar de la posición supina a la bipedestación.

IMSS-BIENESTAR: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. A través de la Unidad de Atención a la Salud, se tiene como función aprobar, dirigir y supervisar la ejecución y desarrollo de los procesos, relacionados con los programas de promoción de la salud,



prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, atención a la salud, educación y formación, investigación y calidad de la atención de los servicios de salud, alineados a las prioridades de salud del Modelo de Salud MAS-Bienestar.

Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS): Es la condición localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento de la atención a la salud o el ingreso al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

Lista de verificación de cirugía segura (LVCS): Herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Lesión: Daño causado por una fuerza externa a diferencia de una “enfermedad”, que indica simplemente que el organismo no está sano.

MAS-BIENESTAR: Es el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) el cual se basa en los principios y en la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS), mismo que define la estrategia que permitirá cumplir los objetivos y las prioridades de salud de la población, así como mejorar el desempeño en el contexto de la transformación actual del sistema público de salud mexicano. Será también la base para la transformación de los modelos de atención que se mantengan bajo la responsabilidad operativa de las entidades federativas y, al armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, será una pieza fundamental hacia el objetivo superior de la universalización de los servicios de salud a la población mexicana.

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

Medicamentos de alto riesgo: Son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Como: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos. Estos medicamentos son objetivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y se recomienda que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización.

Medicamento LASA: Los medicamentos Look-Alike Sound-Alike (LASA, por sus siglas en inglés) involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro.

Personal de Salud: Persona que ejerce actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud, como médicos, personal de enfermería, parteras, profesionales de la salud pública, técnicos de laboratorio, técnicos de la salud, técnicos médicos y no médicos; así como los trabajadores de gestión y apoyo en el ámbito de la salud, como el personal de limpieza, los conductores, el personal directivo de los ES, los gestores de salud y los trabajadores sociales, así como otros grupos profesionales de actividades relacionadas con la salud.

Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Reacción adversa a medicamento: A la respuesta no deseada a un medicamento, en la cual la relación causal con éste es, al menos, razonablemente atribuible.

Seguridad en el proceso de Medicación: Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores en la adquisición, almacenamiento, dispensación, resguardo, prescripción, transcripción, preparación, administración y vigilancia de fármacos.

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.

Servicio de Atención a la Salud: Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de estos.

Servicios de Salud: Son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Sistema de registro y análisis de eventos adversos: Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible.

Acciones de los niveles de gestión.

Unidad de Atención a la Salud.

- La Unidad de Atención a la Salud mediante las áreas competentes de Primer, Segundo y Tercer Nivel podrá verificar el cumplimiento de la presente Guía para su implementación. Promoverá la colaboración entre las Coordinaciones de la UAS para establecer mecanismos que faciliten la implementación, difusión, capacitación y evaluación de las AESP, para coadyuvar en la mejora de la calidad en la Atención a la salud.
- Promoverá la interacción de las Coordinaciones de la UAS con otras Coordinaciones del IMSS-BIENESTAR para establecer los mecanismos de abasto de insumos, aseguramiento de equipo y generación de recursos didácticos.
- Definirá los manuales, programas y estrategias en el marco de las políticas institucionales y sectoriales en materia de calidad y seguridad del paciente.
- Establecerá coordinación con la Dirección General de Educación y Calidad en Salud y el Consejo de Salubridad General para alinear las estrategias al Programa Sectorial de Salud.
- La UAS definirá las estrategias para implementar y evaluar las AESP conforme el modelo de gestión de calidad definido por DGCES a través de sus áreas en materia de Calidad y Certificación.
- Por medio del análisis de los resultados en la evaluación, las áreas de la UAS en materia de Calidad y Certificación definirán las necesidades de capacitación de los recursos humanos para fortalecer las competencias del personal de salud en materia de implementación de las AESP que coadyuven en mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud y la seguridad del paciente.
- Favorecerá el vínculo con las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR para aplicación de acciones de mejora que permitan encauzar y sistematizar las AESP en los ES.

Las Coordinaciones Estatales de IMSS-BIENESTAR.

- Llevarán a cabo actividades de inspección, asesoría y evaluación en relación con la presente Guía para la Implementación de las AESP.
- Atenderán las necesidades detectadas por los equipos de conducción en las regiones y zonas de implementación.
- Coordinarán el seguimiento de los procesos de implementación en los ES con los equipos de salud y cuerpos de gobierno.
- Facilitarán a los ES los materiales didácticos y capacitaciones emanadas de la DGCES que las áreas de la UAS en materia de Calidad y Certificación ponga a disposición. Además, se encargarán de analizar los resultados e indicadores de la implementación y seguimiento de la AESP para identificar las áreas de oportunidad estatales y las hará de conocimiento de las áreas de la UAS en materia de Calidad y Certificación a través del Responsable Institucional Estatal de Calidad (RIEC).



Los Equipos de Conducción Médica.

- Realizarán actividades de supervisión y asesoría para la implementación de las AESP en los ES a su cargo.
- Evaluarán la capacitación y las competencias técnicas de los equipos de salud para la aplicación de las AESP.
- Participarán en el seguimiento a la gestión de solicitudes de insumos para apoyo de las AESP.
- Fomentar un entorno de confianza que priorice el aprendizaje y mejora continua sin ser punitivos.

Personal Directivo.

- Difundir, supervisar, asesorar y evaluar, la aplicación de la presente guía al personal de salud de los diferentes servicios del ES.
- Vigilar que las AESP se lleven a cabo dentro del marco de respeto absoluto bajo los derechos humanos y respondan a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias.
- Avalar el otorgamiento de los insumos y el uso racional, sustentado en las necesidades identificadas y prioridades establecidas, en el marco de la seguridad del paciente.

Personal Operativo.

- Participar activamente en los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de atención a la salud y en la implementación de estrategias orientadas a fortalecer la seguridad del paciente, conforme a los lineamientos institucionales del IMSS-BIENESTAR.
- Ejecutar los procedimientos técnico-operativos dentro del ámbito de su competencia, garantizando estándares de calidad, seguridad y apego a protocolos establecidos, con el objetivo de favorecer la recuperación del estado de salud del paciente y prevenir riesgos clínicos.
- Registrar de forma oportuna, completa y veraz las intervenciones realizadas en el expediente clínico y en la hoja de registros clínicos de enfermería y/o en los formatos normativos establecidos, asegurando la trazabilidad de la atención conforme a lo dispuesto en las AESP.
- Integrar al paciente y su familia como elementos centrales del proceso de atención, brindando servicios con calidad, seguridad, oportunidad, eficiencia, efectividad y un trato digno, amable y respetuoso de sus derechos humanos.

Generalidades de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP).

El incumplimiento del contenido del presente documento, por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto. El personal realizará sus labores con apego a los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia; a través de las pautas de conducta de: buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad y no discriminación; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos.

El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre mujeres y hombres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción, hechas hacia un género representan a ambos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

Para dar cumplimiento puntual, el director y cuerpo de gobierno de cada ES deberán impulsar las estrategias federales para la difusión, capacitación, implementación, monitoreo y mejora continua de las ocho AESP, de acuerdo con el contexto y características de su unidad, para que se realicen en la forma correcta, en el momento oportuno y por el personal con las competencias necesarias.

La persona titular del establecimiento será responsable de nombrar a una persona que fungirá como coordinador del Programa de las AESP. El responsable del Programa debe conformar un equipo de trabajo eficiente, integrando a todas las áreas involucradas en la implementación, mantenimiento, control, supervisión y mejora continua de cada AESP.

Objetivos específicos de las AESP.

El personal de salud de los ES hospitalarios y ambulatorios, aplicarán las barreras de seguridad para dar cumplimiento a las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente:

AESP No. 1 Identificación correcta de los pacientes.

Objetivo: Mejorar la precisión de la identificación de pacientes unificando este proceso en los ES, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente nombre completo y fecha de nacimiento que permitan prevenir errores.

AESP No.2 Comunicación efectiva.

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

AESP No.3 Seguridad en el proceso de medicación.

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

AESP No.4 Seguridad en los procedimientos.

Objetivo: Reforzar las prácticas de seguridad y reducir los eventos adversos y centinela a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento y el paciente correcto, tanto en procedimientos quirúrgicos como en procedimientos de alto riesgo realizados dentro y fuera de la sala de operaciones debe emplearse dentro

de todas los ES del IMSS-BIENESTAR el Protocolo Universal que incluye marcado del sitio quirúrgico, lista de verificación y tiempo fuera.

AESP No.5 Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Objetivo: Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un Programa Institucional de Higiene de manos y estandarizar los procesos sanitarios de prevención y control de infecciones.

AESP No.6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo: Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los ES de IMSS-BIENESTAR mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas en todos los pacientes.

AESP No.7 Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela.

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

AESP No.8 Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.

Objetivo: Generar información sobre la seguridad del paciente, misma que será utilizada para la toma de decisiones, aprendizajes y planes de mejora del clima de seguridad dentro de los ES.

Generalidades específicas.

El MAS-BIENESTAR promueve en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, a partir de la gestión de riesgos que busca minimizar su ocurrencia, mediante la implementación de actividades específicas que actúan como barreras de seguridad, es decir, actividades estandarizadas y sistematizadas.

El personal de salud de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios, aplicarán las barreras de seguridad, que se describen a continuación:

AESP No. 1.

AESP No. 1 A Identificación correcta de los pacientes.

Todo el personal de salud que presta sus servicios en los ES debe identificar correctamente al paciente desde el momento en que se solicita la atención con los siguientes indicadores de manera indispensable:

Identificación general de los pacientes

- Nombre completo: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s)
- Fecha de nacimiento: día/mes/año (dd/mm/aaaa).

La identificación del paciente no se deberá realizar mediante padecimiento, especialidad, disciplina, nombre del médico tratante, número de cama, habitación o servicio, horario de atención, ni diagnóstico.

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

A través de la aplicación de la AESP 1 en los ES de IMSS-BIENESTAR se deberá contar con los siguientes documentos:

- Listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.
- Proceso de identificación del paciente con al menos el uso de dos datos de identificación: nombre completo y fecha de nacimiento. En este proceso se debe incluir la identificación de pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de conciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente.

Identificación de Recién Nacido:

- Datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido en todos los brazaletes.
- En el expediente clínico y en formatos de las evaluaciones de la persona recién nacida, el personal médico deberá registrar, después del parto/cesárea los apellidos de la madre, las siglas RN (Recién Nacido), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) y sexo del recién nacido.
Ejemplo: Gutiérrez Zamora, RN. 11/12/2019 Hombre.
- Confirmar datos con la madre, medios de identificación y/o en el expediente clínico.

Identificación en Recién Nacidos en Nacimientos Múltiples:

- En caso de nacimientos múltiples, registrar los dos datos indispensables de identificación; los apellidos de la madre, las siglas RN (Recién Nacido), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa), sexo y adicionalmente utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento, en todos los brazaletes.

Ejemplo: Martínez Zamora RN1 11/12/2025, Hombre, Martínez Zamora RN2 11/12/2025, Mujer

Identificación en Caso de Ingreso de Pacientes Desconocidos:

Para la identificación de pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, se utilizarán los siguientes datos como identificadores:



- La palabra desconocido, género del paciente, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha en formato dd/mm/aaaa y hora de ingreso en formato de 24 horas; y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, averiguación previa, etc.).
Ejemplo: Desconocido masculino de 31 años, cicatriz en parpado superior derecho, fecha de ingreso: 20/11/2018 a las 19:20 horas Protección civil.
- Para el caso de arribo masivo de pacientes desconocidos utilizar la palabra desconocido, seguido de un identificador numérico según corresponda el orden progresivo de ingreso, género del paciente, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha de ingreso en formato dd/mm/aaaa y hora de ingreso en formato de 24 horas; y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, averiguación previa, etc.) ejemplo:
 - *Desconocido 1, femenino, 31 años, cicatriz en ceja derecha, 20/11/2024 a las 19:20 horas, Protección civil.*
 - *Desconocido 2, masculino, 64 años, quemadura en brazo izquierdo 20/11/2024 a las 19:30 horas, Bomberos*

AESP No. 1B Estandarización en pacientes encamados / hospitalizados.

Tarjeta de cabecera o pie de cama

- En todas las áreas hospitalarias se deberá colocar en la cabecera o pie de cama de los pacientes hospitalizados y en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, recuperación quirúrgica y cirugía de corta estancia. Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad, riesgo de caídas y riesgo de úlceras por presión. Estas últimas deben evaluarse al inicio del contacto con el paciente y se señalizadas en esta ficha y actualizarlas en medida de lo posible o bien actualizar las escalas en cada carpeta de enfermería, utilizando los formatos del **ANEXO_RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**. Las especificaciones de dicho documento pueden ser consultadas en el **ANEXO_AESP 1B_FICHA DE IDENTIFICACIÓN**.

Uso de fotografía en casos excepcionales de identificación del paciente:

- Como parte de las estrategias para garantizar la identificación correcta del paciente, en apego a los principios de seguridad y ética clínica, se reconoce que existen situaciones excepcionales en las que el paciente no puede ser identificado por medios convencionales, derivado de condiciones de salud mental, discapacidad intelectual o ausencia permanente de familiares.
- En estos escenarios, se podrá considerar el uso de una fotografía del paciente como medida auxiliar para su identificación, siempre y cuando se justifique su aplicación en el contexto clínico, se limite exclusivamente al manejo interno y no se divulgue ni publique sin autorización, respetando en todo momento los principios científicos, éticos y de confidencialidad que rigen la práctica médica.
- La fotografía deberá formar parte del expediente clínico del paciente y mantenerse actualizada. Se sugiere como buena práctica institucional su actualización al menos una vez cada tres meses o en caso de que el paciente presente cambios físicos significativos que puedan dificultar su reconocimiento, asegurando su resguardo conforme a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

Brazalete o Pulsera

- Todo paciente deberá portar el brazalete de identificación, utilizando los formatos contenidos en el **ANEXO_AESP_1B_BRAZALETE DE LA PERSONA ADULTA** y en su caso en el **ANEXO_AESP_1B_BRAZALETE DEL RECIÉN NACIDO** desde el momento de su ingreso hasta su egreso, así como aquellas que acudan para tratamiento ambulatorio en unidades de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear y cirugía de corta estancia.
- El brazalete de identificación del paciente se debe colocar en la muñeca derecha del paciente. En caso de que no se cuente con dicha extremidad se deberá colocar en alguna otra extremidad que no dificulte la Atención a la salud y siempre vinculando al cuerpo del paciente.
- Cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida en el brazalete o legibilidad se deberá reemplazar inmediatamente el brazalete por el personal de salud responsable del paciente.
- En caso de que exista alguna incongruencia en estos, se deberá reemplazar el brazalete inmediatamente por el personal de salud responsable del paciente. Así mismo deberá reportar el evento relacionado con la atención.
- Cuando se retire el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, este deberá colocarse de manera inmediata al concluir.
- El personal de enfermería será el responsable de verificar la existencia del brazalete durante la estadía del paciente, así mismo será el encargado de retirarlo al egreso del paciente.
- En la persona recién nacida debe colocarse inmediatamente después del parto/cesárea dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo.
- El brazalete deberá ser llenado utilizando el color azul y en caso de registrarse alergias, se deberá registrar con color rojo.

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

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

AESP No. 1C Identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención.

El personal de salud debe comprobar los datos de identificación del paciente justo antes de al menos los siguientes momentos críticos:

- Administración de todo tipo de medicamentos.
- Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Transfusión de sangre y hemo componentes.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Realización de estudios de gabinete, laboratorio clínico y patología.
- Traslados dentro o fuera del ES.
- Dotación de dietas.
- Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

- Aplicación de biológicos.
- Procedimiento o tratamiento invasivo de alto riesgo definido por el ES.
- Identificación de cadáveres o piezas anatómicas.
- Cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconscientes o con cualquier tipo de condición que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.

