

LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DENTRO DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CSG

EDICIÓN 2017

VIGENTES A PARTIR DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2017

100

CENTENARIO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL





100

**CENTENARIO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Dr. José Narro Robles

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Baja California, representante de la Zona Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Zona Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Zona Centro

Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

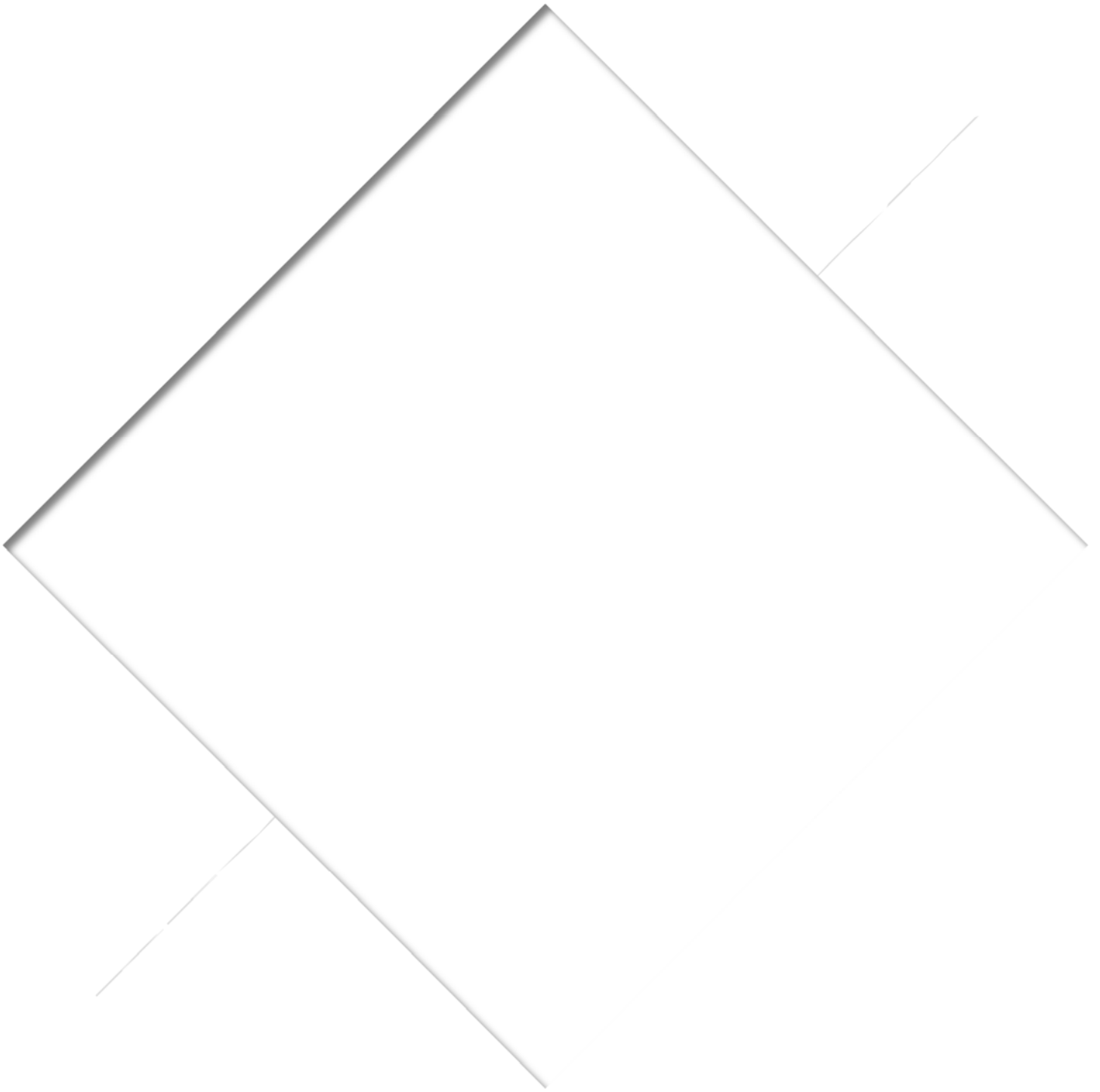
Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación



CCEAM

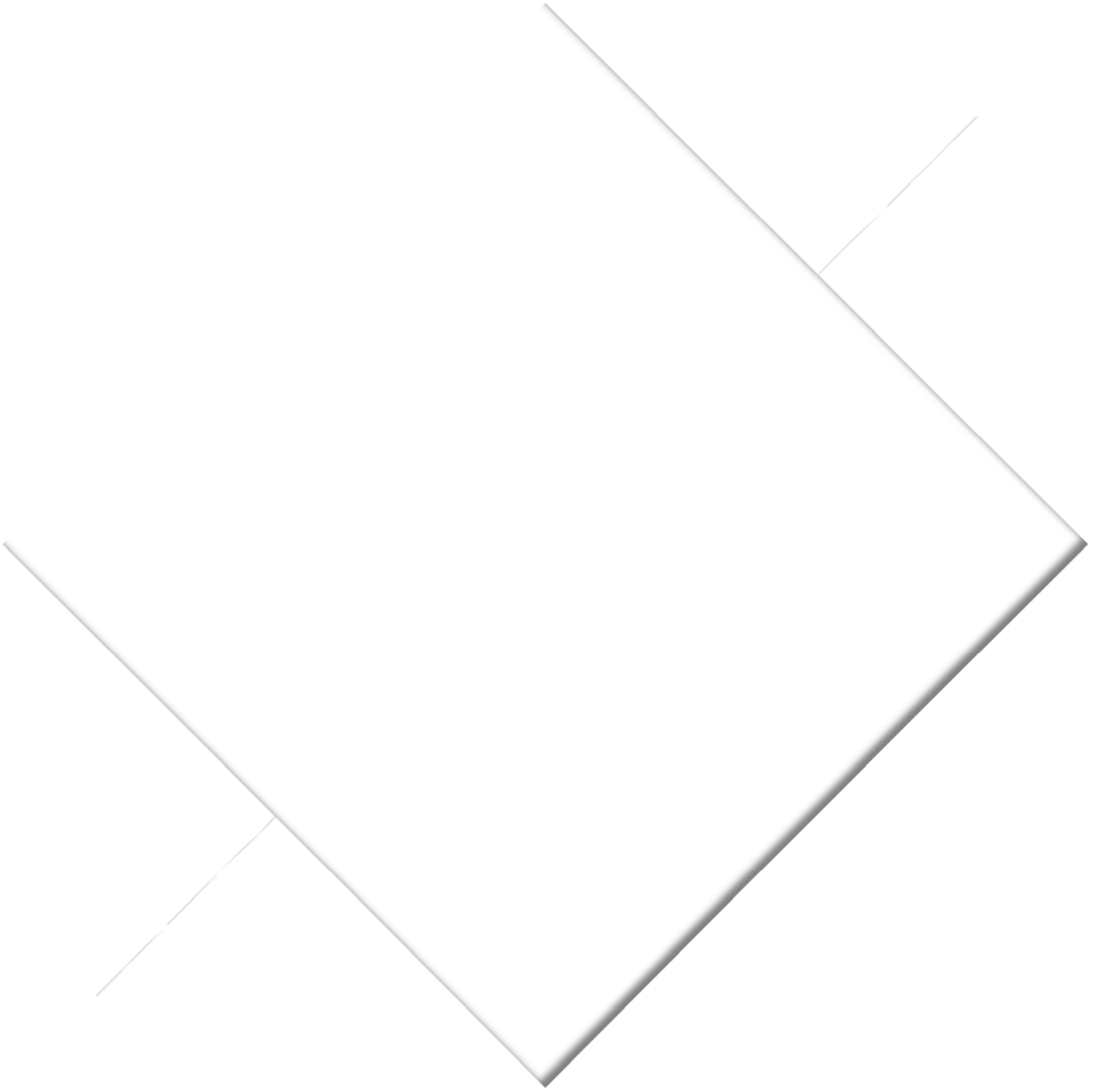
COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretaria Técnica de la Comisión
Dra. Sara Fonseca Castañol