Cuando exista cualquier duda respecto de los dos identificadores, realizar el procedimiento hasta corroborar dichos datos. Cuando se retire el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, es necesario volver a colocarlo de manera inmediata al concluir.

AESP No. 1D Identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente.

Soluciones intravenosas

Toda solución intravenosa que se administre o infunda al paciente debe contar con un membrete (Formato incluido en el **ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS**) que tenga los siguientes datos:

- Datos de identificación del paciente: (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Nombre de la solución y/o componentes (incluidos fármacos).
- Cama.
- Solución prescrita, incluyendo medicamento, dosis y/o concentración.
- Vía y dilución.
- Fecha y hora.
- En medicamentos de alto riesgo se agregará (Formato incluido en el **ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIÓN INTRAVENOSA CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**):
 - Cantidad total a infundir, incluyendo mililitros por hora y gotas por minuto.
 - Fecha y hora de preparación.
 - Hora de inicio.
 - Hora de término.
 - Nombre y firma del personal de enfermería que prepara.
 - Turno en que se prepara.
- El membrete de soluciones intravenosas del paciente deberá llenarse utilizando el color correspondiente al turno de atención: azul para el turno matutino, verde para el turno vespertino y rojo para el turno nocturno.



Dispositivos

- Toda sonda, dispositivo y catéter instalado en el paciente, deberá contar con membrete de identificación (Formato incluido en el **ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS** y **ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SONDA VESICAL**) con los siguientes datos: Datos de identificación del paciente (Nombre completo y fecha de nacimiento)
- Datos de identificación del dispositivo, (calibre para accesos vasculares), tipo de sonda, calibre de la sonda, volumen del balón y cantidad de líquido que se insufla
- Fecha y hora de instalación
- Nombre de la persona que instala y turno.
- Realizar los registros en el expediente clínico del paciente que identifiquen quién preparó y administró o instaló el dispositivo, fecha y hora de la instalación y calibre utilizado.
- El membrete de identificación del paciente deberá llenarse utilizando el color correspondiente al turno de atención: azul para el turno matutino, verde para el turno vespertino y rojo para el turno nocturno.

AESP No. 1E Identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología.

Las solicitudes de laboratorio deberán contar con los siguientes datos:

- Datos de identificación de paciente (nombre completo y fecha de nacimiento)
- Fecha de solicitud
- Identificación del solicitante
- Estudio solicitado
- Diagnóstico probable
- Nombre del médico tratante.

Las placas radiográficas tienen que contener los siguientes datos:

- Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento),
- Fecha y hora del estudio
- Identificación del establecimiento (Deseable)
- Diagnóstico probable (Deseable)
- Nombre del médico tratante (Deseable)

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

AESP No. 1 F De la identificación de piezas anatómicas y cadáveres.

Todas las piezas anatómicas y cadáveres deberán contar con una etiqueta de identificación de acuerdo con el formato contenido en el **ANEXO_AESP_1F_IDENTIFICACIÓN DE CADAVERES** y en el **ANEXO_AESP_1F_IDENTIFICACIÓN DE PIEZAS ANATÓMICAS**.

Piezas anatómicas

Las piezas anatómicas tienen que contener los siguientes datos:

- Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Tipo de muestra.
- Nombre del médico(a) solicitante.
- Nombre del personal de enfermería.
- Fecha de la obtención de la muestra.
- Hora.
- Diagnóstico probable.

Cadáveres

Los cadáveres se identifican con los siguientes datos:

- Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Fecha y hora de defunción.
- Diagnóstico de defunción.
- Nombre del personal que realiza el procedimiento de preparación de cadáver.
- En caso de defunciones de productos múltiples (gemelares, trillizos, etc.) adicionalmente utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento.

AESP No. 2.**AESP No.2 A Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo de salud.**

El Establecimiento de Salud deberá contar con los siguientes procesos documentados.

- Identificar y realizar un listado en donde se definen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.
- Diseñar el proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados críticos de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica basado en lo siguiente:
- El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
- El uso de la bitácora estandarizada para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados críticos de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.

Es indispensable el intercambio de información entre el equipo interdisciplinario, paciente, familiar o cuidador primario con el objetivo de evitar los errores que pongan en riesgo la integridad del paciente.

- **Protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar para la emisión y recepción de órdenes, indicaciones clínicas o resultados críticos de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicas.**
- **Proceso Escuchar-Repetir-Confirmar para la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos.**
- Proceso estructurado y estandarizado que permita que el equipo multidisciplinario pueda llevar a cabo la entrega clara, precisa, completa y oportuna de la información, ya sea en el cambio de turno, guardia, cambios de área, servicio o establecimiento de salud.

Bitácora de Comunicación Efectiva.

El personal de salud que reciba vía verbal o telefónica cualquier indicación, resultados críticos de laboratorio o gabinete, tiene que anotar dicha información recibida en la bitácora de ordenes verbales y telefónicas (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_2A_BITÁCORA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA**), además de registrarla en el formato de indicaciones médicas y/o notas médicas según corresponda. Se recomienda que se escriba una leyenda directamente en la nota médica del paciente, ejemplo:

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

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

Enf. Sofía López Suarez, Enfermera general y firma

La Bitácora de comunicación efectiva deberá estar presente en todos los servicios de los ES donde se emiten y reciben indicaciones, así como resultados críticos de laboratorio y gabinete de forma verbal o telefónica, particularmente en la central de enfermería, al alcance del personal operativo. La jefatura de enfermería en conjunto con el responsable de calidad serán los encargados de supervisar que las bitácoras estén presentes en los servicios hospitalarios y se realice su llenado correcto y registro correspondiente en el expediente clínico oportunamente.

Esta actividad deberá acordarse en el pleno de la sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP) y difundirse como acuerdo en todos los servicios del ES.

AESP No. 2B Emisión y recepción de las indicaciones verbales y/ o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados críticos de laboratorio o gabinete.

Proceso: Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar

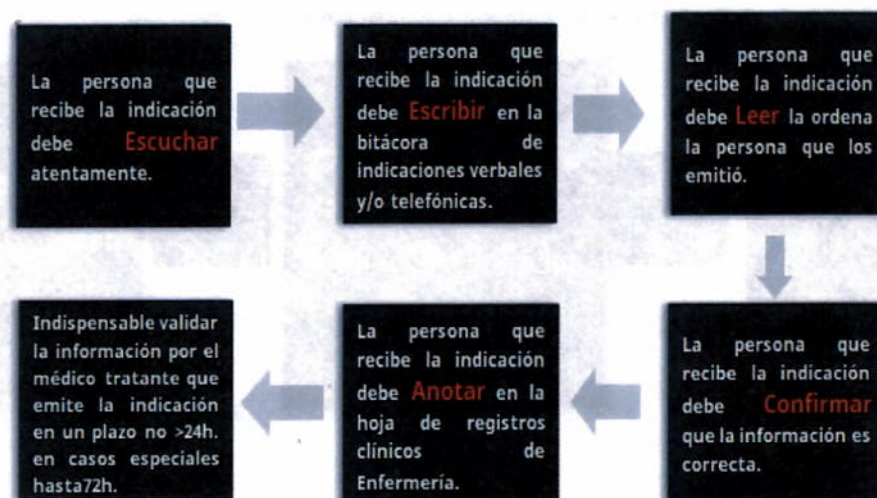
Los datos que se registraran en la Bitácora de comunicación efectiva para ordenes verbales y telefónicas son:

- Identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Nombre, cargo y firma de la persona que emitió la indicación o resultado.
- Nombre, cargo y firma de la persona quien recibe la indicación o resultado.
- Fecha y hora en la que se recibió.

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

- El personal que recibe las indicaciones o resultados críticos tiene que escuchar atentamente.
- La persona que recibe las indicaciones o resultados críticos de laboratorio o gabinete tiene que escribirlas en la bitácora de comunicación efectiva.
- La persona que recibe las indicaciones clínicas o resultados críticos tiene que leerlos, a la persona que los emitió.
- La persona que emite las indicaciones clínicas o resultados críticos tiene que confirmar que la información es correcta.
- En el Gráfico 1, se muestra gráficamente el Proceso de Comunicación Efectiva.

Gráfico 1. Proceso de Comunicación Efectiva



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería

Es indispensable que se transcriba la información en cuanto sea estabilizado el paciente en la nota médica y en las indicaciones, como máximo antes del cambio de turno registrar en el expediente clínico y firmar por el médico responsable; así como validar la información por el médico tratante que emite la indicación, colocando su nombre completo y firma autógrafa en un plazo no mayor a 24 horas, en casos especiales como descanso de los médicos podrá ampliarse el término a 72 horas máximo.

Es importante que la persona que emite la orden, indicación clínica o resultados de laboratorio e imagen, transcriba en la nota médica y en las indicaciones del paciente. Así como la persona responsable de validar el registro de la indicación clínica o resultados de laboratorio e imagen se transcriban en el expediente clínico.



AESP No. 2B2 Emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar.

Proceso: Escuchar, Repetir y Confirmar.

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

- El personal de salud que recibe las indicaciones tiene que escucharla atentamente.
- El personal de salud que recibe las indicaciones tiene que repetirla en voz alta.
- El personal de salud que emitió las indicaciones tiene que confirmar que la información es correcta.
- En el Gráfico 2, se muestra gráficamente el Proceso de Comunicación Efectiva en urgencias y servicios críticos.

Gráfico 2. Proceso de Comunicación Efectiva en urgencias y servicios críticos



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería

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

AESP No. 2C Comunicación durante la transferencia de pacientes. Técnica SAER.

Se implementará el proceso estructurado y estandarizado de comunicación, con herramientas de comunicación validadas entre profesionales de la salud, Técnica **SAER** por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación que permita llevar a cabo una entrega clara, precisa, completa y oportuna de la información del paciente durante la transferencia de pacientes; ya sea en cambio de turno y guardia, o cambios de área, servicio o de establecimiento.

El Gestor del cuidado en enfermería (encargado o responsable del servicio), deberá realizar el formato de Enlace de Turno con Técnica SAER a pie de cama del paciente. (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_2C_ENLACE DE TURNO CON TÉCNICA SAER**).

Situación:

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

Antecedentes:

Debe incluir el motivo y fecha de ingreso, datos significativos de la historia clínica, el diagnóstico principal de ingreso, los procedimientos realizados, la medicación, líquidos y/o soluciones administradas; alergias del paciente, resultados de laboratorio o de imagen relevantes, dispositivos invasivos colocados en el paciente y cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

El personal de salud comunica cómo considera el problema de salud y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente. Dentro de la evaluación se recomienda informar el estado de conciencia, la evolución durante el turno y las escalas de valoración: riesgo de caídas, úlceras por presión y del dolor, entre otras usadas en la institución y aplicables de acuerdo con las características y patología del paciente.

Recomendación:

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

AESP No. 2D Prescripciones médicas y anotaciones en documentos.

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

- Escribir con letra legible.
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación “-ol” se tiene que mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números “01”.
- Cuando la dosis es un número entero, nunca tiene que escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. (ej. correcto 0.50, incorrecto .50).



- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre tiene que utilizar “comas” (,) para separar los millares, o utilizar las palabras “Mil” o “1 millón”. (ej. Correcto 1,000, incorrecto 1000).
- No abreviar las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, intravenoso, intramuscular, más, durante y por.

AESP No. 2E Notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete.

Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notificarán de manera inmediata al personal médico tratante responsable del paciente, utilizando el protocolo Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar, quien registrará en el instrumento Bitácora de comunicación efectiva y registrará en el expediente clínico.

En pacientes de consulta externa, cada deberá contar con personal exprofeso para informarle los resultados críticos a los pacientes y/o familiares, acorde a la tipología de la unidad.

AESP No. 2F Referencia y Contrarreferencia del paciente.

Debe ser elaboradas por un médico del ES y contener:

- Los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
- Datos de identificación del ES que envía y del ES receptor.
- Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
- Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.
- Cada ES deberá disponer de un directorio de unidades de referencia, a cargo del área de trabajo social y/o el director médico o el médico responsable del ES.

AESP No. 2G Egreso del Paciente.

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

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

AESP No. 3.**AESP No.3 Seguridad en el proceso de Medicación.**

La gestión de la medicación es un componente importante de los tratamientos preventivos, diagnósticos, sintomáticos y paliativos. Abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes. Esto es, generalmente, un esfuerzo multidisciplinario y coordinado del personal de una organización sanitaria, que aplica los principios de diseño, implementación y mejora de procesos para seleccionar y adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, dispensar, preparar y administrar.

Si bien los roles de los profesionales sanitarios en la gestión de la medicación varían mucho de un país a otro, los procesos sólidos de gestión de la medicación para la seguridad del paciente son universales.

El Establecimiento de Salud deberá contar con el siguiente proceso documentado:

Definir el proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de Alto Riesgo y *Looks Alike, Sounds Alike* (LASA), basado en lo siguiente:

- Alerta visual de color azul y exclusiva para identificar a todos los medicamentos considerados LASA (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_3B_ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS A CADUCAR, ALTO RIESGO Y LASA**).
- Cada ES deberá definir su listado de Medicamentos considerado LASA por servicio.
- Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.
- Alerta Visual de color rojo individual y exclusiva para identificar a todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo, como se describe más adelante.
- Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
 - Electrolitos concentrados.
 - Quimioterapias.
 - Radiofármacos.
 - Insulinas.
 - Anticoagulantes parenterales.
 - Y aquellos más que defina el ES.
- Medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

AESP No. 3A Adquisición de electrolitos concentrados.***Etiquetado de Electrolitos Concentrados***

La adquisición de los electrolitos concentrados tiene que cumplir con lo estipulado para el etiquetado de estos de acuerdo con la NOM-072-SSA1-2012, "*Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios*", la cual dispone el uso de los colores citados en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Etiquetado de Electrolitos Concentrados

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

Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería

AESP No. 3B Almacenamiento de los medicamentos.

- Los medicamentos generales serán almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio o farmacéutico indique, en el siguiente orden:
 - Medicamentos vía oral (en orden alfabético)
 - Medicamentos intravenosos (en orden alfabético)

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

- El personal de farmacia responsable del almacenamiento de medicamentos llevará un control de registro de lotes y fechas de caducidad de los medicamentos a su cargo. (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_3B_CONTROL DE INGRESO DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA HOSPITALARIA**)
- Todo medicamento anestésico que se utilice en la atención de los pacientes debe estar consignado en todos los registros de la farmacia hospitalaria.

Semaforización de Caducidad de los Medicamentos

El personal responsable del almacenamiento de medicamentos llevará un control de registro de lotes y fechas de caducidad de los medicamentos a su cargo. Se deberá utilizar una alerta visual (Gráfico 4) diferente a medicamentos de alto riesgo y LASA, con un rectángulo de color café, para medicamentos próximos a caducar (0-3 meses). Y se deberá registrar en lista correspondiente.

En el caso de que el medicamento no cuente con un día específico de caducidad en su empaque primario, secundario o etiqueta individual y solo se encuentre señalado el mes, se deberá retirar de las áreas el último día del mes indicado; siguiendo en todo momento el Procedimiento Normalizado de Operación para el manejo de estos medicamentos.

Gráfico 4. Alerta visual medicamento caduco



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

Almacenamiento de los medicamentos de Alto Riesgo.