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud del Estado de Baja California, representante de la Región Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Región Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Región Centro
Secretaría de Salud de Guanajuato, representante de la Región Occidente
Secretaría de Salud de Morelos, representante de la Región Suroeste
Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Región Sureste
Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención, A.C.
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Institutos Nacionales de Salud
Secretaría de Salud del Estado de Sonora
Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.
Comisión Permanente de Enfermería
Programa IMSS-Prospera



SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. Sara Fonseca Castañol
**Directora General Adjunta de Articulación
y Responsable del Sistema Nacional de
Certificación de Establecimientos
de Atención Médica**

Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59036**
Correo electrónico: sara.fonseca@csg.gob.mx

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde
**Director de Desarrollo
del Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59035**
Correo electrónico: javier.soberanes@csg.gob.mx

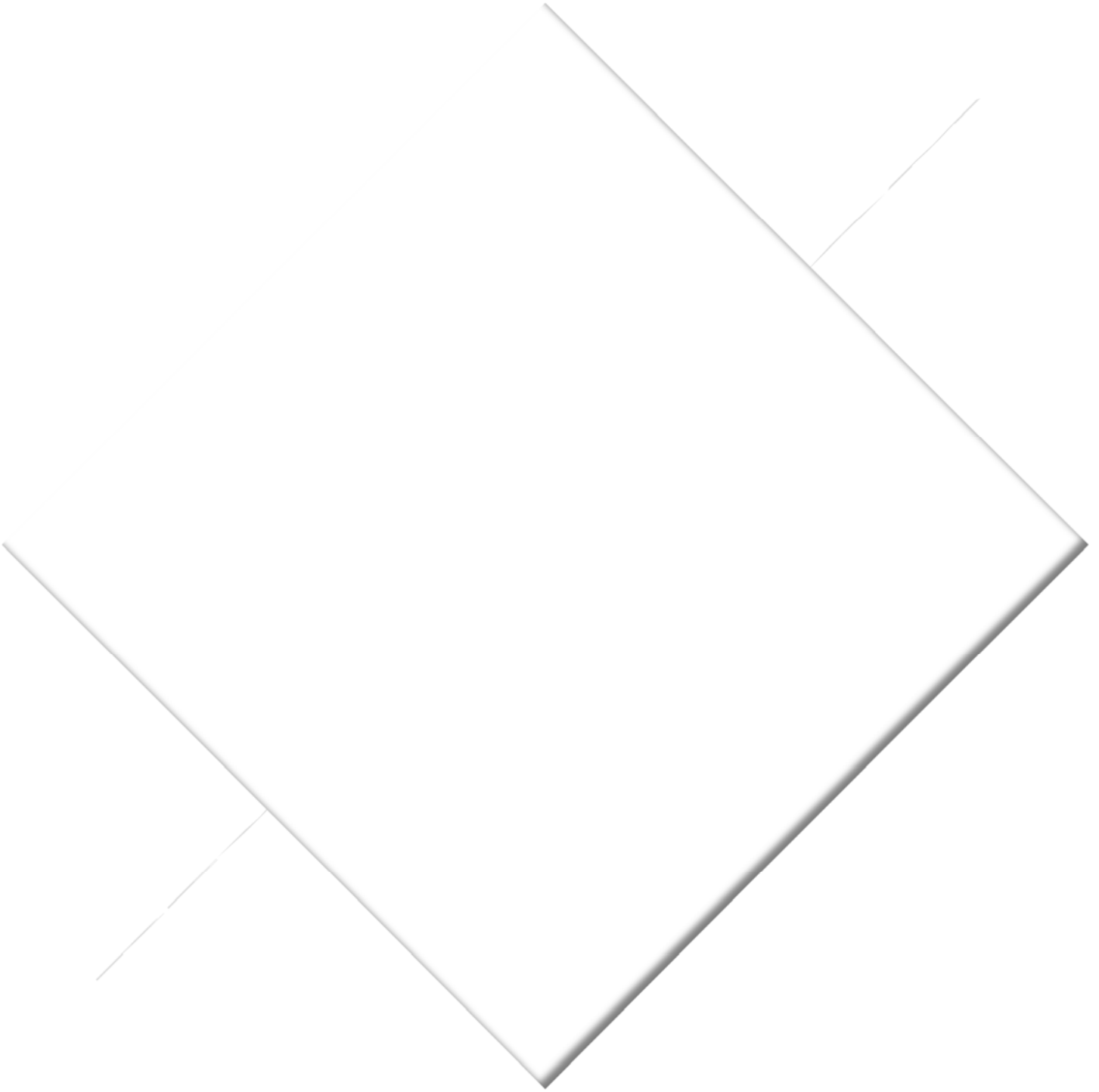
Lic. Eduardo José Flores González
**Subdirector de Asuntos Jurídicos
del Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53522**
Correo electrónico: eduardo.flores@csg.gob.mx

Mtro. Aaron Padilla Orozco
Subdirector de Operaciones e Innovación
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53517**
Correo electrónico: aaron.padillao@csg.gob.mx

Dr. Angel Tamariz Landa
**Subdirector de Gestión Estratégica
y Articulación**
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53519**
Correo electrónico: gestión.estrategica@csg.gob.mx

Lic. Metztlí Xochizuatl Benítez López
Jefa del Departamento de Vinculación
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53592**
Correo electrónico: vinculacion@csg.gob.mx

SiNaCEAM
Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica





ÍNDICE

PÁGINA

| | |
|-----------------------|-----------|
| ■ Presentación | 10 |
|-----------------------|-----------|

SECCIÓN 1

| | |
|--|-----------|
| ◆ Acciones Básicas para la Seguridad del Paciente | 13 |
|--|-----------|

SECCIÓN 2

| | |
|---|-----------|
| ◆ Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente | 33 |
|---|-----------|

SECCIÓN 3

| | |
|---|-----------|
| ◆ Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente | 50 |
|---|-----------|

SECCIÓN 4

| | |
|---|-----------|
| ◆ Atención Centrada en el Paciente | 54 |
|---|-----------|

SECCIÓN 5

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| ◆ Gestión de la Organización | 61 |
|-------------------------------------|-----------|

PRESENTACIÓN

Como resultado de la articulación con otras organizaciones e instituciones, una de las funciones estratégicas del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), y del trabajo colaborativo con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, surge el desarrollo y publicación conjunta de las **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP)**, primer paso hacia el Modelo de Complementariedad Acreditación – Certificación.

Este documento tiene como propósito identificar estas AESP dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, ya que todas las acciones se encuentran dentro del Modelo, con excepción de la número 8, la “Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente”, la cual fue integrada como parte de los procesos relacionados con la Gestión de la Comunicación y la Información.

Los Estándares incluidos en este documento, son ponderados como Indispensables (→) para las Reglas de Decisión Unificadas y aplican para todos los establecimientos de atención médica (Hospitales, Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades y Unidades de Hemodiálisis) y están conformados por un título, un propósito y sus Elementos Medibles, **sustituyen a cada uno de los estándares** que se encuentran señalados en la tabla que se muestra a continuación:

| LAS ACCIONES ESENCIALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE DENTRO DEL MODELO DEL CSG | SUSTITUYE A | | |
|---|---|--|---|
| | Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales | Estándares para Implementar el Modelo en Unidades de Hemodiálisis | Estándares para Implementar el Modelo en Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE) |
| SECCIÓN 1. ACCIONES BÁSICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | |
| MISP.1 | MISP.1 | MISPUH.1 | Se integran las MISP como Sección 3 |
| MISP.2 | MISP.2 | MISPUH.2 | |
| MISP.3 | MISP.3 | MISPUH.3 | |
| MISP.4 | MISP.4 | MISPUH.4 | |
| MISP.5 | MISP.5 | MISPUH.5 | |
| MISP.6 | MISP.6 | MISPUH.6 | |
| SECCIÓN 2. SISTEMAS CRÍTICOS | | | |
| MMU.4 | MMU.4 | Se agrega vinculado al Sistema de Medicación. (EAP.17-EAP.17.8) | ECP.17.2 |
| MMU.5 | MMU.5 | EAP.17.2 | ECP.17.3 |
| MMU.6 | MMU.6 | EAP.17.3 | ECP.17.5 |
| MMU.6.3 | MMU.6.3 | EAP.17.3 | Se agrega vinculado al Sistema de Medicación. (ECP.17-ECP.17.8) |
| MMU.7.1 | MMU.7.1 | Se agrega vinculado al Sistema de Medicación. (EAP.17-EAP.17.8) | |
| MMU.7.3 | MMU.7.3 | EAP.17.5 | |
| MMU.7.4 | MMU.7.4 | EAP.17.5.1 | |
| MMU.8 | MMU.8 | EAP.17.6 | |
| MMU.8.1 | MMU.8.1 | EAP.17.6 | ECP.17.6 |
| MMU.9.1 | MMU.9.1 | EAP.17.8 | ECP.17.8 |
| PCI.1 | PCI.1 | Se agrega vinculado al Sistema de Prevención y Control de Infecciones. (EAA.40-EAA.41) | Se agrega vinculado al Sistema de Prevención y Control de Infecciones (ECG.1-ECG.1.2) |
| PCI.2 | PCI.2 | | |
| PCI.3 | PCI.3 | | |
| FMS.3 | FMS.3 | EAA.43.1 y EAA.43.2 | ECG.21.1 y ECG.21.2 |
| FMS.3.1 | FMS.3.1 | EAA.43 | ECG.21 |

| LAS ACCIONES ESENCIALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE DENTRO DEL MODELO DEL CSG | SUSTITUYE A | | |
|---|---|--|---|
| | Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales | Estándares para Implementar el Modelo en Unidades de Hemodiálisis | Estándares para Implementar el Modelo en Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE) |
| SECCIÓN 3. SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | |
| QPS.2 | QPS.2 | EAA.53 | ECG.2 |
| QPS.4 | QPS.4 | EAA.57 | ECG.5 |
| SECCIÓN 4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE | | | |
| ACC.2 | ACC.2 | Nuevo Estándar EAP.1.2 | ECP.8 |
| ACC.3.1 | ACC.3.1 | NA | NA |
| ACC.4.4 | Nuevo Estándar ACC.4.4 | Se agregan los incisos a) al g) al propósito del estándar EAP.10.2. Se agregan elementos medibles 6, 7 y 8. | Se agrega vinculado a ECP.9 y ECP.9.1 |
| SAD.1.3.1 | SAD.1.3.1 | Se agrega vinculado a EAP.21, EAP.21.1 y EAP.22 | Se agrega vinculado a ECP.12 y ECP.12.1 |
| SAD.2.5 | SAD.2.5 | NA | Se agrega vinculado a ECP.13 y ECP.13.1 |
| SECCIÓN 4. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN | | | |
| MCI.1.1 | MCI.1.1* | Nuevo Estándar EAA.61 | ECG.35 |



SECCIÓN.1

ACCIONES BÁSICAS PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

MISP.1

Identificar correctamente a los pacientes.



AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.A | AESP.1.B

➔ PROPÓSITO DE LA MIS.P.1

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no estar del todo alertas, pueden ser cambiados de lugar físico dentro del establecimiento (cama, camilla, servicio, reposit, sillón) o puede haber un cambio en su diagnóstico o en la especialidad o disciplina que le brinda la atención; además, los pacientes pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de esta meta es identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; y hacer que los mismos coincida con la persona.

En el diseño del proceso de identificación del paciente se define el **USO de, al menos, dos datos para identificar a un paciente**, por ejemplo: el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. Para este propósito **NO SON DATOS DE IDENTIFICACION**: la ubicación, el padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante; por ejemplo: terapia intensiva, sala B, quirófano 1, cubículo 3, camilla 5, máquina de hemodiálisis 7, reposit 4; el paciente diabético, el paciente de nutrición, el paciente de quimioterapia. Debido a que pueden cambiar durante el proceso de atención lo que aumenta la posibilidad de error que involucra al paciente equivocado.

El diseño del proceso de identificación del paciente también considera todas las posibles variantes en la de identificación precisa de los pacientes; por ejemplo, cómo identificar a un paciente desconocido y/o con alteración del estado de conciencia, así como a recién nacidos y productos de embarazos múltiples. Los datos de identificación se pueden encontrar en diferentes medios, por ejemplo: en mambres, brazaletes de identificación, tarjetas, gafetes, entre otros acorde a los recursos y al contexto de la organización, los cuales deberá portar el paciente en todo momento durante el proceso de atención.

Cabe señalar que habrá situaciones en las cuáles los dos datos de identificación sólo se corroboren de manera verbal; por ejemplo, cuando se acude a la aplicación de una vacuna o cuando se realiza una curación de manera ambulatoria.

El proceso para identificar a los pacientes se define, en colaboración y de manera multidisciplinaria y se implementa **antes de los siguientes momentos críticos** de la atención, en la atención médica. **(SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):**

- a) la administración de todo tipo de medicamentos
- b) la administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- c) la transfusión de sangre y hemocomponentes
- d) el inicio de la sesión de hemodiálisis
- e) la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
- f) la realización de estudios de gabinete
- g) los traslados dentro y fuera de la organización
- h) la dotación de dietas
- i) la terapia de remplazo renal con hemodiálisis
- j) aplicación de vacunas
- k) la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo
- l) el manejo de cadáveres

Estos momentos son **críticos** ya que es en los que se ha identificado mayor número de eventos centinela en la atención médica.