Cada ES de acuerdo con su tipología identificará las áreas críticas para el resguardo y almacenamiento permanente de los medicamentos de Alto Riesgo (Insulinas, anticoagulantes inyectables, electrolitos concentrados, quimioterapéuticos y aquellos definidos por la institución de acuerdo con la normativa vigente), por ejemplo en áreas de Urgencia, Sala de Shock, Quirófanos, Unidades de Cuidados Intensivos, cajas de emergencia obstétrica y carros de soporte vital avanzado, define el tiempo máximo de permanencia en las áreas donde se administra conforme al Procedimiento Normalizado de Operación correspondiente, a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con dichos medicamentos.

- El personal de farmacia responsable del almacenamiento colocará una alerta visual con un círculo rojo en cada medicamento de alto riesgo (Gráfico 5). Además, en los recipientes donde se almacene el medicamento de Alto Riesgo, se deberá colocar una alerta visual Medicamentos de Alto Riesgo con Triángulo rojo (Electrolitos concentrados, insulinas, quimioterapéuticos, anticoagulantes inyectables y aquellos definidos por el ES de acuerdo con su Cuadro Básico de Medicamentos).

Gráfico 5. Alerta visual medicamentos de alto riesgo



Alerta visual círculo rojo para cada medicamento, colocada por personal de farmacia.

Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería

- El área destinada para el almacenamiento de los medicamentos de Alto Riesgo deberá contener la leyenda de "Medicamentos de Alto Riesgo" para que el personal visualmente pueda identificar que es un área destinada a resguardar medicamentos de este tipo como se observa en el Gráfico 6, no se deberán colocar en áreas alternas o no definidas por el ES.

Gráfico 6. Alerta visual medicamentos de alto riesgo



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

- Las Insulinas deberán señalizarse con la alerta visual de Medicamento de Alto Riesgo (Triángulo rojo) y con letras negras y fondo gris en Mayúscula la palabra “INSULINAS” (Gráfico 7).

Gráfico 7. Alerta visual medicamento de Alto Riesgo (Insulinas)



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

- Las Heparinas deberán señalizarse con la alerta visual de Medicamento de Alto Riesgo (Triángulo rojo) y con letras blancas y fondo negro en Mayúscula la palabra “HEPARINA” (Gráfico 8).

Gráfico 8. Alerta visual medicamento de Alto Riesgo (Heparina)



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

Almacenamiento de los medicamentos LASA.

- Estos medicamentos no deberán almacenarse en orden alfabético.
- El establecimiento genera su listado de medicamentos LASA y cada servicio deberá contar con su listado LASA.
- El ES generará o identificará sus medicamentos LASA y cada uno contará con su listado correspondiente de medicamentos.
- El área destinada para el almacenamiento de los medicamentos LASA deberá contener la leyenda de “Medicamentos Lasa” (Gráfico 9), para que el personal visualmente pueda identificar que es un área destinada a resguardar medicamentos de este tipo.

Gráfico 9. Alerta visual medicamento LASA



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

Etiqueta combinada para medicamentos con múltiples riesgos:

Cuando un medicamento cumpla con más de un criterio (por ejemplo, sea de alto riesgo y esté próximo a caducar, o sea LASA y de alto riesgo), se propone utilizar una etiqueta combinada de forma rectangular, que integre los colores representativos de cada tipo de riesgo y la leyenda (Gráfico 10).

Gráfico 10. Alerta visual con múltiples riesgos



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería y División de Calidad y Certificación

AESP No. 3C Prescripción segura.

Prescripción.

Los médicos tienen que anotar la prescripción médica en el expediente y en la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras. La receta y las indicaciones médicas deben contener:

- Nombre y domicilio del ES de forma impresa.
- Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe (sello).
- Fecha de elaboración.
- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- Nombre genérico del medicamento.
- Dosis y presentación farmacéutica del medicamento sin abreviaciones.
- Frecuencia y vía de administración sin abreviaciones.
- Duración del tratamiento.

La receta y las indicaciones médicas deben considerar lo siguiente:

- Contener indicaciones completas y claras para su administración
- No tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
- No utilizar abreviaturas en dosis, vía, diagnósticos e indicaciones.

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

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



AESP No. 3D Prescripción de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y Medicamentos de Alto Riesgo

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

a) Medicamentos de alto riesgo: Utilización de "letras mayúsculas".

Ejemplo:

BICARBONATO DE SODIO

b) Medicamentos LASA: Subrayado.

Ejemplo:

Digoxina – Dorixina

c) Medicamentos de alto riesgo y LASA: Utilizar ambas barreras.

Ejemplo:

CICLOSPORINA SOLUCIÓN 5ml
CICLOFOSFAMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE 500 mg

VINBLASTINA SOLUCIÓN INYECTABLE 10mg
VINCRISTINA SOLUCIÓN INYECTABLE 1mg

Estas barreras pueden fortalecerse aún más utilizando letra negrita, de color de fondo o mediante otros recursos tipográficos, según lo defina el ES.

AESP No. 3E De la transcripción.

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

AESP No. 3F De la dispensación.

- El personal de la farmacia verificará que coincida la solicitud de medicamento, con el medicamento a dispensar antes de entregarlo.
- En caso de dudas, no entregará el medicamento y se pondrá en contacto con el personal que solicitó el medicamento.



- Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes tiene que contener fecha de caducidad y lote.
- Deberá existir un registro del control interno de inventario de la farmacia hospitalaria (salidas y entradas).

AESP No. 3G De la recepción de medicamentos.

- El personal de enfermería verificará que los medicamentos recibidos correspondan a los prescritos por el personal médico y los solicitados mediante su receta colectiva.
- El medicamento tiene que rotularse con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).

AESP No. 3H De la preparación de medicamentos.

- Solo personal autorizado podrá preparar los medicamentos y productos biológicos.
- No se prepararán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- La preparación de los medicamentos debe realizarse en lugar exclusivo, un entorno higiénico y seguro destinado para tal fin (área de preparación de medicamentos), con equipo y suministros adecuados. Conforme a las normativas de buena práctica para la preparación de medicamentos.
- El área destinada a la preparación de medicamentos deberá contar con la infraestructura necesaria para el lavado de manos, incluyendo lavabo, dispensador de jabón, dispensador de toallas desechables y un bote para residuo de manejo especial. Además, deberá disponer de ayudas visuales que guíen la correcta técnica de higiene de manos.
- El personal deberá realizar limpieza y desinfección de mesa de trabajo para la preparación de medicamentos antes de iniciar y al concluir el procedimiento.
- Para la preparación de medicamentos que requieren de un ambiente estéril se utilizara equipo de protección personal y se emplearan las técnicas asépticas adecuadas, además de las políticas empleadas para el uso de campana de flujo laminar si es el caso.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales, deberá preferirse la presentación unidosis o la presentación más pequeña, garantizando: la apertura de un frasco nuevo durante la preparación, o el desecho del sobrante o remanente al término de la preparación. Esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.

La preparación segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes correctos:

- Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
- Caducidad correcta antes de iniciar la preparación.
- Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
- Vía de administración correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.

- Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Dilución o reconstitución correcta si aplica.

Se deberá **etiquetar los medicamentos inmediatamente después de su preparación** (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_3H_IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTO**) por parte del personal de enfermería con los siguientes datos:

- Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Nombre del medicamento.
- Dosis.
- Concentración, si corresponde.
- Vía.
- Dilución, si corresponde.
- Fecha / hora de preparación y caducidad una vez preparado, si corresponde.
- Se podrá omitir el etiquetado si es un único medicamento y se administra inmediatamente después de prepararlo para un solo paciente en caso de urgencias: por ejemplo, en el caso de reanimación cardiopulmonar.

AESP No. 3I De la administración de medicamentos.

- Solo el personal autorizado podrá administrar medicamentos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- Todos los medicamentos de alto riesgo y aquellos definidos por la normatividad vigente o en el ES como son los electrolitos concentrados, insulinas o anticoagulantes parenterales se tiene que preparar justo antes de su administración y deberán emplear la doble verificación.
- El personal de salud antes de la administración de algún medicamento o hemo componente, **tiene que corroborar**, con el paciente, cuidador o acompañante o en el expediente clínico, **si tiene alergias y verificará los datos de identificación del paciente en el brazalete y con el propio paciente**. Es responsabilidad del personal quien administra el medicamento **informar al paciente o familiar sobre el medicamento** utilizado, así como el seguimiento y notificación de reacciones adversas.

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

- Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Medicamento correcto, verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
- Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente clínico y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
- Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.

- Velocidad de infusión correcta.
- Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, en la hoja de enfermería registrar el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.
- Los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, tienen que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada ES defina de acuerdo con lo estipulado por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales deberán garantizarse las condiciones de esterilidad al momento de la administración, utilizando un frasco nuevo por paciente y desechando el sobrante o remanente, esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.
- Los medicamentos que el paciente trae consigo, tienen que ser resguardados por el personal de enfermería y en su caso solicitar indicaciones del médico para aplicarlos, conforme el procedimiento de Conciliación de medicamentos y su registro en la bitácora de Medicamentos que ingresan de domicilio (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_3I_BITÁCORA DE MEDICAMENTOS QUE INGRESAN DE DOMICILIO**).

AESP No. 3J De la verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo.

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

Debe existir registro de la implementación de la doble verificación en el membrete de identificación de la solución y en la hoja de registros clínicos de Enfermería. El membrete por utilizar para las soluciones que contengan Medicamentos de Alto Riesgo (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIÓN INTRAVENOSA CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**).

- La jefatura de enfermería en coordinación con el responsable de calidad serán los encargados de verificar el abasto a los servicios de los mambres, alertas, letreros, hojas de registros clínicos de enfermería y supervisar su uso como barrera de seguridad al administrar medicamentos de alto riesgo.



AESP No. 3K Notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi falla relacionados con la medicación.

Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o hemo componentes tiene que darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante. Se debe realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemo componentes, en el pleno del CICASEP.

El registro de eventos adversos de manera nacional se hará de acuerdo con el *“Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos”* establecido por la DGCES o el que determine el IMSS-BIENESTAR.

AESP No. 3L Para el control de todos los medicamentos.

- El ES deberá establecer de manera interna un protocolo de ingreso de medicamentos (inventario, SAI) para el control en los ES en apego a la normatividad vigente.
- Notificar ante el pleno del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), en apego a la normatividad vigente y a las instrucciones del fabricante.
- Debe emplearse siempre el sistema de uso por primeras caducidades primeras salidas y posteriormente primeras entradas primeras salidas.
- Queda estrictamente prohibido utilizar medicamentos y cualquier otro insumo para la salud con fecha de caducidad vencida.
- Se prohíbe el trasvase (Acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.
- El ES deberá establecer un protocolo de manera interna de acuerdo con su tipología para destino final de los medicamentos que tienen escasa prescripción, en apego a la normatividad vigente.
- El ES establecerá un protocolo para el uso de medicamentos multidosis acorde a la tipología de la Unidad y la normatividad vigente que incluya al menos: que sean etiquetados al momento de su apertura, con fecha/hora de preparación y/o apertura, caducidad y dilución.
- En el caso de medicamentos y vacunas multidosis, se deberá colocar la fecha y hora de apertura y caducidad, el uso será en estricto apego a la ficha técnica del fabricante y con apego a la normatividad vigente (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_3L_IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTO MULTIDOSIS ALTO RIESGO**).

AESP No. 4.

AESP No.4A Seguridad en los procedimientos. Para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano.

El ES deberá contar con los siguientes procesos documentados:

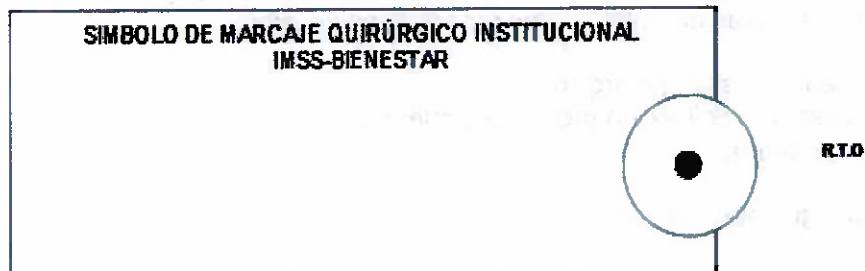
- Identificar y realizar un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.
- Definir un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta AESP.
 - En los ES debe llevarse a cabo el protocolo universal para todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen dentro y fuera de quirófano. Así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que se determinen en la “Lista de procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo”. El Protocolo Universal se conforma de tres procesos esenciales:
 - a. Marcado del sitio quirúrgico.
 - b. Proceso de verificación pre-procedimiento.
 - c. Tiempo fuera.

AESP No. 4B El marcado del sitio quirúrgico.

Previo al ingreso a la sala de cirugía, el cirujano responsable que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico. Siempre que sea posible el marcaje del sitio anatómico involucra la participación del paciente (Familiar, cuidador o acompañante) cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permitan participar durante el proceso. El marcaje tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.

El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad (Derecho-izquierdo), estructuras múltiples (Dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (Columna vertebral: cervical, torácica, lumbar, sacro coxígea); en todos los ES se adoptará la siguiente marca universal: Tipo diana que consiste en un círculo de al menos 3cm de diámetro con un punto al centro y las iniciales del cirujano se marcará con un plumón quirúrgico o en dado caso, el insumo con el que cuente el ES para dicha requisición, como se muestra en el Gráfico 11:

Gráfico 11. Marca tipo diana marcaje quirúrgico, siglas del cirujano.



Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería



Deberá realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.

Para cirugías oftalmológicas se debe marcar la piel del paciente del lado a intervenir (Por ejemplo, frente, párpado u órbita). En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado por lo que debe elaborarse siempre una odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.

El marcado del sitio anatómico puede realizarse de manera documental en los siguientes casos:

- Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.
- Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo, en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo el marcado documental.

AESP No. 4C Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (Entrada, Time Out/pausa quirúrgica y Salida)

La Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_4C_LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**) se conforma de 3 apartados: Entrada, Time Out/ pausa quirúrgica y Salida, y se realizará de la siguiente manera:

- Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante, quién recaba la información, realizando cada una de las preguntas en voz alta, y en la cual deberán participar el o los cirujanos, el o los anestesiólogos, y la enfermera especialista (quirúrgica), en cada uno de los apartados. Quienes deberán concentrar su atención en cada una de las preguntas y responder con veracidad.
- Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que el ES defina.
- En los procedimientos en donde solo participa una persona, el tiempo fuera puede ser realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, como parte de un ejercicio consciente de validación y revisión.
- Cada ES podrá incluir la verificación de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el procedimiento, siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de las fases.
- Los datos que se vaciarán en la Lista de verificación de seguridad en la cirugía son las actividades realizadas durante los tres procesos esenciales:
 - Marcado del sitio quirúrgico.
 - Proceso de verificación pre-procedimiento.
 - Tiempo fuera.

Conformados de la siguiente manera:

FASE 1. Entrada. Antes de la inducción de la anestesia



El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

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

El anestesiólogo:

Durante la realización de procedimientos con técnica aséptica tiene que utilizar el equipo completo de protección incluyendo gorro, guantes, bata quirúrgica y cubre bocas bien posicionado.

- Confirma con el cirujano el marcaje del sitio quirúrgico.
- Realiza el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, anotando la fecha de caducidad y el lote de estos, así mismo como la aplicación de los correctos para la administración de medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente.
- Coloca y comprueba que funcione el oxímetro de pulso correctamente.
- Confirma si el paciente tiene alergias conocidas, vía aérea difícil y riesgo de aspiración. En el caso de que sí exista este riesgo, tiene que verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponibles.
- Identifica el riesgo de hemorragias: en adultos mayor a 500 ml y en niños mayor a 7ml/kg.
- Prevé la disponibilidad de soluciones parenterales, vías centrales y/o periféricas permeables con el calibre de catéter adecuado, de acuerdo con el procedimiento a realizar.
- Identifica la necesidad de hemo componentes y en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

El cirujano confirma:

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



FASE 2. Tiempo fuera o Pausa quirúrgica. Antes de la incisión

El circulante o persona designada ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico que pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, instrumentista y cualquier otro tipo de personal, para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_4C_ LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**).