La organización define los procedimientos invasivos y de alto riesgo en donde se llevará a cabo la identificación del paciente con el uso de dos datos, al menos, se consideran los siguientes (SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):

- Procedimientos quirúrgicos
- Toma de biopsias
- Procedimientos odontológicos
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros)
- Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- Colocación de accesos vasculares

Es importante que, como primer paso para poder diseñar el proceso de identificación del paciente acorde al propósito de este estándar, se analice y se identifiquen todos los momentos críticos para la identificación del paciente que se presentan en la organización, así como en qué áreas o servicios y quién los lleva a cabo.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. **[Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización diseñe el proceso de identificación del paciente, fundamentado en estos lineamientos y que se asegure que la barrera de seguridad se realice de **manera correcta** (utilizando los dos datos de identificación) y en el **momento oportuno** (antes de los momentos críticos) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

Elementos Medibles de MISP.1

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente. 📄
2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento o la especialidad o disciplina que le brinda atención. 📄
3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente. 📄
4. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de **administrarles medicamentos**.
5. Los pacientes son identificados (usando los dos datos de identificación) antes de administrarles **infusiones intravenosas** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
6. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la administración de **sangre y hemocomponentes**.
7. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la realización de **estudios de gabinete**.
8. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de extraerles **sangre u otras muestras para análisis clínicos**.
9. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la **dotación de dietas**.
10. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de ser **trasladados** dentro y fuera de la organización.
11. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de **terapia de remplazo renal con hemodiálisis**.
12. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la aplicación de **vacunas**.
13. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de proporcionarles **tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo**.
14. Los cadáveres se identifican usando al menos dos datos de identificación.
15. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.
16. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

MISP.2

Mejorar la comunicación efectiva.



AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.A | AESP.2.B | AESP.2.B2

➔ PROPÓSITO DE LA MIS.P.2

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Este estándar debe implementarse en todas las organizaciones en las cuales se reciben indicaciones clínicas y resultados de laboratorio, ya sea de manera presencial o telefónica. La implementación se enfoca en el receptor, ya que es él, quien va a llevar a cabo el proceso de **ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER** para que el emisor **CONFIRME**.

La organización diseña, en colaboración multidisciplinaria, un proceso para recibir órdenes/indicaciones clínicas y resultados de laboratorio y gabinete verbales y telefónicos, mediante la implementación del proceso **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar**, que consiste en:

- **Escuchar** completamente la indicación o el resultado
- **Escribir** (papel o medio electrónico) la indicación o el resultado de laboratorio o gabinete
- **Leer** la indicación o el resultado, tal como se escribió,
- **Confirmar** que lo el receptor anotó y leyó es exacto.

Es importante que la organización tome en cuenta la transcripción que puede llegar a realizarse del lugar donde se escribe la indicación y/o resultado al expediente clínico. Si es así, es necesario considerar esta transcripción dentro del Sistema de Medicación.

Se establece la alternativa de **Escuchar-Repetir-Confirmar** cuando el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** no sea posible; por ejemplo, durante la realización de procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia; el **proceso alternativo** deberá consistir en escuchar la indicación o el resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es lo correcto.

Se define un lugar estandarizado para escribir la información recibida mediante esta barrera de seguridad con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información.

Este lugar estandarizado lo establece la organización, teniendo en cuenta que la ubicación de esta información escrita en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo.

Puede ser que la organización defina diferentes lugares ya sea, por ejemplo, uno para indicaciones y uno para resultados de laboratorio y gabinete o diferentes lugares dependiendo del servicio, por ejemplo, en un formato en urgencias y en el expediente clínico en hospitalización.

La realización oportuna y en el orden establecido del proceso *Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar* reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela cuando se reciben indicaciones clínicas (incluyendo solicitud o cambio de dieta) y resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (presencial o telefónica).

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso *Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar* acorde al propósito de este estándar se analice y se identifiquen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir órdenes verbales clínicas o telefónicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. **[Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización, identifique todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones clínicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (telefónica o presencial), y se asegure que barrera de seguridad se realice de **manera correcta** (en orden del proceso *Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar*) en **el momento oportuno** (en el momento de la recepción) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

Elementos Medibles de la MISP.2

1. La organización identificó y realizó 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. 📄
 2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal basado en lo siguiente: 📄
 - El uso del proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**.
 - La definición de un documento/formato estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.
 3. Se realiza el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** cuando se reciben indicaciones de manera verbal.
 4. Se realiza el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** cuando se reciben resultados de laboratorio y gabinete de manera verbal.
 5. Se realiza el proceso alternativo de **Escuchar-Repetir-Confirmar** en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
 6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos e información derivado de la implementación de la barrera de seguridad.
 7. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]
-

MISP.3

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A2 | AESP.3H

➔ PROPÓSITO DE LA MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Este estándar debe ser implementado en todas las organizaciones en las cuales se preparen y/o se administren:

- a) Electrolitos concentrados
- b) Quimioterapia
- c) Radiofármacos
- d) Insulinas
- e) Anticoagulantes por vía parenteral.

Los errores de medicación que involucran a los medicamentos antes mencionados son los que producen la mayor cantidad de eventos centinela.

■ ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la preparación y/o administración errónea de los electrolitos concentrados. Este error puede ocurrir por diversos factores, por ejemplo, falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las áreas de atención al paciente, no almacenarlos de manera continua en dichas áreas y separarlas del resto de los medicamentos.

La organización identifica en qué áreas es crítico almacenar de manera permanente electrolitos concentrados (por ejemplo, servicio de urgencias, carros de paro, unidades de terapia intensiva, contenedores de medicamentos de emergencia) y define el tiempo máximo de permanencia en las áreas donde se administran, a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con electrolitos concentrados.

Un ejemplo, es solicitar los electrolitos concentrados al almacén o farmacia con un tiempo determinado previo a la preparación y administración de éstos en áreas de hospitalización o servicios donde serán utilizados para reducir el tiempo en que se encuentran en las áreas de atención al paciente.

En colaboración multidisciplinaria se define un proceso para evitar el almacenamiento de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de preparación y administración.

En el caso de electrolitos concentrados, se establece una **alerta visual individual** definida por la organización, la cual es independiente de lo contenido en la etiqueta colocada por el fabricante. El fin de esta alerta visual es ayudar al personal de cada organización a identificarlos claramente como de alto riesgo.

La organización lleva a cabo un análisis, de acuerdo a su contexto y tipo de pacientes que atiende, para determinar cuáles son los medicamentos de alto riesgo establecidos en esta meta.

■ DOBLE VERIFICACIÓN

En las áreas donde se preparen y administren medicamentos de alto riesgo se implementa la **Doble Verificación** para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.

La **doble verificación** se realiza durante la preparación y la administración de, al menos, los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- a) Electrolitos Concentrados.
- b) Quimioterapéuticos.
- c) Radiofármacos.
- d) Insulinas.
- e) Anticoagulantes vía parenteral.

La **doble verificación o doble “chequeo” durante los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo**, es una buena práctica basada en la evidencia. Ésta se realiza durante dos momentos: la primera durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo por dos personas competentes en el momento mismo en que se preparan los medicamentos, y la segunda durante el proceso de administración de estos medicamentos por dos personas competentes en el momento mismo del proceso de administración. Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.

La función de las dos personas competentes es que la primera realiza la acción (preparación y administración) y la segunda realiza un proceso consciente de verificación justo en el momento que esa acción (preparación y administración) se está realizando.

La doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo se omite en situaciones de urgencia.

Para diseñar e implementar el proceso de doble verificación acorde al propósito de este estándar, la organización debe identificar y analizar todas las áreas y servicios en donde se preparan y/o administran estos medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral).