El cirujano:

- Confirma que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones).
- Confirma de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.
- Para la prevención de eventos críticos el cirujano tendrá que informar sobre los pasos críticos del procedimiento o cuando no haya posibilidad de sistematizar los pasos, así como la duración del procedimiento y la pérdida de sangre prevista.

El anestesiólogo:

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

Enfermería:

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

FASE 3. Salida. Antes de que el paciente salga del quirófano

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

- El nombre del procedimiento realizado.



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

Todos los integrantes del equipo quirúrgico anotan su nombre y firman la LVSC, en la parte que les corresponda. La LVSC debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, se integra al expediente clínico del paciente.

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

AESP No. 4D Seguridad en los procedimientos fuera del quirófano. Procedimientos fuera de Quirófano.

La realización del Tiempo fuera o "Time out",

Con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, tiene que realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_4D_LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO FUERA DEL QUIRÓFANO**):

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

- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- Procedimientos endoscópicos
- Colocación y manejo de accesos vasculares centrales.

El personal de salud responsable de la atención debe:

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

El equipo multidisciplinario será responsable de designar a una persona para llevar el registro de las listas de verificación de los procedimientos / tratamiento fuera de quirófano. **Se debe brindar educación al paciente y familiar sobre el Protocolo Universal y Tiempo fuera o "Time out" para su participación y toma de decisiones.**

AESP No. 5

AESP No. 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

AESP No. 5A. Acciones generales del ES para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

La implementación de las acciones para la Prevención y Control de Infecciones (PCI) debe ser realizada por un equipo multidisciplinario. Cada integrante debe asumir la responsabilidad específica de los procesos según su perfil profesional y ámbito de actuación.

El ES debe contar con un **Programa y un Plan Anual de Mejora para la Higiene de Manos, documentado**, que contemple:

- Capacitación continua dirigida a todo el personal de salud, incluyendo personal en formación, pacientes, familiares, acompañantes, proveedores y visitantes.

Además, los ES deben contar con un programa de capacitación dirigido a todo el personal de salud en materia de Prevención y Control de Infecciones (PCI) que incluya por lo menos:

- Estrategias y prácticas relacionadas a los procesos para la prevención y control de IAAS.



- Uso racional y seguro de antimicrobianos.

Se debe de garantizar la evidencia documental de las actividades de capacitación realizadas, mediante registros como listas de asistencia, cartas programáticas, evaluaciones y carpetas de seguimiento. En adición a lo anterior se deberán de implementar, monitorear y evaluar los paquetes de acciones para prevenir las IAAS (PAP-IAAS), así como analizar los resultados obtenidos para retroalimentar y fortalecer las estrategias aplicadas, además del reforzamiento y mejora de los diferentes procesos involucrados en la prevención y control de infecciones, de conformidad con la normatividad sectorial e institucional aplicable.

El área administrativa garantizará la adecuada implementación de las siguientes acciones para asegurar los procesos relacionados PCI:

- Gestión, abasto y disponibilidad de dispositivos e insumos de adecuada calidad.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y dispositivos médicos.
- Gestión para los proyectos de infraestructura: adecuaciones y/o remodelaciones.
- Supervisión estricta del cumplimiento de contratos cuando se brinden servicios externos (limpieza, manejo de RPBI, hemodiálisis, lavandería, provisión y elaboración de alimentos, entre otros).

AESP No. 5B: Programa de Higiene de Manos.

Los ES del IMSS-BIENESTAR deben de implementar el Programa Institucional de Higiene de Manos, alineado a la Estrategia Multimodal de la OMS, que incluye los siguientes componentes específicos con responsables definidos:

- Cambios del sistema: El Área de Conservación/Mantenimiento, en coordinación con Abasto y Administración es el responsable de asegurar la infraestructura y disponibilidad de insumos para higiene de manos.
- Formación y aprendizaje: El Área de Enseñanza y Recursos Humanos son responsables de la Capacitación sobre la importancia de la higiene de manos, los cinco momentos y la técnica correcta de higiene de manos.
- Evaluación y retroalimentación: El área de Calidad será responsable para la conformación de los equipos de observadores directos, quienes serán los encargados de aplicar la cedula de evaluación (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_5B_ CÉDULA PARA LA EVALUACIÓN DEL APEGO A LA HIGIENE DE LAS MANOS**). El Departamento de Epidemiología, UVEH o su equivalente, es la responsable de la concentración de la información, el análisis de datos, presentación de resultados en el CODECIAAS y retroalimentación para la mejora continua.

Con el propósito de seguir generando conciencia sobre la importancia de mejorar la higiene de manos en todo el personal de salud durante los procesos de Atención a la salud, cada año el ES deberá realizar el Marco de Autoevaluación y aplicar al personal de salud el Cuestionario de Conocimientos y Percepción de Higiene de Manos, dirigido al personal de salud en la plataforma de la DGCES, para contar con un diagnóstico del nivel de madurez de este programa en los ES de primer, segundo y tercer nivel de atención.

- Cultura de seguridad del paciente: El Área de Calidad es la encargada de la promoción de valores, actitudes y comportamientos orientados hacia la seguridad del paciente se deberá



aplicar por el área de calidad y compartir los resultados de la encuesta de Conocimiento y Percepción sobre la Higiene de Manos destinada al personal de salud (Formato contenido en el **ANEXO AESP_5B_ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE LA HIGIENE DE MANOS**, incluida de forma ilustrativa en el anexo descrito) según los lineamientos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Recordatorios en el lugar de trabajo: El Área de Administración es responsable de la señalización visual para reforzar la importancia y la correcta ejecución de la higiene de manos (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_5B_SEÑALIZACIÓN VISUAL PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS**).

El Programa Institucional de Higiene de Manos deberá ser coordinado por un equipo multidisciplinario liderado por las áreas de Calidad y Educación, con la participación de Enfermería, Epidemiología, Conservación, Administración, Recursos Humanos, Área médica y aquellas áreas adicionales que, de acuerdo con las necesidades específicas del establecimiento, sean pertinentes.

Las funciones de este equipo son:

- **Diseñar e implementar** el Plan Anual de Mejora de Higiene de Manos, con base en los resultados de la aplicación del Marco de Autoevaluación vigente, que se haya aprobado por la DGCES (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_5B_MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA HIGIENE DE LAS MANOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, incluida de forma ilustrativa en el anexo)
- **Capacitar, supervisar y evaluar** el cumplimiento del programa institucional. Involucra la formación continua del personal de salud, así como de visitantes y proveedores. Las capacitaciones deben abordar los “cinco momentos de la higiene de manos”, la técnica correcta, el impacto en la seguridad del paciente, y el uso racional de insumos.
- **Aplicar el formato de la Cédula para la Evaluación del Apego a la Higiene de Manos** (Formato contenido en el **ANEXO_AESP_5B_CÉDULA PARA LA EVALUACIÓN DEL APEGO A LA HIGIENE DE LAS MANOS**) mediante el equipo de observadores entrenados a través de observación directa en complemento con estudio de sombra (80% y 20% respectivamente). Así como el empleo de otras técnicas de observación indirecta y con base en las necesidades, cultura de calidad e infraestructura de cada establecimiento. El análisis debe utilizarse para retroalimentar al personal, identificar áreas de oportunidad y tomar decisiones orientadas a la mejora continua.

AESP No. 5B1 Implementación del PIHM en el ES.

Cada ES deberá contar con:

Programa Institucional y Plan Anual de Mejora de Higiene de Manos documentado: Incluye el diseño, aprobación y difusión del programa que detalla objetivos, metas, responsables, cronograma de actividades, mecanismos de evaluación, y estrategias para fortalecer la higiene de manos en todo el Establecimiento.

Monitorización de la calidad del agua y abasto de insumos: Implica verificar de forma continua la disponibilidad y calidad del agua, así como el suministro oportuno de insumos como jabón líquido, solución alcoholada, toallas desechables y lavamanos funcionales. Esta actividad garantiza que el entorno físico favorezca una correcta higiene de manos.

Educación a pacientes y familiares: Comprende acciones informativas como charlas, carteles, trípticos y sesiones breves para sensibilizar a los usuarios del servicio sobre la importancia de la higiene de manos, promoviendo una cultura de corresponsabilidad en la prevención de infecciones.

Aplicación del programa en todo el ES: El PIHM debe implementarse de forma transversal en todas las áreas y servicios, garantizando su operatividad institucional.

Medición y análisis de los datos derivados de la implementación de la barrera de seguridad: Se refiere a la evaluación del impacto del PIHM como una barrera efectiva de seguridad del paciente, mediante la revisión de indicadores, tasas de cumplimiento y su relación con la disminución de IAAS, con base en los estándares definidos por la OMS, DGCES, la Dirección General de Epidemiología y las Coordinaciones normativas del IMSS-BIENESTAR.

Durante las sesiones del CICASEP y CODECIAAS.

Se analizará la información presentada, sobre la evaluación del apego a la higiene de manos y el cumplimiento de los PAP-IAAS, con el objetivo de definir estrategias de mejora, estandarizar los procesos de prevención y control de infecciones, promover la reducción de las IAAS.

Se analizarán las áreas de oportunidad identificadas en la evaluación de los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para definir estrategias específicas de mejora. Se informarán los resultados obtenidos de la implementación de la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 5 y del Programa Institucional de Higiene de Manos a los directivos y personal de salud del ES.

AESP No.6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

AESP No.6A Acciones para reducir el Riesgo de Caídas.

La educación para la salud incluye informar a paciente, familiar, cuidador o acompañante sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenir las mismas, entre ellas, solicitar la ayuda del personal de salud para la movilización del paciente.

Garantizar la transferencia de la información relevante sobre el riesgo de caídas y/o caída en los diferentes momentos críticos de la atención hospitalaria la cual deberá ser:

- Completa
- Detallada
- Organizada
- Veraz

AESP No. 6A1 Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas. Escalas del Riesgo de Caídas.

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

El personal de salud en el ES:

Evalúa el riesgo de caídas, utilizando la Escala de J.H. Downton modificada que se presenta a continuación. La evaluación deberá realizarse en el primer contacto con todos los pacientes y su revaloración debe ser realizada en los siguientes momentos:

- Cada cambio de turno.
- Cambio de área o servicio.
- Cambio en el estado de salud del paciente.
- Cambio o modificación del tratamiento farmacológico.
- Realización de exámenes de diagnóstico.
- Tratamientos de rehabilitación.

En la identificación del riesgo de caídas de los pacientes, la primera valoración deberá colocarse en el espacio indicado en la Ficha de Identificación (Formato contenido en el **ANEXO_AESP 1B_FICHA DE IDENTIFICACIÓN**). La evaluación del riesgo de caídas deberá ser actualizada cada vez que se presente alguno de los momentos previamente mencionados y se registrará en los formatos institucionales y además deberá anexarse en la hoja de registros clínicos de enfermería de cada paciente. Para la clasificación de intervenciones el personal deberá utilizar los Formatos contenidos en los anexos: **ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_ALTO RIESGO**, **ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_BAJO RIESGO** y **ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_MEDIO RIESGO**.

AESP No. 6B De las acciones de seguridad para prevención de caídas que realiza el personal de salud.

- Verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos y descansa pies de las sillas de ruedas.
- Informar al familiar, cuidador o acompañante que, si el paciente permanece en su cama o cuna, "debe tener los barandales en posición elevada y los frenos colocados".
- Trasladar en el ES al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
- Realizar traslado siempre en cuna de pacientes pediátricos. Cuando sea necesario trasladar al menor fuera de la cuna; tiene que permanecer en compañía de personal de salud o un familiar, cuidador o acompañante.
- Asistir durante el baño al paciente de acuerdo con sus necesidades fisiológicas, condición clínica y edad.



- Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo con el protocolo establecido en el ES.
- Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.
- Colocar el interruptor de timbre y de luz al alcance del paciente en caso de que esté se encuentre sin acompañante.
- Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.
- Mantener las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan su vigilancia.
- Colocar el banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- Recomendar el calzado cerrado antiderrapante.
- Coloca en la regadera una silla de baño para el paciente, en caso de ser necesario.
- Informar al paciente sobre evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo postrado para evitar hipotensión ortostática.
- En la Tabla 1, se presenta la “Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton Modificada”.

Tabla 1. Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton Modificada



Escala de Riesgo de Caída J. H. Downton Modificada

Variables		Puntaje
1) Caída previa	No	0
	Si	1
2) Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes - sedantes	1
	Diuréticos	1
	Anti-parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros fármacos	1
3) Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
4) Estado mental	Buena orientación	0
	Confusión	1
5) Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda y sin ayuda	1
	Imposible	1

Puntuación final y nivel del riesgo	
Riesgo	Puntaje
Bajo	0 → 1
Medio	1 → 2
Alto	>3

Fuente: Elaboración por Coordinación de Enfermería



- Explicar al paciente y familiar, cuidador o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito o sentado.
- Informar al familiar, cuidador o acompañante que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, cuidador o acompañante.
- Informar al familiar, cuidador o acompañante que no se separen de su paciente y en su caso, si requieren separarse tienen que avisar al personal de enfermería.
- Elevar los barandales en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas, además indica al familiar o cuidador permanecer de manera constante con ellos.
- Reportar por escrito inmediatamente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.
- Solicitar el retiro de equipo o mobiliario que no esté en uso en la habitación.
- Registrar y notificar inmediatamente, en caso de que el paciente sufra una caída, siguiendo el protocolo del ES para el reporte de eventos señalado en la AESP 7.
- Realizar el seguimiento clínico en caso de caída de paciente durante su estancia hospitalaria y hasta su egreso.

Del personal de limpieza: Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

AESP No. 6C. De las acciones de la organización para prevención de caídas.

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

Es importante que cada ES implemente la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales en relación con las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el daño al paciente derivado de caídas.



AESP No.7 Prevención, notificación, registro y análisis de cuasi falla, eventos adversos y centinela.

El ES deberá contar con el siguiente proceso documentado:

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

AESP 7A Registro y análisis de Cuasi falla y Evento Adverso.

El registro de eventos adversos de manera nacional se hará de acuerdo con el "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" establecido por la DGCES o el que determine el IMSS-BIENESTAR. Se debe registrar realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados, priorizando la atención del paciente. Se requiere usuario y contraseña para realizar el reporte por la persona asignada por la Dirección. Es un registro anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo.

Los eventos adversos son aquellos que tendrán una identificación inmediata, sin embargo, no excluyen a todos aquellos que por la naturaleza de la atención de los servicios que se prestan provoquen un daño al paciente o aquellos que aún sin condicionar un daño al paciente pudieran haberlo alcanzado y que por el azar u otros factores no sucedieron. En adición a lo anterior, todas las IAAS deberán ser reportadas como eventos adversos.

Las cuasifallas y los eventos adversos asociados al proceso de vacunación (error en la preparación, fallas en la administración, error en la dosis, vía incorrecta) deberán reportarse, adicionalmente a los procesos de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva, como eventos adversos en los sistemas definidos por DGCES e IMSS-BIENESTAR. En el caso de presentarse un Evento Supuestamente Atribuible a Vacunación e Inmunización (ESAVI), sin error humano, estos solo se reportarán al personal de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva durante las primeras 24 horas y se seguirán los protocolos definidos para ello.

En el caso de los errores relacionados al proceso de medicación, deberán reportarse como eventos adversos, excepto en el caso de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM) atribuible al medicamento, además de ser reportados como eventos adversos se deberá notificar al área de farmacia o al personal que se haya designado para ello en el ES.