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización implemente ambas acciones con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación. Como barrera de seguridad la doble verificación, debe realizarse de **manera correcta** (con dos personas durante la administración/preparación) en **el momento oportuno** (mientras se lleva a cabo la preparación y/o administración de, al menos, estos medicamentos) y por personal con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de la MISP.3

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
 - Ubicación, etiquetado individual y resguardo de electrolitos concentrados.
 - Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
 - Electrolitos concentrados.
 - Quimioterapias.
 - Radiofármacos.
 - Insulinas.
 - Anticoagulantes parenterales.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. Los electrolitos concentrados se etiquetan de manera individual.
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
5. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

MISP.4

Procedimientos Correctos.



AESP.4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

AESP.4.A1 | AESP.4.A2 | AESP.4B

➔ PROPÓSITO DE LA MIS.P.4

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento,
- La falta de participación del paciente, y
- La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el **Protocolo Universal**, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.

Los tres procesos esenciales que conforman el **Protocolo Universal** son:

- Marcado del sitio anatómico
- Proceso de verificación pre-procedimiento
- Tiempo fuera o “time-out”.

El **Protocolo Universal** debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine.

■ MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO

Cuando es posible, el **marcado del sitio anatómico** involucra la participación del paciente o su tutor responsable cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (por ejemplo, dedos de las manos) o niveles múltiples (por ejemplo, columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente (por ejemplo, en cirugía cardíaca donde el abordaje quirúrgico para un mismo procedimiento puede ser esternal o costal).

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento; sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado, médico residente o personal de enfermería (inclusive en formación) supervisado y validado por el médico responsable u otro personal clínico competente, siempre y cuando conozca el caso del paciente y vaya a estar presente durante el procedimiento.

En la cirugía oftalmológica se debe marcar la piel del paciente (por ejemplo, frente, párpado u órbita).

En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado por lo que debe elaborarse siempre un 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 omitirse** en los siguientes casos y realizarse de manera documental:

- 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.
- Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo, en mucosas o perineo.
- En pacientes prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.
- Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel, aun después de brindarle educación acerca de su seguridad.

■ VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO

El propósito del **proceso de verificación pre-procedimiento** es verificar:

- a) El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- e) Marcado del sitio anatómico, si corresponde.

- f) Alergias.
- g) Riesgo de sangrado, si corresponde.
- h) Entre otros que defina la organización.

En el caso de **terapia de remplazo renal con hemodiálisis**, también debe de llevarse a cabo un proceso de verificación pre-procedimiento con el propósito de verificar, al menos, lo siguiente:

- a) El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP 1).
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
- d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
- e) Las alergias del paciente.
- f) El filtro correcto (independientemente si se reúsan filtros)
- g) La identificación del acceso vascular.

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica de cada organización.

■ TIEMPO FUERA

El **tiempo fuera o "Time Out"** es la confirmación de la información en el momento inmediatamente **previo al inicio del procedimiento**, permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse **siempre, independientemente si es una situación de urgencia**.

Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento. La organización define la manera en que el proceso será documentado.

La realización del Tiempo Fuera 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 debe realizarse justo antes de iniciar, **al menos**, los siguientes procedimientos:

- a) **Transfusión de sangre y hemocomponentes** (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto).
- b) **Radioterapia** (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- c) **Terapia de remplazo renal con hemodiálisis** (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- d) **Procedimientos quirúrgicos**
- e) **Toma de biopsias**
- f) **Procedimientos odontológicos en unidades ambulatorias**

- g) Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- h) Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- i) Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- j) Colocación de accesos vasculares

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la Terapia de Reemplazo Renal con Hemodiálisis siempre debe llevarse a cabo, para asegurarse que sea el filtro prescrito y, si corresponde, que sea el filtro del paciente en caso de reúsos.

Es importante que la definición de la presente MISP esté vinculada a la definición e implementación de la MISP.1. Además, como primer paso para poder diseñar e implementar el Protocolo Universal o, al menos tiempo fuera, deberá llevarse a cabo un análisis e identificación de todos los procedimientos en los cuales se debe realizar el Protocolo Universal o al menos, el tiempo fuera.

Cada organización define si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera, por ejemplo, el lente intraocular correcto en cirugía de catarata.

Se deberá brindar educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo a los procesos definidos para la MISP.4.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente el Protocolo Universal teniendo cómo guía la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones; y es muy importante que estas acciones se realicen de la **manera correcta** y en el **momento oportuno** dando prioridad al Tiempo Fuera justo antes de comenzar el procedimiento.

La realización del Tiempo Fuera 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 debe realizarse justo antes de iniciar los procedimientos.

Elementos Medibles de la MISP.4

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera. 📄
2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente. 📄
3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda.
4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.
5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:
 - El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
 - El procedimiento correcto.
 - La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
 - Marcado del sitio anatómico, si corresponde
 - Alergias del paciente.
 - Riesgo de sangrado
 - Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
6. Se realiza y se documenta el tiempo fuera o “Time Out” en el lugar donde se realiza el procedimiento, con la presencia de todo el equipo multidisciplinario y justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
7. Previo al inicio de la terapia (sesión) de remplazo renal con hemodiálisis se lleva a cabo la verificación pre-procedimiento y el tiempo fuera.
8. Justo antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes se lleva a cabo el tiempo fuera.
9. Justo antes de la administración de radioterapia se lleva a cabo el tiempo fuera.
10. Se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo a los procesos definidos para la MISP.4.
11. Se realiza la medición y el análisis de la información derivada de la implementación de las abareras de seguridad de la MISP.4.
12. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

MISP.5

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.B

➔ PROPÓSITO DE LA MIS.P.5

La prevención y el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, incluyendo la atención sanitaria fuera de los establecimientos de salud. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En unidades de atención primaria a la salud, la higiene de manos toma igual relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo en la exploración física de pacientes, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), visitas domiciliarias y actividades de atención a pacientes extramuros (por ejemplo campañas de vacunación), entre otros.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes son: infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteremias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los hospitales y neumonía adquirida en la comunidad), así como gastrointestinales, entre otras en establecimiento ambulatorios.

Lo fundamental para erradicar éstas y otras infecciones asociadas a la atención sanitaria es la higiene adecuada de las manos (agua y jabón y/o gel con base de alcohol u otro desinfectante que determine el establecimiento). La organización diseña e implementa un **Programa Integral de Higiene de Manos**, el cual se basa en la **adaptación o adopción de los lineamientos** vigentes para la higiene de las manos, como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Programa Integral de Higiene de Manos se implementa en toda la organización e incluye, al menos:

- a) La monitorización de la calidad del agua (Medición del Cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente)
- b) Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
- c) Educación a pacientes y familiares.
- d) Capacitación al personal: clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.
- e) Evaluación, monitorización y análisis de los datos relacionados con la implementación.

El Programa Integral de Higiene de manos se diseña de manera multidisciplinaria y con enfoque de sistema, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este Programa debe formar parte fundamental del Sistema Crítico de Prevención y Control de Infecciones.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización se asegure que la barrera de seguridad se realice de **manera correcta** (técnica correcta, Cinco Pasos) en el **momento oportuno** (Cinco Momentos), para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Elementos Medibles de la MISP.5

1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización. 📄
2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.
4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.
5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.
6. El Programa está implementado en toda la organización.
7. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

MISP.6

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.