Mediante sesión del CICASEP, se debe analizar los eventos adversos, en los que exista riesgo potencial o inminente de daño significativo para el paciente. Esto incluye, pero no se limita, a Eventos Centinela no mencionados en esta guía; también contempla otros eventos o incidentes que podrían derivar en muerte imprevista, pérdida permanente de una función corporal, siempre que estos eventos no estén relacionados directamente con la evolución natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.

Además, el CICASEP podrá llevar a cabo **sesiones extraordinarias** cuando las circunstancias así lo ameriten, con la finalidad de analizar oportunamente situaciones críticas y tomar decisiones inmediatas para mitigar riesgos y garantizar la seguridad de los pacientes.



Es responsabilidad del personal de salud fomentar el reporte de eventos adversos desde un enfoque proactivo, de carácter no punitivo, asegurando que todo el personal que efectúe un reporte / notificación, estén libres de represalias o castigos como resultado de este.

AESP No. 7B Debe registrarse, reportarse y analizarse los siguientes eventos considerados centinela.

- 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, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención.
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
- Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
- Muerte en la que se confirme que la causa primaria o contribuyente fue una Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS).
- Eventos que condicionen daños psicológicos graves.

En todos los eventos centinela se tiene que realizar el análisis causa-raíz en un período no mayor a 20 días.

AESP No. 7C Recopilación, análisis y comunicación de datos.

Los eventos adversos y cuasi fallas tendrán que analizarse mediante Patrones y Tendencias al menos cada 6 meses, mientras que los Eventos centinela se realizará un análisis causa-raíz en un período no mayor a 20 días. Los resultados del análisis se presentarán en el CICASEP, con el fin de establecer las acciones de mejora. En adición a lo anterior, los resultados se presentarán al cuerpo directivo y al personal de los ES en una de sus sesiones generales.

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

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

Elementos medibles con los que debe contar el ES:

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

- Los resultados de este análisis y las acciones de mejora implementadas se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM.
- Capacitaciones en materia de las AESP en personal de recién ingreso y para el personal de los ES en su totalidad.

AESP No. 8A Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.

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

La medición de la cultura de seguridad del paciente se podrá realizar en la plataforma informática de la DGCES o lo que determine el IMSS-BIENESTAR para este fin.

Mecanismos de Vigilancia y Evaluación.

La División de Calidad y Certificación establecerá guías para la vigilancia y evaluación de las AESP conforme al modelo de gestión de calidad de la DGCES.

AESP No. 8B Acciones para fomentar la cultura de seguridad del paciente.**AESP No. 8B1 Capacitación.**

En los ES se establecerá como capacitación obligatoria las AESP en los cursos de inducción al puesto de trabajo a todo el personal de nueva credencialización sin importar el tipo de contratación, lo que incluye a personal en formación. Dicha capacitación deberá abarcar todos los aspectos descritos en este documento, será dirigida para todos los perfiles, incluyendo al personal que colabore como parte de los Servicios Médicos Integrales, personal externo de servicios subrogados o contratados y personal con otorgamiento de privilegios.

La capacitación deberá incluir evaluaciones sobre el contenido de manera previa a la capacitación y una vez concluida. Para los ES de atención ambulatoria, dicha capacitación será impartida por el Equipo Regional de Conducción Médica. En el caso de los ES con servicios de hospitalización, la capacitación deberá formar parte del programa anual de capacitación. Se deberá otorgar una constancia de participación a quien cumpla con los requisitos necesarios según lo establecido por DGCES y el IMSS-BIENESTAR. Los ES no se encuentran limitados a solo esta capacitación y podrían incluir otras que consideren necesarias según su contexto.

AESP No. 8B2 Buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Se insta a los ES a implementar buenas prácticas que mejoren la seguridad de los pacientes. Dichas prácticas deben encontrarse respaldadas por evidencia científica o bien ser iniciativas lanzadas desde asociaciones que busquen disminuir los daños a los pacientes derivados de la atención clínica de los pacientes. La implementación será documentada a través de los mecanismos que IMSS-BIENESTAR determine y podrán ser proyectos susceptibles de participar en los diferentes programas de reconocimiento que determine la DGCES o el IMSS-BIENESTAR.



Referencias:

1. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions. 2007 May;1(2).
2. Joint Commission. National Patient Safety. 2011.
3. Secretaría de Gobernación. ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. [cited 2024 Aug 11]; Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. 72a Asamblea Mundial de la Salud. 2019 Mar.
6. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), Consejo de Salubridad General (CSG). Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Actualizado en 2023. México: Secretaría de Salud; 2023.
7. Dionisi S, Giannetta N, Liquori G, De Leo A, D'Inzeo V, Orsi GB, et al. Medication errors in intensive care units: an umbrella review of control measures. *Healthcare*. 2022;10(1221).
8. Bardia Barimani, Pouyan Ahangar , Rajpal Nandra , Keith Porter , The WHO Surgical Safety Checklist: A Review of Outcomes and Implementation Strategies, Perioperative Care and Operating Room Management (2020), <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2020.100117>
9. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de Higiene de las manos. World Health Organization, 2009
10. Bishop AC, Boyle TA. The role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. *J Patient Saf*. 2014;00(00):1-6.
11. Barrientos-Sánchez, J., Hernández-Cantoral, A., & Hernández-Zavala, M.. (2013). Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enfermería universitaria*, 10(4), 114-119. Recuperado en 04 de febrero de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400002&lng=es&tlng=es.
12. Caídas. (s/f). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 31 de enero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
13. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), Consejo de Salubridad General (CSG). Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Actualizado en 2023. México: Secretaría de Salud; 2023.



14. Gutierrez, E. (2021). Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud. Acta médica del centro vol.16. <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfendmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2022/mec2211.pdf>
15. Junta Andalucía. (2022). Prevención de caídas en pacientes hospitalizados. En Manual Clínico de Procedimientos Generales de Enfermería: Vol. ISBN: 978-84-09-43331-5.
16. Servicio Andaluz de Salud, J. de A. (2017). Guía FASE para la prevención y actuación ante una caída. <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfendmkaj/https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/Guia-FASE-Caidas.pdf>
17. Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención a la salud. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, texto vigente, última reforma publicada DOF 17 de julio de 2018. 2018.
18. DOF: 16/06/2023. ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.
19. NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.



Anexos

ANEXO_AESP 1B_FICHA DE IDENTIFICACIÓN.



Ficha de identificación

IB/UAS/7/F/0032

Servicio: _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ años _____ meses _____ días
dd mm aaa

Peso: _____ kg Talla: _____ cm Sexo: _____

Número de expediente: _____ N°. de cama: _____

Alergias: _____ Grupo sanguíneo y RH: _____

Riesgo de caídas. Escala J.H. Downton

 RIESGO ALTO	 RIESGO MEDIO	 RIESGO BAJO
--	---	--

Riesgo de lesión por presión. Escala Braden y Braden Q

 RIESGO ALTO >12	 RIESGO MODERADO 13-14	 RIESGO BAJO 15-16
---	---	---

_____ / _____ / _____
dd mm aaa
Fecha de ingreso

_____ : _____
Hora de ingreso

Tamaño media carta: 21.3 cm de alto por 27.com de largo.



ANEXO_AESP_1B_IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ADULTA

 **Gobierno de México** |  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Identificación de la **Persona adulta**

IB/UAS/7/F/0034

Paciente: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Alergias _____

Tamaño: 7cm de largo por 2 cm de ancho

ANEXO_AESP_1B_IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

 **Gobierno de México** |  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Identificación del **Recién Nacido**

IB/UAS/7/F/0033

Identificación
de la Madre (apellidos): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Tamaño: 7cm de largo por 2 cm de ancho

ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

 **Gobierno de México** |  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Identificación de
Soluciones intravenosas

IB/UAS/7/F/0038

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de la solución y/o componentes: _____

Cantidad prescrita: _____ Duración de solución: _____ Velocidad de infusión: _____

Fecha y hora de inicio: ____/____/____ : ____:____ Fecha y hora de término: ____/____/____ : ____:____

Fecha de instalación: ____/____/____

Nombre completo de quien lo instaló: _____

Turno de instalación: _____

ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIÓN INTRAVENOSA CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

  **Identificación de Solución intravenosa con medicamento de alto riesgo** 

IB/UAS/7/F/0037

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Cama: _____

Solución prescrita: _____

Cantidad total a infundir: _____ ml por hr Gotas por min _____

Fecha y hora de preparación: ____/____/____ | ____:____ hrs

Hora de inicio: ____:____ Hora de término: ____:____

Nombre y firma del personal de Enfermería

Personal que prepara _____ Personal que realiza doble verificación _____

ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS

  **Identificación de Dispositivos**

IB/UAS/7/F/0035

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Tipo de dispositivo _____ Calibre: _____

Fecha de instalación: ____/____/____ | ____:____ hrs

Nombre del personal que instala: _____

Fecha de curación: ____/____/____

Nombre del personal de salud que realiza la curación: _____

ANEXO_AESP_1D_IDENTIFICACIÓN DE Sonda VESICAL

  **Identificación de Sonda Vesical**

IB/UAS/7/F/0036

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Calibre: _____

Volumen del balón: _____ ml de insuflado

Fecha de instalación: ____/____/____ Hora de instalación: ____:____

Nombre del personal de salud que instaló: _____



ANEXO_AESP_1F_ IDENTIFICACIÓN DE PIEZAS ANATÓMICAS

  **Identificación de Piezas Anatómicas**

IB/UAS/7/F/0040

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Tipo de muestra: _____

Nombre del Médico(a) solicitante: _____

Nombre del personal de enfermería: _____

Fecha de la obtención de la muestra: ____/____/____ Hora: ____:____

Diagnóstico presuntivo: _____

ANEXO_AESP_1F_ IDENTIFICACIÓN DE CADÁVERES

  **Identificación de Cadáveres**

Nombre del cadáver: _____ IB/UAS/7/F/0039

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de defunción: ____/____/____ Hora de defunción: ____:____

Causas de la Defunción: _____

Nombre del personal de salud que realiza la preparación del cadáver: _____

ANEXO_AESP_3H_ IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTO

  **Identificación de Medicamento**

IB/UAS/7/F/0044

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Concentración: _____

Vía: _____ Dilución: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____



ANEXO_AESP_2A_BITÁCORA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
Bitácora de Comunicación Efectiva				
ID/UAS/7/F/0041				
Establecimiento de Salud:	Servicio:	CLUES:	Fecha:	
_____	_____	_____	____/____/____	
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de expediente: _____				
Órdenes, indicaciones médicas o resultados de laboratorio: _____				
Nombre de quién recibe la indicación: _____		Fecha: ____/____/____	Hora: ____:____	
Nombre de quién emite la indicación: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre de quién valida el expediente: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de expediente: _____				
Órdenes, indicaciones médicas o resultados de laboratorio: _____				
Nombre de quién recibe la indicación: _____		Fecha: ____/____/____	Hora: ____:____	
Nombre de quién emite la indicación: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre de quién valida el expediente: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de expediente: _____				
Órdenes, indicaciones médicas o resultados de laboratorio: _____				
Nombre de quién recibe la indicación: _____		Fecha: ____/____/____	Hora: ____:____	
Nombre de quién emite la indicación: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre de quién valida el expediente: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de expediente: _____				
Órdenes, indicaciones médicas o resultados de laboratorio: _____				
Nombre de quién recibe la indicación: _____		Fecha: ____/____/____	Hora: ____:____	
Nombre de quién emite la indicación: _____		Cargo: _____	Firma: _____	
Nombre de quién valida el expediente: _____		Cargo: _____	Firma: _____	

(*) La persona que emite la indicación debe confirmarla y bitacorarla en un plazo máximo de 24 horas, cuando labore entre semana o en más de 72 horas en términos de días de semana y días festivos.

Nombre y Cargo de quien elaboró	Nombre y Cargo de quien Revisó	Nombre y Cargo de quien Aprobó
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

ANEXO_AESP_2C_ENLACE DE TURNO CON TÉCNICA SAER

Enlace de turno con técnica SAER | Entrega - recepción de pacientes

Servicios de Salud del Instituto
Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Establecimiento de Salud: _____

Servicio: _____

Clues: _____, Fecha: ____/____/____.

IB/UAS/7/F/0042

[illegible]

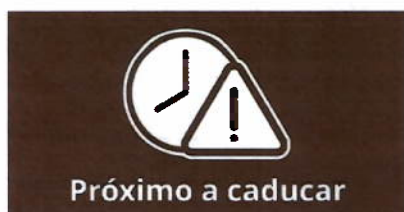
Nombre y Cargo de quien Elaboró

Nombre y Cargo de quien Revisó

Nombre y Cargo de quien Aprobó



**ANEXO_AESP_3B_ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS A CADUCAR, ALTO RIESGO
Y LASA**



Etiquetas para área de almacenamiento



Etiquetas para recipiente de almacenamiento



Circulo visual rojo para cada Medicamento de Alto Riesgo



Etiqueta combinada para medicamentos con múltiples riesgos

ANEXO_AESP_3L_IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTO MULTIDOSIS ALTO RIESGO

 Gobierno de México |  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Identificación de medicamento
Multidosis alto riesgo

IB/UAS/7/F/0046

Fecha y hora de apertura: ____/____/____ | ____:____ hrs

Vigencia posterior a la apertura: ____/____/____ | ____:____ hrs

Personal de **salud** que realiza apertura: _____

ANEXO_AESP_3B_CONTROL DE INGRESO DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA HOSPITALARIA



**Gobierno de
México**


IMSS BIENESTAR
 SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Control de ingreso de medicamentos de Farmacia Hospitalaria

Servicios de Salud del Instituto
Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Establecimiento de Salud: _____

Clues: _____

Fecha: ____/____/____

IB/UAS/7/F/0043

Personal de farmacia que valida el registro de bitácora:[illegible]

ANEXO AESP_31 BITÁCORA DE MEDICAMENTOS QUE INGRESAN DE DOMICILIO

DB/UAS7/F/0045

Establecimiento de Salud: _____ **Clues:** _____

Servicio: _____ Fecha: ____/____/____

No. de Lote: _____

Nombre completo del paciente: _____, Fecha de nacimiento: ____/____/____

[illegible]

Si el (los) medicamentos no se terminaron, se realizó entrega a familiar: ☐ SI ☐ No	Medicamento 1:	Medicamento 2:	Medicamento 3:	Personal de Enfermería que entrega medicamento:	Familiar que recibe medicamento:
Nombre y firma del responsable del servicio	T.M.			TV.	T.N.

Responsable del área de Calidad que revisa	
--	--

ANEXO_AESP_4C_LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía

IB/UAS/7/F/0047

Establecimiento de Salud: _____ CLUES: _____ Servicio: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre del paciente: _____ Procedimiento programado: _____ Expediente: _____
Diagnóstico: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Procedimiento realizado: _____
Hora de inicio: _____
Hora de cierre: _____
Hora de salida: _____

FASE 1: Entrada

Antes de la inducción de la anestesia

- ¿El cirujano (a), el anestesiólogo (a) y el personal de Enfermería ha confirmado verbalmente con el paciente (si es posible)?
 - ☐ Identidad ☐ Sitio quirúrgico
 - ☐ Procedimiento ☐ Consentimiento
- ¿El anestesiólogo (a) confirma con el cirujano (a) el marcaje del sitio quirúrgico?
 - ☐ Sí ☐ No procede ☐ Documental
- ¿El cirujano (a) ha confirmado la realización de asepsia en el sitio quirúrgico, de documentos, imágenes y estudios relevantes?
 - ☐ Sí ☐ No
- ¿El anestesiólogo (a) ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia (funcionalidad y condiciones), la medicación y riesgo anestésico del paciente?
 - ☐ Sí ☐ No
- ¿El anestesiólogo (a) ha colocado y comprobado que funcione correctamente el oxímetro?
 - ☐ Sí ☐ No
- ¿El anestesiólogo (a) ha confirmado si el paciente tiene alergias conocidas?
 - ☐ Sí ☐ No
- ¿El anestesiólogo (a) ha confirmado si el paciente tiene vía aérea difícil?
 - ☐ No ☐ Sí, y se encuentra con material, equipo y ayuda disponible.
- ¿El anestesiólogo (a) ha confirmado si el paciente tiene riesgo de hemorragia? (>500 ml en adultos o 7 ml/kg en niños?)
 - ☐ No ☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos, hemocomponentes y dos vías centrales.

FASE 2: Tiempo fuera o Pausa Quirúrgica

Antes de la incisión

- ¿El cirujano (a) ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y función, ¿sin omisiones?
 - ☐ Cirujano (a) ☐ Instrumentista ☐ Anestesiólogo (a)
 - ☐ Circulante ☐ Ayudante de cirujano (a)
- ¿El cirujano (a) ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo (a) y el personal de Enfermería (Instrumentista y circulante)?
 - ☐ Paciente correcto ☐ Procedimiento correcto
 - ☐ Sitio quirúrgico correcto ☐ Posición correcta del paciente
 - ☐ Marcado quirúrgico
- ¿El anestesiólogo (a) ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?
 - ☐ Sí ☐ No

Prevención de eventos críticos

- El cirujano (a) ha informado:
 - ☐ Los pasos críticos o no sistematizados
 - ☐ La duración de la operación
 - ☐ La pérdida de sangre prevista
- El anestesiólogo (a) ha informado:
 - ☐ Se ha aplicado la profilaxis antibiótica ☐ No aplica
 - ☐ La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.
- El personal de Enfermería ha informado:
 - ☐ La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental.
 - ☐ La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo de este. (Instrumental, textiles y agujas)

FASE 3: Salida

Antes de que el paciente salga del quirófano

- El cirujano (a) responsable, en presencia del anestesiólogo (a) y el personal de Enfermería, confirma que se ha aplicado la LVSC, a partir de confirmar verbalmente:
 - ☐ Nombre del procedimiento realizado.
 - ☐ Recuento completo en voz alta del Instrumental, textiles y agujas.
 - ☐ Etiquetado de muestras (identificación, fecha de procedimiento y descripción general de las muestras).
 - ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos que tiene que ser notificados y resueltos.
- ¿Ocurrieron Eventos Adversos?
 - ☐ No ☐ Sí y no fue registrado ☐ Sí y fue registrado
- ¿El cirujano (a) responsable, en presencia del anestesiólogo (a) y el personal de Enfermería han comentado al Circulante:
 - ☐ Los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento?
 - ☐ Sí ☐ No
- Listado del personal responsable con nombre, firma y cédula (si aplica) que participó en la aplicación y llenado de esta lista de verificación:

Cirujano (a) responsable	1º ayudante
Anestesiólogo (a)	2º ayudante
Instrumentista	Circulante
Otro(s)	

ANEXO_AESP_4D_LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO FUERA DEL QUIRÓFANO

[illegible]

ANEXO_AESP_5B_ CÉDULA PARA LA EVALUACIÓN DEL APEGO A LA HIGIENE DE LAS MANOS

[illegible]



ANEXO_AESP_5B_ ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE LA HIGIENE DE MANOS



Salud
Secretaría de Salud

6. ¿Cuál de los siguientes momentos de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional de salud?

(conteste SI o NO, según corresponda en todas las opciones)

- a) Después de tocar a el/la paciente
- b) Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales
- c) Inmediatamente antes de un procedimiento limpio/ aséptico
- d) Después del contacto con el entorno inmediato de el/la paciente
- e) Antes de tocar al paciente

SI	NO

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la desinfección de manos con preparados a base alcohol y el lavado de manos con agua y jabón son verdaderas?

(conteste verdadero o falso, según corresponda en todas las opciones)

- a) La desinfección es más rápida que el lavado de manos
- b) La desinfección causa más sequedad de la piel que el lavado de manos
- c) La desinfección es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos
- d) Se recomienda realizar el lavado y la desinfección de manos de forma secuencial

Verdadero	Falso

8. ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la desinfección de manos con desinfectantes a base de alcohol elimine los gérmenes de las manos? (señale solo una opción)

- a) Más de 60 segundos
- b) 40 a 60 segundos
- c) Menos de 20 segundos
- d) 20 a 30 segundos



Salud
Secretaría de Salud

9. ¿Qué tipo de higiene de las manos se requiere en las siguientes situaciones? (conteste desinfección o lavado según corresponda)

- a) Antes de la palpación abdominal
- b) Antes de poner una inyección
- c) Después de vaciar un recipiente (para, cómodo, riñón, probeta u otro)
- d) Después de realizar auscultación pulmonar y cardíaca al paciente
- e) Después de quitarse los guantes
- f) Antes de tomar signos vitales (presión arterial, temperatura, pulso)
- g) Después de hacer la cama del paciente
- h) Después de exposición visible a la sangre

Desinfección	Lavado

10. ¿Cuál de las siguientes circunstancias deben evitarse, puesto que se asocian con una mayor probabilidad de colonización de microorganismos patógenos en las manos? (conteste sí o no, según corresponda en todas las opciones)

- a) Uso de joyas
- b) Lesiones cutáneas
- c) Uñas pintadas
- d) Uso regular de cremas de manos

SI	NO



Salud
Secretaría de Salud

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE LA
HIGIENE DE LAS MANOS DESTINADO AL
PERSONAL DE SALUD

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Entidad federativa: _____

Nombre del establecimiento: _____

DATOS DEL ENCUESTADO

Señale su cargo actual dentro del establecimiento:

Directivo
Administrativo
Profesional de la Salud
Personal en formación

Señale cuál es su ocupación en la unidad de adscripción:

Profesión:	Medicina
	Odonatología
	Enfermería (Técnico, Licenciatura, Posgrado)
	Química (Técnico, Licenciatura, Posgrado)
	Trabajo Social (Técnico, Licenciatura, Posgrado)
	Nutrición (Técnico, Licenciatura, Posgrado)
	Psicología
	Técnicos de laboratorio/imagenología/Banco de Sangre
	Camillería
	Servicios Generales (mantenimiento, intendencia, vigilancia, otros)
	Administrativo
	Otro



Salud
Secretaría de Salud

Por favor, lee atentamente las preguntas antes de contestar. Sus respuestas serán confidenciales.

CONOCIMIENTOS

- 1. ¿Ha recibido capacitación sobre higiene de las manos en los últimos seis meses?
- 2. ¿Utiliza regularmente desinfectante a base de alcohol para la higiene de las manos?

SI	NO

3. ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los/las pacientes de los establecimientos de salud? (señale una sola opción)

- a) Las manos de los profesionales de la salud cuando no están limpias
- b) El aire que circula en el hospital
- c) La exposición de los/las pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas, suelos)
- d) Compartir objetos no invasivos (estetoscopios, manguitos de presión) entre los/las pacientes

SI	NO

4. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención de la salud? (señale una sola opción)

- a) El sistema de agua del hospital
- b) El aire del hospital
- c) Microorganismos ya presentes en el paciente
- d) Entorno (superficies) del hospital

SI	NO

5. ¿Cuál de los siguientes momentos de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos a los/las pacientes? (conteste SI o NO, según corresponda en todas las opciones)

- a) Antes de tocar a el/la paciente
- b) Después de tocar a el/la paciente
- c) Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales
- d) Después del contacto con el entorno inmediato de el/la paciente
- e) Inmediatamente antes de un procedimiento limpio/ aséptico

SI	NO

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



Por favor, lea atentamente las preguntas antes de contestar. Sus respuestas serán confidenciales.

PERCEPCIÓN

1. En su opinión, ¿Cuál es el porcentaje promedio de pacientes hospitalizados que contraen una infección asociada a la atención de la salud? (señale solo una opción)	a) No lo sé b) < 25 c) 26 - 50 d) 51 - 75 e) > 75	
2. En general ¿Qué repercusión tiene, en el desenlace de la enfermedad del paciente, las infecciones asociadas a la atención de la salud? (señale solo una opción)	a) Muy baja b) Baja c) Media d) Alta e) Muy alta	
3. ¿Qué eficacia tiene la higiene de las manos en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud? (señale solo una opción)	a) Muy baja b) Baja c) Media d) Alta e) Muy alta	
4. En su establecimiento, entre todas las acciones relacionadas con la seguridad de los pacientes, ¿Qué prioridad se asigna a la higiene de las manos? (señale solo una opción)	a) Prioridad muy baja b) Prioridad baja c) Prioridad moderada d) Prioridad alta e) Prioridad muy alta	
5. En promedio ¿en qué porcentaje de ocasiones en las que se requiere, realiza la higiene de las manos el personal de la salud de su hospital, ya sea mediante un preparado de base de alcohol gel o con agua y jabón? (entre 0 y 100%)	a) No lo sé b) Porcentaje	



6. En su opinión ¿Cuál sería la efectividad de las siguientes medidas destinadas a mejorar de forma permanente la higiene de las manos en el establecimiento donde labora? (señale solo una opción para cada enunciado)

	Más efectivo	Poco efectivo	No efectividad	Efectivo	Muy efectivo
a. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de las manos					
b. Que en su establecimiento exista un preparado a base de alcohol en cada punto de atención					
c. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio					
d. Que todos los profesionales de la salud reciban formación sobre higiene de las manos					
e. Que haya instrucciones claras y simples sobre la higiene de las manos a la vista de todos los profesionales de la salud					
f. Que los profesionales de la salud reciban regularmente retroalimentación sobre cómo realizan la higiene de las manos					
g. Que usted realice perfectamente la higiene de manos (siendo un buen ejemplo para sus colegas)					
h. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales de la salud que deben realizar una buena higiene de las manos					



7. ¿Qué importancia da su jefe/a de servicio médico (o la/el supervisor/a de enfermería de su unidad) a que usted realice una correcta higiene de las manos?

8. ¿Qué importancia dan sus colegas a que usted realice una correcta higiene de las manos?

9. ¿Qué importancia dan los pacientes a que usted realice una correcta higiene de las manos?

10. ¿Cuánto esfuerzo considera que necesita usted para realizar una buena higiene de manos cuando presta atención a los pacientes?

Ninguna importancia	Poca importancia	Mediana importancia	Mucha importancia

11. En promedio ¿en qué porcentaje de situaciones en las que se requiere, realiza usted realmente la higiene de las manos, ya sea con preparados a base de alcohol o con agua y jabón? (entre 0 y 100%)

_____ %

12. Utilizar preparados a base de alcohol ¿ha facilitado la realización de higiene de las manos en su trabajo cotidiano?

13. ¿Toleran bien sus manos el uso de preparados de base alcohólica?

14. Conocer los resultados de la observación de cómo se realiza la higiene de manos en su servicio ¿les ha ayudado a usted y a sus colegas a mejorar su práctica de la higiene de las manos?

15. El hecho de ser observado ¿le ha hecho prestar más atención a su práctica de higiene de las manos?

Nada	Poco	Mucho



16. La capacitación que ha recibido ¿ha sido importante a la hora de mejorar su práctica de higiene de las manos?

Ninguna
Poca importancia
Mediana importancia
Mucha importancia
No se realiza

17. ¿Considera que los gestores de calidad de su institución apoyan la mejora de la higiene de las manos?

18. La mejora del clima de seguridad (si en efecto éste ha mejorado en su establecimiento como resultado de la reciente implementación de la estrategia de promoción de la higiene de las manos) ¿le ha ayudado a usted personalmente a mejorar su práctica de higiene de manos?

19. Durante la actual campaña de promoción de la higiene de las manos ¿ha aumentado la conciencia de su papel en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud mediante la mejora de su práctica de higiene de las manos?

Nada	Medianamente	Mucho

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



ANEXO_AESP_5B_ MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA HIGIENE DE LAS MANOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Marco de autoevaluación de higiene de las manos México

El Marco de autoevaluación de higiene de las manos es un instrumento diagnóstico que permite obtener un análisis de la situación de las prácticas de esta acción y su promoción en cada establecimiento de atención médica.

Objetivo

El Marco de autoevaluación de higiene de las manos ofrece una oportunidad para identificar áreas de mejora sobre los recursos existentes, logros actuales, y es útil para contrastar en los planes y metas futuras.

En particular, es un instrumento diagnóstico y de seguimiento que permite identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora. Sus resultados pueden utilizarse para facilitar la formulación de un plan de mejora continua de la higiene de las manos en el establecimiento de atención médica. Su aplicación reiterada permitirá documentar los progresos realizados a lo largo del tiempo.

Usuarios del Marco de autoevaluación de la Higiene de las manos

Este instrumento debe ser utilizado por los profesionales de la salud encargados de coordinar acciones de gestión de calidad y seguridad del paciente en un establecimiento de atención médica o en el área estatal de calidad. El marco de autoevaluación puede ser utilizado en establecimientos de atención médica de cualquier nivel de atención.

Estructura

El Marco de autoevaluación de la higiene de las manos consta de cinco componentes y 39 variables. Los cinco componentes reflejan los cinco elementos de la Estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos¹. De acuerdo a la puntuación obtenida en los cinco componentes, el establecimiento de atención médica es asignado a uno de los cuatro niveles siguientes con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción: insatisfacción, básico, intermedio o avanzado.

Instrucciones de uso

Debe marcar una respuesta a cada una de las preguntas. Cada respuesta tiene una puntuación. Esta puntuación se sumará para obtener el subtotal por componente. Al final la evaluación se sumará los subtotales para calcular la puntuación total y determinar el nivel al que pertenece el establecimiento de atención médica con respecto a la higiene de las manos.

¹ <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

GLOSARIO

Agua corriente para uso y consumo humano: Aquella que cumple con los requerimientos y procesos físicos y/o químicos para la mejora de su calidad, que evita contaminantes químicos o agentes infecciosos y que no causa efectos nocivos al ser humano.^{104, 107}

Control de la Calidad del agua: Es la acción realizada por el área de servicios generales del establecimiento de atención médica de comprobar periódicamente la calidad del agua mediante un análisis microbiológico conforme a los siguientes parámetros. Y se debe contar con registro en la bitácora correspondiente, esto de acuerdo a lo contenido en las siguientes Normas Oficiales Mexicanas.^{104 de México}

Norma Oficial Mexicana	Requerimientos y parámetros	Numerales	Necesidad Cubierta
NOM-016-SSA3-2012.	Que establezca las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	6.4.1. 6.4.2. 6.4.4.	Disponibilidad de agua potable
NOM-016-SSA3-2012.	Que establezca las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	6.4.3.	Control de la Calidad del agua
NOM-045-SSA2-2005.	Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones	10.6.7.10.	Control de la Calidad del agua

Desinfección de las manos: Aplicar un desinfectante para manos a base de alcohol para reducir o inhibir la propagación de microorganismos en necesidad de una fuente estricta de agua en el lavado o lavado con toallas o otros artículos. Aplicación de un antiséptico (preparado a base de alcohol) por frotamiento de las manos.

Desinfectante para manos a base de alcohol: Preparado de base alcohólica (líquido, gel o espuma) formulado para ser aplicado en las manos a fin de reducir la proliferación de microorganismos. Estos preparados pueden contener uno o más tipos de alcohol con exponentes, otros principios activos y humectantes.

Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

Eficacia antimicrobiana óptica: Aquella que deben cumplir los productos a base de alcohol para realizar la antisepsia de las manos. Estos deben contener un 75 a 95% de etanol, isopropanol o n-propanol, o una combinación de estos productos. Las formulaciones recomendadas por la OMS contienen un 75% v/v de isopropanol o un 80% v/v de etanol.