AESP.6 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAÍDAS

AESP.6.A1 | AESP.6.B1 | AESP.6.B2 | AESP.6.B3

➔ PROPÓSITO DE LA MIS.P.6

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, la organización debe **evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas.**

Se debe evaluar intencionadamente el riesgo de caídas en todas las organizaciones en los cuales se internen pacientes o estos permanezcan en observación por un periodo de tiempo en la unidad de atención médica, para recibir atención de emergencia, para realizarse un procedimiento o un tratamiento en el cual puede incrementar el riesgo de sufrir una caída, por ejemplo, cirugía ambulatoria, cirugía de corta estancia, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.

La organización a través de un análisis multidisciplinario identifica las áreas, momentos, o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y reevaluación de riesgo de caídas, así como quienes son los responsables de evaluarlo y llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.

Esta evaluación se caracteriza por lo siguiente:

- Realizarse de manera estandarizada a través de una o varias herramientas acordes a la población y a características clínicas específicas de cada paciente o de un grupo de ellos (por ejemplo, pacientes pediátricos, pacientes psiquiátricos), en las cuales se definan criterios específicos para esta evaluación o se adapte o adopte una escala para este fin, siempre y cuando esta sí permita identificar a todos los pacientes con riesgo.
- Realizarse en el **primer contacto** clínico del paciente dentro de la organización (por ejemplo, en el servicio de urgencias, o en la admisión o área prequirúrgica cuando se realizan cirugías de corta estancia, a la llegada de un paciente a la unidad de hemodiálisis, al inicio de la sesión de hemodiálisis, al ingreso de un paciente a un área de observación en una clínica de atención primaria, entre otros)
- En pacientes hospitalizados, realizarse como parte del proceso de **evaluación inicial**.
- Revaluarse, al menos, en cada **cambio de turno, cada cambio de área o servicio y/o cada cambio en el estado fisiológico del paciente.**
- Revaluarse al **término del tratamiento o procedimiento realizado**, cuando el paciente se egresa o es ambulatorio, por ejemplo, al finalizar una sesión de hemodiálisis, al terminar un procedimiento odontológico (de acuerdo al tipo de anestésico empleado y

el tiempo de duración del procedimiento que pudiera incrementar/modificar el riesgo de caída) o una toma de biopsia.

- Registrarse de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios definidos por la organización y a las necesidades del paciente.
- Como resultado de la evaluación y reevaluación, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas evaluado.

Puede ser que en organizaciones que brindan diferentes servicios, el proceso y criterios, sean diferentes, por ejemplo de una manera en hospitalización y de otra en pacientes ambulatorios, en este caso la organización deberá trabajar por estandarizar cada uno de los procesos definidos en las áreas y/o servicios específicos y tomar en cuenta las transiciones entre los mismos para garantizar la continuidad de la atención (por ejemplo, un paciente ambulatorio se complica y se ingresa a hospitalización).

También es importante señalar que, aunque en todos los pacientes se implementan acciones básicas para prevenir caídas, el propósito de este estándar es priorizar a aquellos con mayor riesgo, por lo tanto, las acciones deberán diferenciarse o incluir una mayor protección.

Así mismo se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso de evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde al propósito de este estándar se analice y se identifiquen los riesgos y los tipos de pacientes a quienes se brinda atención en la organización, para que puedan definirse adecuadamente los criterios específicos para identificar y priorizar a los de alto riesgo mediante la evaluación.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud **[Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente, la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada organización en función de las características de sus pacientes con el fin de que, como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementen las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas. **La manera correcta** es utilizando los criterios específicos para determinar el riesgo y los **momentos oportunos** son al menos seis: primer contacto, evaluación inicial, cambio de turno, cambio de área, cambio fisiológico del paciente, término de tratamiento o procedimiento; por personal con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de la MISP.6

1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario, identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y reevaluación de riesgo de caída. 📄
 2. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas. 📄
 3. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
 4. Se ha definido un proceso para la evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta. 📄
 5. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y reevaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.
 6. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.
 7. Se evalúa el riesgo de caídas como parte del proceso de evaluación inicial.
 8. Se reevalúa a todos los pacientes en cada cambio de turno y cambio de área o servicio.
 9. Se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.
 10. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.
 11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.
 12. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]
-



SECCIÓN.2

SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR MMU.4

Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A1

➔ PROPÓSITO DE MMU.4 ✍

Cada organización debe establecer su listado de medicamentos y mantener su inventario mínimo para surtir las prescripciones médicas. Esta decisión estará basada en su misión, las necesidades del paciente, el tipo de servicios prestados y la legislación aplicable vigente. La organización elabora una lista de todos los medicamentos que tiene en existencia o que puede obtener de forma inmediata. En algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos (Cuadro Básico). La selección de medicamentos es un proceso de colaboración que tiene en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y el aspecto económico.

La adquisición de los medicamentos, en especial de los electrolitos concentrados, se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.




La organización cuenta con un método de gestión para mantener y controlar el listado de medicamentos, así como controlar su uso. Los involucrados en la elaboración y la supervisión del listado de medicamentos son el personal que participa en cada uno de los procesos que conforman el sistema.

La organización define los criterios que utilizará para guiar el proceso de agregar o eliminar medicamentos del listado. Estos criterios incluyen aspectos relacionados con el uso, costo, seguridad y efectividad de cada medicamento. También se define un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos cuando ya se ha decidido agregar un medicamento al listado. Por ejemplo, se puede observar la respuesta del medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado, con el fin de conocer si la respuesta al medicamento en los pacientes ha sido la esperada por los líderes que supervisan el sistema de medicación.

La lista de medicamentos se revisa, al menos, una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, efectividad, los efectos secundarios y reacciones adversas, así como en la información relacionada con el análisis de errores y cuasifallas de medicación.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los servicios prestados y la legislación aplicable vigente.
2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata. 
3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.
4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas, errores y cuasifallas de medicación.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.
6. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos. 
7. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
8. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado. 
9. El proceso de monitorización está implementado.
10. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.5

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A3

➔ PROPÓSITO DE MMU.5

Los medicamentos se pueden resguardar, por ejemplo, en un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la central de enfermería. En todos los lugares donde se almacenan medicamentos se implementan procesos para:

- a) Resguardarlos y almacenarlos bajo condiciones adecuadas para su estabilidad;
- b) Protegerlos contra robo o extravío en toda la organización;
- c) Dar cumplimiento a la legislación aplicable vigente relacionada con los medicamentos controlados y medicamentos de alto riesgo;
- d) Etiquetarlos debidamente con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- e) Llevar a cabo barreras de seguridad relacionadas con los medicamentos de alto riesgo;
- f) Inspeccionar periódicamente todas las áreas para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] **publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**

Elementos Medibles de MMU.5

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.
3. Se cumple con la legislación aplicable vigente relacionada con medicamentos controlados y medicamentos de alto riesgo.
4. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
5. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según el proceso de la organización, para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.6

Se ha diseñado un proceso para la prescripción segura de medicamentos.



AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.D



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.B

PROPÓSITO DE MMU.6

La organización diseña un proceso para la prescripción segura de los medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar dicho proceso. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. Como las prescripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la organización diseña acciones para prevenir errores y cuasifallas de medicación relacionadas con la ilegibilidad de las prescripciones.

El proceso se diseña con base en buenas prácticas para la prescripción (incluyendo abreviaturas universales, decimales, puntos y comas) y en la legislación aplicable vigente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.6

1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura. 📄
2. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas. 📄
3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales, 📄
4. El proceso está implementado.
5. El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.
6. El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.
7. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.6.3

Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.C

➔ PROPÓSITO DE MMU.6.3 📄

La transcripción es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado por la organización (prescripción), son escritas en otro documento (por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárdex de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros).

El personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo colabora para identificar aquellos momentos en donde se realizan las transcripciones y los plasman en un listado; además, con base en este listado, se diseña el proceso para disminuir la probabilidad de error en estas transcripciones. El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las prescripciones, ya sea personal de enfermería, médicos en formación, químicos, nutriólogos o por personal médico autorizado para realizarlo.

Como las transcripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, el proceso establece las acciones para disminuir los riesgos identificados y prevenir errores de medicación.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.6.3

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen los momentos en que se realizan transcripciones de medicamentos. 📄
2. La organización ha diseñado un proceso para transcribir de manera segura. 📄
3. El proceso está implementado.
4. Se ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.
5. El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para transcribir.
6. El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante transcripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.
7. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.7.1

Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.D

➔ PROPÓSITO DE MMU.7.1

La organización dispensa y distribuye medicamentos en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante el proceso de entrega de los medicamentos (distribución y/o dispensación) distribución y la administración. Todos los puntos de distribución de medicamentos en la organización (farmacia central, almacén, subalmacenes, farmacia hospitalaria) emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación y/o distribución de manera precisa y oportuna, acorde a los recursos y a la estructura del sistema de medicación.

El sistema estandarizado de dispensación incluye verificaciones (procesos redundantes) antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal de la organización y/o al paciente o familiar de acuerdo su proceso.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada y segura.
3. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.
4. El sistema respalda la dispensación precisa.
5. El sistema respalda la dispensación oportuna.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.7.3

Los medicamentos se etiquetan de manera segura.



AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.D



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.E

➔ PROPÓSITO DE MMU.7.3

Un riesgo para la seguridad del paciente se presenta cuando no se identifican los medicamentos o las soluciones intravenosas inmediatamente después de ser preparadas durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo, inclusive cuando se utiliza un solo medicamento.

El etiquetado de los medicamentos es una práctica que reduce el riesgo de errores de medicación; por lo cual la organización reduce el riesgo al etiquetar los medicamentos inmediatamente después de prepararse o verterse en diferentes contenedores. En el etiquetado se identifican, al menos, los siguientes datos:

- a) **Datos de identificación del paciente**
- b) **Nombre del medicamento**
- c) **Dosis, si corresponde**
- d) **Concentración, si corresponde**
- e) **Vía, si corresponde**
- f) **Dilución, si corresponde**
- g) **Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde**

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento se administra inmediatamente después de prepararlo.

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser dispensados y/o administrados y, además, se vuelve a verificar (de manera verbal y visual) cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará, la verificación se realiza al comparar el etiquetado contra lo prescrito en el expediente clínico y/o los datos de identificación del paciente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] **publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**

Elementos Medibles de MMU.7.3

1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.
2. El etiquetado incluye, al menos, los siguientes datos:
 - Datos de identificación del paciente
 - Nombre del medicamento.
 - Dosis.
 - Concentración, si corresponde.
 - Vía.
 - Dilución, si corresponde.
 - Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde.
3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.
4. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.7.4

Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.E

PROPÓSITO DE MMU.7.4


Cada organización determina si utilizará medicamentos como multidosis, de ser así define el proceso para su manejo y uso, el cual se basa en un análisis multidisciplinario que integra tanto el enfoque del sistema de medicación como el del sistema de prevención y control de infecciones. Estos medicamentos pueden utilizarse varias veces para el mismo paciente o varias veces con diferentes pacientes.

Es importante que este proceso tome en cuenta las acciones para garantizar la estabilidad farmacéutica de estos medicamentos, su etiquetado y la disminución del riesgo de infección.

El etiquetado de los medicamentos multidosis, al menos, incluye la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.7.4

1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis. 
2. El proceso toma en cuenta aspectos relacionados con el sistema de medicación y la prevención y control de infecciones.
3. El proceso está implementado.
4. Los medicamentos multidosis son etiquetados, al menos, con la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.
5. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.8

Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.F

PROPÓSITO DE MMU.8

La administración de los medicamentos requiere conocimiento y experiencia. Cada organización es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado acorde a la legislación aplicable vigente. Una organización puede establecer límites a una persona en cuanto a la administración de *medicamentos especiales como pueden ser los medicamentos controlados, citotóxicos, radiofármacos y/o medicamentos experimentales. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos. La organización también identifica quién está autorizado para administrar medicamentos en situaciones de urgencia.**

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.8

1. La organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, administra medicamentos.
3. Se han establecido límites para administrar *medicamentos especiales**, cuando corresponda.
4. El personal involucrado identifica a los autorizados para administrar medicamentos.
5. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.8.1

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.F

➔ PROPÓSITO DE MMU.8.1

La administración segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes **CORRECTOS** de la administración de medicamentos:

- a) la identidad del paciente acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1;
- b) el medicamento prescrito;
- c) la caducidad;
- d) la hora y la frecuencia de administración prescritas;
- e) la dosis prescrita;
- f) la vía de administración prescrita;
- g) la velocidad de infusión; y
- h) otros, si la organización así lo define.

El proceso de administración de medicamentos concluye con la documentación en el expediente clínico.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.8.1

1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar
4. Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.
7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.
8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.
9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.
10. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR MMU.9.1

Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación.



AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.I

➔ PROPÓSITO DE MMU.9.1

Se define un proceso para identificar, notificar y analizar los **errores y las cuasifallas de medicación**. El proceso se basa en el desarrollo de la definición operativa de un error y cuasifalla de medicación, de manera contextualizada a los procesos implementados en la organización; que le permitirán al personal identificarlas y por consiguiente notificarlas.


El proceso de notificación y análisis forma parte del Sistema de Medicación y se incluye en el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del paciente. Este análisis se lleva a cabo por medio de la metodología de patrones y tendencias y si corresponde con la metodología de análisis causa-raíz (Eventos centinela relacionados con la medicación).

El proceso se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión y el aprendizaje de los tipos de errores que han ocurrido en la organización y en otras organizaciones, así como en la identificación de las situaciones de riesgos que podrían dar lugar a uno de estos eventos. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro.

Este proceso se vincula y forma parte del Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas de la organización que a su vez es uno de los cinco elementos del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.9.1

1. Se ha establecido la definición operativa de error y cuasifalla de medicación. 
2. Los errores y las cuasifallas de medicación se notifican y se analizan en forma oportuna con la metodología de patrones y tendencias.
3. La organización emplea la información del análisis de los errores y las cuasifallas para mejorar el Sistema de medicación.
4. El personal está capacitado para identificar y notificar errores y cuasifallas de medicación.
5. Se realiza un análisis causa raíz cuando se identifican y/o notifican eventos centinela relacionados con la medicación.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR PCI.1

La prevención y el control de las infecciones son guiados por procesos acordes a la legislación aplicable vigente.



AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

PROPÓSITO DE PCI.1

Para desarrollar un **Sistema de Prevención y Control de Infecciones** los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para implementar todos los procesos tanto clínicos, como no clínicos, y la supervisión de los mismos que se relacionan con la prevención y control de las infecciones; por ejemplo, la vigilancia epidemiológica, el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos y el manejo de los alimentos, entre otros.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de PCI.1

1. Para desarrollar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones, los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente.