Fluidos corporales: Sustancia en estado líquido o gaseoso. Se definen como las secreciones, líquidos o gases biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo. Ejemplos: asitis, baba, calostro, cerumen, flemas, fluido linfático, pleural, articular, vaginal, heces, humor vítreo y acuoso, lágrima, leche, líquido cefalorraquídeo, saliva, meconio, orina, pus, saliva, sangre, secreciones mucosas, semen, sudor, vómito o emesis, vómito, etc.

Higiene de manos: Toda medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria (contacto con superficies o frotamiento de las manos con un antiséptico a base de alcohol o realizar un lavado con agua y jabón normal o antimicrobiano)¹⁰⁴ en una clínica.

Datos del establecimiento

Fecha de aplicación: _____
Nombre del Establecimiento: _____
Calle CLAS: _____
Entidad Federativa: _____
Ciudad o municipio: _____

Tipo de establecimiento:

- Número de camas:
 - 1) Hospital de > 60 camas
 - 2) Hospital de < 60 camas
- Establecimiento Secretaría de Salud:
 - a) Hospital General
 - b) Hospital de alta especialidad
 - c) Instituto de Salud
 - d) Hospital o centro de atención psiquiátrica
- Otra institución* o tipo de establecimiento:
 - a) IMSS
 - b) ISSSTE
 - c) DIF
 - d) SEDENA
 - e) SEMAR
 - f) Privado
 - g) Hospital Universitario

Datos del encuestado

- Profesión:
 - a) Medicina
 - b) Enfermería
 - c) Quimioterapia
 - d) Técnicos
 - e) Asistente administrativo
 - f) Otro
- Cargo actual:
 - a) Director
 - b) Administrador
 - c) Profesional de salud
 - d) Personal en formación

Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): Infecciones que se producen en un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otro centro sanitario que no estaban presentes o no se estaban incubando en el momento del ingreso. Se incluyen las infecciones contraladas en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y también las infecciones profesionales entre el personal del centro sanitario.

Infraestructura: Para este caso se refiere a las instalaciones, equipos e insumos necesarios para lograr prácticas óptimas de higiene de las manos en el establecimiento de atención médica. Por ejemplo: la disponibilidad de dispensadores de desinfectantes para manos a base de alcohol en todos los puntos de atención médica, suministro continuo de agua potable limpia, razón lavabos, cama de 1.10 o bien 1 lavabo por habitación como mínimo, así como jabón y toallas de papel desechable en cada lavabo.

Jabón: Producto a base de detergente que no contiene antimicrobianos añadidos o los contiene únicamente como conservadores. Puede presentarse en barra, pastillas o líquido.

Lavabos suficientes: Para este caso y de acuerdo a la NOM-016-SSA3-2012, cada cuarto de hospitalización debe contar con un lavabo, dispensador de jabón y toallas desechables o bien de acuerdo a la OMS, se debe contar con un lavabo por cada diez camas (razón: lavabo: cama de 1:10).

Lavado de manos: Acción de higiene de las manos con agua y jabón corriente o antimicrobiano.

Lugar de prestación de la atención o punto de atención: Es el lugar en el que se reúnen los tres elementos: el paciente, el profesional de la salud y la atención o tratamiento que requiere contacto con el paciente o su entorno (la llamada zona del paciente). En ese lugar debe haber acceso al producto sin necesidad de abandonar la zona del paciente (lo ideal es que se encuentre al alcance de la mano del profesional o en un radio de 2 metros).

Servicio: Área especializada de un hospital que proporciona atención a pacientes.

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

Tolerancia: Acción y efecto de tolerar. Capacidad de un individuo de resistir a ciertas sustancias o medicamentos. Para este caso nos referimos a la capacidad clínica de tolerar un desinfectante a base de alcohol o un jabón.

Tolerabilidad: Calidad o condición de tolerable. Para este caso nos referimos a la capacidad de un desinfectante a base de alcohol o un jabón de ser bien tolerado por la piel del personal de salud. Es decir que dicha sustancia (producto a base de alcohol o jabón) no daña o irrita durante su utilización en la atención clínica.

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



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

1. Cambio del sistema/preparación de infraestructura		
Pregunta	Respuesta	Puntos
1.1 ¿El establecimiento cuenta con desinfectantes para manos a base de alcohol?	No → Pasa a pregunta (1.3) Sí → siguiente pregunta (1.2)	
1.2 ¿El desinfectante para manos utilizado cuenta con un 75% a 95% de etanol, isopropanol o propanol, o una combinación de estos productos, para cumplir con una eficacia mínima?	No → siguiente pregunta (1.3) Sí → Pasa a pregunta (1.4)	
1.3 El principal motivo por el que no se cuenta con desinfectantes para manos a base de alcohol con características técnicas para su eficacia, se debe a:	a. Falta de gestión del presupuesto para atender las necesidades del establecimiento b. Falta de conocimiento de las características de los insumos necesarios c. Falta de cálculo adecuado de insumos con las características técnicas d. Falta de comunicación entre áreas técnicas y administrativas e. Compra de productos sin las características recomendadas f. Otro	
1.4 En el establecimiento el suministro de desinfectante para manos es suficiente	Hay en algunos servicios, con interrupciones del suministro → siguiente pregunta (1.5) Hay en todos los servicios y puntos de atención con interrupciones del suministro → siguiente pregunta (1.5) Hay en algunos servicios en todo momento → siguiente pregunta (1.5) Hay en todos los servicios y puntos de atención en todo momento → Pasa a pregunta (1.4)	
1.5 El principal motivo por el que no se cuenta con desinfectantes para manos en todos los servicios en todo momento, se debe a:	a. Falta de gestión del presupuesto para atender las necesidades del establecimiento b. Falta de cálculo adecuado de insumos con las características técnicas c. Falta de dispensadores d. Falta de personal encargado del abastecimiento en todos los servicios y en todos los turnos e. Otro	
1.6 ¿Se ha evaluado la tolerabilidad de los desinfectantes para manos a base de alcohol en el establecimiento?	No → siguiente pregunta (1.7) Sí → Pasa a pregunta (1.8)	
1.7 El principal motivo por el que no se realiza evaluación de la tolerabilidad de los desinfectantes para manos, se debe a:	a. No se cuenta con una herramienta de evaluación b. Falta de personal capacitado para realizar dicha evaluación c. Desconocimiento de necesidad de medición de tolerabilidad d. Otro	
1.8 ¿Cuántos lavabos por habitación o por cama existen en el establecimiento? Lavabos suficientes: - 1 en cada habitación (NOM) - 1 por cada 10 camas (OMS)	Se cuenta con lavabos en menos de la mitad de las habitaciones o se cuenta con menos de un lavabo por cada 10 camas → siguiente pregunta (1.9) Se cuenta con lavabos en más de la mitad de las habitaciones, o se cuenta con un lavabo por cada 10 camas, en más de la mitad de las áreas de hospitalización o servicios → Pasa a pregunta (1.9)	

5

	Se cuenta con un lavabo por habitación de hospitalización o al menos un lavabo por cada 10 camas en todo el establecimiento, y 1:1 en las áreas de diagnóstico y las unidades de cuidados intensivos → Pasa a pregunta (1.9)	
1.9 El principal motivo por el cual el establecimiento no cuenta con lavabos suficientes, se debe a:	a. Falta de adecuación de infraestructura (diseño previo a NOM) b. Suboptimización (aumento de demanda) c. Falta de gestión para adecuación de infraestructura d. Otro	
1.10 ¿Existe suministro continuo de agua corriente para uso y consumo humano?	No → siguiente pregunta (1.11) Sí → Pasa a pregunta (1.12)	
1.11 El principal motivo por el cual no se cuenta con suministro continuo de agua corriente para uso y consumo humano, se debe a:	a. Desabasto de agua en la región b. Falta de mantenimiento en la red externa c. Falta de un sistema de almacenamiento para mantener el suministro continuo de la misma d. Falta de gestión del presupuesto para atender esta necesidad e. Otro	
1.12 ¿Se realiza control y registro de la Calidad del agua corriente?	No → siguiente pregunta (1.13) Sí → Pasa a pregunta (1.14)	
1.13 El motivo principal por el que no se realiza Control de Calidad del agua corriente en el establecimiento, es:	a. Falta de consentimiento para realizar la medición b. Falta de personal de presupuesto para atender esta necesidad c. Falta de conocimiento de las características de los insumos necesarios para esta actividad d. Falta de cálculo adecuado de insumos para esta actividad e. Falta de comunicación entre áreas técnicas y administrativas f. Compra de productos insuficientes g. Compra de productos sin las características recomendadas h. Otro	
1.14 ¿Hay jabón líquido en todos los lavabos en todo momento?	No → siguiente pregunta (1.15) Sí → Pasa a pregunta (1.16)	
1.15 El motivo principal por el que no existe jabón líquido en todos los lavabos en todo momento, es:	a. Falta de gestión del presupuesto para atender las necesidades del establecimiento b. Falta de cálculo adecuado de insumos c. Falta de comunicación entre áreas técnicas y administrativas d. Compra de productos insuficientes e. Otro	
1.16 ¿Hay toallas de papel desechable en todos los lavabos?	No → siguiente pregunta (1.17) Sí → Pasa a pregunta (1.18)	
1.17 El motivo principal por el que no hay toallas de papel desechable en todos los lavabos en todo momento, es:	a. Falta de gestión del presupuesto para atender las necesidades del establecimiento b. Falta de cálculo adecuado de insumos c. Falta de comunicación entre áreas técnicas y administrativas d. Compra de productos insuficientes e. Otro	
1.18 ¿Se cuenta con presupuesto específico y disponible para la adquisición continua de insumos para la higiene de los manos: desinfectantes para manos a base de alcohol,	No Sí	

6

jabón líquido, toallas de papel desechable e insumos para el control de la Calidad del agua, durante todo el año.		
Pregunta adicional: ¿Hay de acción?	No Sí	
¿QUIÉNES HAYAN TENIDO MÁS DE 300 PUNTOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR?		
¿Hay un PLAN DE MEJORA para la infraestructura, adquisición de insumos y planeación?		
Subtotal del componente "Cambio del sistema/preparación de infraestructura"		/300

7

2. Capacitación y aprendizaje		
Pregunta	Respuesta	Puntos
Con respecto a los profesionales de salud del establecimiento:		
2.1 ¿Con qué frecuencia se realiza capacitación a cerca de la higiene de las manos?	Nunca Al ingreso y de manera periódica al menos una vez al año Al ingreso y de manera periódica de dos a más veces al año	
2.2 ¿A quienes se les brinda capacitación a cerca de la higiene de las manos?	Personal de nuevo ingreso Personal de áreas clínicas Personal administrativo y otras áreas no clínicas Personal en formación y becarios	
NOTA: EN ESTA PREGUNTA SE PUEDEN ELIGIR UNA O MÁS RESPUESTAS		
2.3 ¿Existe un procedimiento para confirmar que todos completan esta formación?	No Sí	
2.4 ¿Todos los profesionales de la salud pueden acceder fácilmente a los siguientes documentos de la OMS o adaptaciones locales similares?		
NOTA: EN ESTA PREGUNTA SE PUEDEN ELIGIR UNA O MÁS RESPUESTAS		
2.4.1 Guía para la aplicación de la Estrategia Multinivel de Higiene de las Manos (OMS)	No Sí	
2.4.2 Manual técnico de referencia para la higiene de las manos (OMS)	No Sí	
2.4.3 Higiene de las manos: por qué, cómo, cuándo?	No Sí	
2.4.4 Información sobre el uso de guantes	No Sí	
2.4.5 NORMA Oficial Mexicana NOM-045-S/SA-2001. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales	No Sí	
2.5 ¿Hay en el establecimiento personal capacitado que actúe como instructor en los programas educativos sobre higiene de las manos?	No Sí	
2.6 ¿Hay en el establecimiento personal capacitado que actúe como observador del cumplimiento de la higiene de las manos?	No Sí	
2.7 ¿Existe un presupuesto específico para la capacitación en materia de higiene de las manos?	No Sí	
Subtotal del componente "Capacitación y aprendizaje"		/300

8

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



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

3. Evaluación y retroalimentación		
Pregunta	Respuesta	Puntos
3.1 ¿Se realizan inspecciones periódicas, por áreas o servicios para determinar la disponibilidad de insumos para la higiene de las manos? Mínimo una vez al año	No Sí	
3.2 ¿Se evalúan los conocimientos de los profesionales de la salud sobre los siguientes temas? (Como mínimo una vez al año (por ejemplo, después de las sesiones de capacitación))	No Sí	
Indicaciones de la higiene de las manos	No Sí	
Técnicas correctas de higiene de las manos	No Sí	
3.3 Monitorización indirecta de la higiene de las manos	No Sí	
¿Se monitorea el consumo de productos desinfectantes para manos a base de alcohol?	No Sí	
Mínimo cada 3 meses	No Sí	
¿Se monitorea el consumo de jabón líquido?	No Sí	
Mínimo cada 3 meses	No Sí	
¿El consumo de productos desinfectantes para manos a base de alcohol es, como mínimo, de 20 litros por 1000 pacientes/día?	No (o no se ha modificado) Sí	
3.4 Monitorización directa de la observación de la higiene de las manos	No Sí	
¿Compite este apartado si el establecimiento dispone de personal que realiza observación del cumplimiento de la higiene de las manos. Una vez respondida para cada pregunta	No Sí	
¿Con qué frecuencia se verifica directamente la realización de la higiene de las manos con algún instrumento?	Nunca Irregularmente Anualmente Cada 3 meses o más a menudo	
3.5 Retroalimentación	No Sí	
¿Se ofrece a los profesionales de la salud información inmediata al final de cada supervisión de la realización de la higiene de las manos?	No Sí	
3.6 Retroalimentación a líderes	No Sí	
¿Los datos relacionados con los resultados de las supervisiones de la higiene de las manos y su evolución en el tiempo se comunican periódicamente (como mínimo cada 6 meses) a:	No Sí	
Los profesionales de la salud?	No Sí	
La dirección del establecimiento?	No Sí	

Subtotal del componente "Evaluación y retroalimentación"			/100
Pregunta	Respuesta	Puntos	
4. Difusión en el lugar de trabajo			
4.1 ¿Están expuestos en el establecimiento los siguientes carteles (o equivalentes locales de contenido similar)? Elija una respuesta para cada pregunta.	No se expone Expuesto en menos de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en más de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en todos los servicios/ áreas clínicas		
Carteles que explican Los 5 Momentos para la higiene de las manos	No se expone Expuesto en menos de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en más de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en todos los servicios/ áreas clínicas		
Cartel que explica cómo desinfectarse las manos con alcohol/ya base de alcohol	No se expone Expuesto en menos de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en más de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en todos los servicios/ áreas clínicas		
Cartel que explica la técnica correcta para lavarse las manos	No se expone Expuesto en menos de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en más de la mitad de los servicios/ áreas clínicas Expuesto en todos los servicios/ áreas clínicas		
4.2 ¿Con qué frecuencia se realiza una inspección de todos los carteles para comprobar su integridad y cambiarlos cuando sea necesario?	Nunca Mínimo una vez al año Dos o más veces al año, a cambio sea necesario		
4.3 ¿Se realiza una labor de promoción de la higiene de las manos, respondiendo y actualizando periódicamente otros carteles, además de los mencionados?	No Sí		
4.4 ¿Hay en los servicios y áreas de espera folletos informativos sobre la higiene de las manos?	No Sí		
4.5 ¿Hay otros recordatorios distribuidos por todo el establecimiento? (por ejemplo, protectores de pantalla con la acción de higiene de las manos, etc.)	No Sí		
Subtotal del componente "Difusión en el lugar de trabajo"			/100

9

10

5. Cultura Institucional de Seguridad del Paciente		
Pregunta	Respuesta	Puntos
5.1 Con respecto al equipo encargado de la higiene de las manos, dedicado a promoción y aplicación de prácticas óptimas de higiene de las manos en el establecimiento, responda a las siguientes preguntas:	No Sí	
¿Existe tal equipo?	No Sí	
¿Se reúnen periódicamente (al menos una vez al mes)?	No Sí	
¿Dispone de tiempo para dedicarlo a la promoción activa de la higiene de las manos? (por ejemplo, para enseñar cómo monitorizar el desempeño en materia de higiene de las manos o para organizar nuevas actividades)	No Sí	
5.2 ¿Hay compromiso claro de apoyo a la mejora de la higiene de las manos por parte de los siguientes miembros de la dirección del establecimiento? (por ejemplo, un compromiso escrito o verbal con la promoción de la higiene de las manos ante la mayoría de los profesionales de la salud del establecimiento)	No Sí	
El director administrativo	No Sí	
El director médico	No Sí	
El responsable de enfermería	No Sí	
5.3 ¿Se ha formulado un plan de promoción de la higiene de las manos en todo el establecimiento para el 5 de mayo (Fiestas de la Salud)?	No Sí	
5.4 ¿Hay sistemas para identificar a los líderes de la higiene de las manos en cada una de las disciplinas existentes en el establecimiento?	No Sí	
Un sistema para designar a los líderes de la higiene de las manos	No Sí	
Un sistema de reconocimiento y utilización de modelos de comportamiento con respecto a la higiene de las manos	No Sí	
5.5 Con respecto a la participación de los pacientes en la promoción de la higiene de las manos:	No Sí	
¿Están los pacientes informados de la importancia de la higiene de las manos? (por ejemplo, díptico o folleto)	No Sí	
¿Se ha implementado un programa para lograr su participación?	No Sí	
5.6 ¿Se están aplicando en el establecimiento iniciativas de apoyo a la mejora continua? Por ejemplo:	No Sí	

11

Subtotal del componente "Cultura Institucional de Seguridad del Paciente"			/100
Pregunta	Respuesta	Puntos	
Material didáctico informativo sobre la higiene de las manos	No Sí		
Fijación de una meta institucional anual relacionada con la higiene de las manos	No Sí		
Un sistema de intercambio interinstitucional de innovaciones sobre y probadas en el establecimiento	No Sí		
Comunicaciones que mencionen regularmente la higiene de las manos (por ejemplo, boletines del establecimiento, reuniones clínicas)	No Sí		
Existe un sistema de estímulos para el personal	No Sí		
Un sistema de capacitación para el personal de nuevo ingreso	No Sí		
Subtotal del componente "Cultura Institucional de Seguridad del Paciente"			/100

12

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



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

Interpretación: Los centros pasan del proceso

1. Suma de los puntos

Componente	Subtotal
1. Cambio del sistema	100
2. Formación y aprendizaje	100
3. Evaluación y retroalimentación	100
4. Recomendaciones en el lugar de trabajo	100
5. Clima institucional	100
TOTAL	500

2. Determinar el "nivel de higiene de las manos" asignado al establecimiento participante

Puntuación total	Nivel de higiene de las manos
0-325	Insuficiente
326-350	Básico
351-375	Intermedio (recomendado)
376-500	Avanzado

3. Si el centro ha alcanzado el nivel avanzado conteste la siguiente sección sobre los criterios de LIDERAZGO, en caso contrario pase al punto 4.

4. Examine las áreas en las que el establecimiento necesita mejorar según los resultados de esta evaluación y elabore un plan de acción para lograr esas mejoras. Le recomendamos consultar los siguientes instrumentos de la OMS (ILGA WEB). Guarde una copia de esta evaluación para compararla con evaluaciones futuras.

La siguiente evaluación en función de los criterios de liderazgo sólo debe ser llevada a cabo en aquellos establecimientos que hayan alcanzado el nivel avanzado.

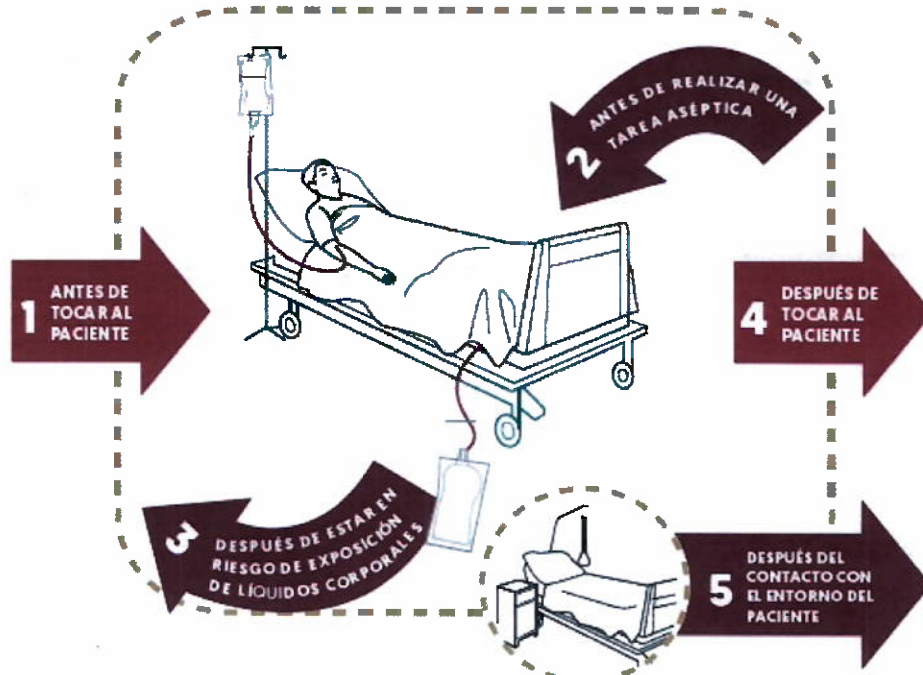
Criterios de liderazgo	
Cambios del sistema	
Se ha realizado un análisis de los costos y beneficios de los cambios de infraestructura necesarios para posibilitar una higiene de las manos adecuada en el lugar de atención (punto de atención)	Si
Al menos un 80% de las acciones de la higiene de las manos realizadas en el establecimiento son realizadas con desinfectante a base de alcohol	No
Formación y aprendizaje	
El equipo de higiene de las manos ha capacitado a representantes de otros establecimientos en materia de promoción de la higiene de las manos	Si
Se han incorporado los principios de la higiene de las manos a los programas de estudios del personal de salud y de enfermería	No
Evaluación y retroalimentación	
Se monitorean las infecciones específicas relacionadas con la atención a la salud (por ejemplo, bacterias por <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Gram-negativas</i> , o infecciones relacionadas con dispositivos)	Si
Existe un sistema de monitorización de IAAS en entornos de alto riesgo (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos y de neonatología)	No
Se realizan como mínimo un estudio de la prevalencia de IAAS en todo el establecimiento con una periodicidad anual	Si
Las tasas de IAAS y las tasas de observación de la higiene de las manos se comunican a la dirección del establecimiento y los profesionales de la salud	No
Se realizan evaluaciones estructuradas para comprender los obstáculos a la observación óptima de la higiene de las manos, así como las causas de las mencionadas infecciones relacionadas con la atención de la salud, y se comunican sus resultados a la dirección del establecimiento	Si
Recomendaciones en el lugar de trabajo	
Existe un sistema para que los profesionales de la salud del establecimiento diseñen sus propios carteles	Si
Los carteles creados en el establecimiento se utilizan en otro establecimiento	No
En el establecimiento se han creado y probado recorridos innovadores sobre higiene de las manos	Si
Clima institucional de seguridad	
Se ha elaborado un programa local de investigación de la higiene de las manos que aborda los temas que necesitan ser investigados más a fondo según las directrices de la OMS	Si
El establecimiento ha participado activamente en publicaciones o conferencias (exposiciones orales o carteles) sobre la higiene de las manos	No
Se pide a los pacientes que recuerden a los profesionales de la salud que deben lavarse las manos	Si
Los pacientes y los visitantes saben cómo realizar correctamente la higiene de las manos	No
El establecimiento contribuye a la acción nacional de higiene de las manos (si la hay) y le presta su apoyo	Si
La evaluación del impacto de la acción de la higiene de las manos se ha incorporado a la planificación futura del programa de control de las infecciones	No
Se fija una meta anual de mejora de la observación de la higiene de las manos para todo el establecimiento	Si
Se ha alcanzado esa meta el año pasado, en caso de que el establecimiento la haya establecido	No
TOTAL	730

Nota: El documento en cuestión es solo una referencia de la encuesta.



ANEXO_AESP_5B_SEÑALIZACIÓN VISUAL PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS

LOS 5 MOMENTOS para la Higiene de las Manos



1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE

¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente.

¿POR QUÉ? Para prevenir la transmisión de gérmenes desde el área de atención al paciente y proteger al paciente de la colonización e infección.

2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA

¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica y antes del uso de guantes.

¿POR QUÉ? Para impedir la transmisión de gérmenes al paciente, así como de un punto del cuerpo a otro del mismo paciente.

3 DESPUÉS DE ESTAR EN RIESGO DE EXPOSICIÓN DE LÍQUIDOS CORPORALES

¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de retirarse los guantes tras el manejo de líquidos corporales.

¿POR QUÉ? Para proteger al personal de salud de la colonización o infección por los gérmenes del paciente, y proteger al entorno sanitario.

4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE

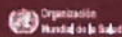
¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar a un paciente.

¿POR QUÉ? Para proteger al personal de salud de la colonización o infección por los gérmenes del paciente, y proteger el entorno sanitario.

5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente.

¿POR QUÉ? Para proteger al personal de salud de la colonización por los gérmenes del paciente que puedan estar presentes en las superficies u objetos del entorno del paciente.



Adaptado del cartel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 5



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

f t i o y m imssbienestargob.mx



¿Cómo desinfectarse las manos?

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



Duración de todo el procedimiento: 20 - 30 segundos

1a



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

1b



2



Frótese las palmas de las manos entre sí

3



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

4



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

5



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

6



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

7



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

8



Sus manos son seguras





¿Cómo lavarse las manos?

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



Duración de todo el procedimiento: 40 - 60 segundos

0



Mójese las manos con agua

1



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

2



Frótese las palmas de las manos entre sí

3



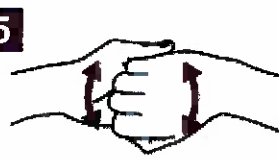
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

4



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

5



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

6



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

7



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

8



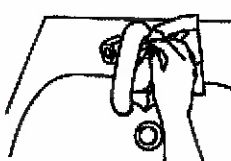
Enjuéguese las manos con agua

9



Séquese con una toalla desechable

10



Utilice la toalla para cerrar el grifo

11



Sus manos son seguras



Organización
Mundial de la Salud

Adaptado del cartel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 5



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

[f](#) [t](#) [@](#) [v](#) [i](#) [m](#) [imssbienestar.gob.mx](#)

Prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Está en tus manos

Lávate con agua y jabón

Duración de todo el procedimiento:
40 - 60 segundos



Moja con agua y aplica suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos



1

Desinfectate con alcohol gel

Duración de todo el procedimiento:
20 - 30 segundos



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



Cada acción debe repetirse 5 veces

2



Frota las palmas de las manos entre sí

3



Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

4



Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados

5



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

6



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

7



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

8



Enjuaga las manos con agua, usa una toalla desechable para secarlas, con ella cierra el grifo



Deja secar sin agitar

Una vez secas, tus manos son seguras

Operación
Acción 5-B-10a

Adaptado del canal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 5

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

imssbienestar.gob.mx



ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_ALTO RIESGO



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Riesgo de úlcera
Riesgo Alto >12

IB/UAS/7/F/0053

Intervenciones Preventivas de Enfermería

Cambios postulares cada 2 hrs.

- Liberar puntos de presión utilizando el reloj de cambios postulares; y valorando la evaluación y respuesta del paciente.

Utilización de dispositivos de liberación de presión.

- Colchones de presión alterna o agua.
- Cojines de espuma.
- Apósitos hidrocelulares preventivos en zonas de riesgo.
- Espumas de poliuretano y/o taloneras.

Valoración y capacitación a familiar/paciente.

Valoración de la escala de Branden y Branden Q.

- Valoración constante durante el turno dependiendo de las necesidades del paciente.

Valoración y cuidados en la nutrición.

- Cubrir necesidades del paciente.

Valoración y cuidados de la piel.

- Mantener la piel limpia y seca.
- Aplicar cremas hidratantes.
- **No** frotar o masajear las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Aplicar protector cutáneo.

ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_MEDIO RIESGO



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Riesgo de úlcera
Riesgo Moderado 13-14

IB/UAS/7/F/0054

Intervenciones Preventivas de Enfermería

Cambios postulares cada 2 hrs.

- Liberar puntos de presión utilizando el reloj de cambios postulares; y valorando la evaluación y respuesta del paciente.

Utilización de dispositivos de liberación de presión.

- Colchones de presión alterna o agua.
- Cojines de espuma.
- Apósitos hidrocelulares preventivos en zonas de riesgo.
- Espumas de poliuretano y/o taloneras.

Orientación y capacitación a familiar/paciente.

Valoración de la escala de Branden y Branden Q.

- Valoración constante durante el turno dependiendo de las necesidades del paciente.

Valoración y cuidados en la nutrición.

- Cubrir necesidades del paciente.

Valoración y cuidados de la piel.

- Mantener la piel limpia y seca.
- Aplicar cremas hidratantes.
- **No** frotar o masajear las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Aplicar protector cutáneo.



ANEXO_AESP_6A1_ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA_BAJO RIESGO



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Riesgo de úlcera

Riesgo Bajo 15-16

IB/UAS/7/F/0052

Intervenciones Preventivas de Enfermería

Cambios posturales cada 2 hrs.

- Liberar puntos de presión utilizando el reloj de cambios posturales; y valorando la evaluación y respuesta del paciente.

Utilización de dispositivos de liberación de presión.

- Colchones de presión alterna o agua.
- Cojines de espuma.
- Apósitos hidrocelulares preventivos en zonas de riesgo.
- Espumas de poliuretano y/o taloneras.

Orientación y capacitación a familiar/paciente.

**RIESGO
BAJO
15-16**

Valoración de la escala de Branden y Branden Q.

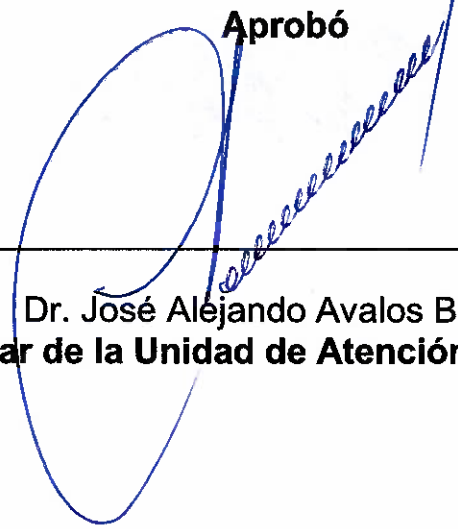
- Valoración constante durante el turno dependiendo de las necesidades del paciente.

Valoración y cuidados en la nutrición.

- Cubrir necesidades del paciente.

Valoración y cuidados de la piel.

- Mantener la piel limpia y seca.
- Aplicar cremas hidratantes.
- **No** frotar o masajear las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Aplicar protector cutáneo.

**Aprobó**

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

Responsable de la Revisión Técnica

Dr. Elías Flores Castellanos
Titular de la División de Calidad y Certificación

Revisión Normativa

Dra. Nazareta Herrera Maldonado
**Titular de la Coordinación de Normatividad
y Planeación Médica**