2. Todas las áreas de la organización implementan la legislación aplicable vigente relacionada con la prevención y el control de las infecciones.
3. En todos los procesos clínicos y no clínicos relacionados con la prevención y el control de las infecciones se implementa la legislación aplicable vigente.
4. Si corresponde al contexto de la organización se cuenta con un Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y una Unidad de Vigilancia epidemiológica Hospitalaria.
5. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones relacionadas a la atención sanitaria, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR PCI.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.



AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➔ PROPÓSITO DE PCI.2

Para que una organización desarrolle un Sistema de Prevención y Control de Infecciones y para que las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con el sistema de prevención y control de infecciones en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con la prevención y el control de las infecciones.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de PCI.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.
5. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.
6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
7. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas a la prevención y control de las infecciones.
8. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR PCI.3

Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de prevención y control de infecciones.



AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➔ PROPÓSITO DE PCI.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el sistema de prevención y control de infecciones. La implementación de los procesos que integran el Sistema de Prevención y Control de Infecciones necesita de la gestión de los recursos para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización. Estos recursos incluyen insumos, personal competente y sistemas de información.

Para llevar a implementar el Sistema de prevención y control de infecciones, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, (esto es: la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la definición de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación).

Otro recurso importante son los sistemas de información los cuales permiten dar seguimiento y analizar los procesos asociados a riesgos de infección, tasas, tendencias e indicadores para controlar y supervisar el sistema. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de PCI.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.
2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.
4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de Información que respalde al sistema de prevención y control de infecciones.
5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR FMS.3

Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

ESTÁNDAR FMS.3.1

La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido.



AESP.6 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAÍDAS

AESP.6.C

➔ PROPÓSITO DE FMS.3 Y FMS.3.1

Los líderes de la organización gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura y con procesos implementados para brindar protección. Una cultura proactiva es fundamental para crear una instalación segura. A fin de planear de manera efectiva el *Programa para la Protección de la Organización*, se deben de tomar en cuenta todos los riesgos identificados.

El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Como parte del programa para la Protección de la Organización se implementan procesos que aseguran que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas y que todo el personal, visitantes y proveedores sean identificados, si corresponde.

Para desarrollar el Programa, la organización realiza una inspección integral y completa de las instalaciones de manera periódica, al menos, una vez por año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se realice una construcción o una remodelación. Esta inspección integral y completa, es la base para elaborar un plan proactivo para reducir los riesgos, implementar procesos de protección, y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes; además de llevar a cabo mejoras y presupuestar actualizaciones de la instalación a largo plazo.

Las remodelaciones o construcciones representan un riesgo adicional para los pacientes, familiares, visitantes y personal e incluyen los riesgos relacionados con el control de infecciones, ventilación, flujo vehicular, basura, desechos etc. Una evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación permitirá establecer las medidas apropiadas, así como, planear e implementar un proceso de supervisión durante todas las fases de construcción y remodelación.

Como parte del programa, los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de FMS.3

1. Como base para desarrollar el programa, se inspeccionan al menos, anualmente, de manera integral y completa sus instalaciones y procesos relacionados con seguridad y protección.
2. Si se presenta un siniestro, remodelación o construcción se realiza otra inspección integral y completa.
3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación. 📄
4. Si corresponde, se evalúan los riesgos antes de iniciar una construcción o remodelación.
5. Se implementan procesos para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

Elementos Medibles de FMS.3.1

1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización. 📄
 2. El programa se fundamenta en la inspección(es) periódica(s).
 3. Como parte del Programa se diseñan procesos para prevenir accidentes y lesiones para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
 4. Como parte del Programa se diseñan procesos para mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
 5. Como parte del Programa se diseñan procesos para que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
 6. El programa esta implementado en toda la organización.
 7. Como parte del programa los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación.
 8. Como parte del programa se implementan procesos para controlar el acceso y si corresponde, identificar a todo el personal, familiares y visitantes que ingresen y permanezcan en la organización.
 9. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]
-



SECCIÓN.3

SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.2

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria.



AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➔ PROPÓSITO DE QPS.2

Los líderes conforman un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo: el COCASEP o su equivalente, el cual les ayuda a analizar con enfoque multidisciplinario y sistémico las actividades que serán implementadas para mejorar los procesos y los sistemas de la organización, y mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad de la organización.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente cuenta con objetivos y funciones definidas para planear, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Este Comité cuenta con las siguientes características:

- a) Es encabezado por el director de la organización.
- b) Sesiona periódicamente.
- c) Integra a los cuatro sistemas críticos con enfoque organizacional.
- d) Se articula con los diferentes comités existentes dentro de la organización. (Por ejemplo: Mortalidad, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, Comité de Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud, Comisión de Seguridad e Higiene, Comité de Seguridad y Atención Médica en caso de desastre)
- e) Define y avala el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- f) Supervisa el diseño y la implementación del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- g) Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
- h) Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud **[Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**

Elementos Medibles de QPS.2

1. Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.
3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.
4. El Comité Integra a los cuatro sistemas críticos y se articula con los diferentes comités con que cuenta la organización.

5. El Comité de manera multidisciplinaria lleva a cabo, al menos, lo siguiente:
 - Define y avala el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.
 - Supervisa el diseño y la implementación del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.
 - Toma decisiones con base en el análisis de información.
 - Da seguimiento puntual a sus acuerdos.
6. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR QPS.4

El Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.



AESP.7 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELA Y CUASIFALLAS

➔ PROPÓSITO DE QPS.4

Para desarrollar una cultura de calidad y seguridad se requiere además de identificar, priorizar y gestionar los riesgos y problemas, contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

Cada organización debe establecer y difundir, de acuerdo a su contexto, sus propias descripciones de los tipos de eventos que se deben notificar con la finalidad de facilitar la identificación de estos eventos por el personal operativo involucrado en los procesos. (Definición operativa)

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente debe incluir:

- **Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.**
- **Un mecanismo para su notificación.**
- **Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.**
- **La consideración de la segunda víctima.**
- **La gestión y la confidencialidad de la información.**
- **La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.**
- **La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.**

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de QPS.4

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
 2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, lo siguiente:
 - Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
 - Un mecanismo para su notificación.
 - Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
 - La consideración de la segunda víctima.
 - La gestión y la confidencialidad de la información.
 - La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
 - La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.
 3. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]
-



SECCIÓN.4

ATENCIÓN CENTRADA EN EL
PACIENTE

ESTÁNDAR ACC.2

Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.



AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.C

➔ PROPÓSITO DE ACC.2

Uno de los aspectos importantes para lograr la continuidad en la atención es diseñar un proceso estructurado de comunicación, que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambios de área y servicio, o cambio de turno y guardia.

El personal médico, de enfermería y administrativo, colabora de manera multidisciplinaria para identificar los momentos en los cuales se realiza una entrega de paciente debido a una transición en la atención ya sea en tiempo o en lugar, además identifican el personal involucrado en estos momentos. Por ejemplo, la entrega de guardia por personal médico, los cambios de turno por personal de enfermería, la entrega de una paciente a hospitalización, entre otros.

Esta identificación de momentos y personas involucradas se plasma en un listado, con base en el cual la organización diseña dos procesos estructurados de comunicación:

- a) Uno durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno)
- b) Uno durante las transiciones en lugar (cambio de área o servicio)



Una buena práctica para asegurar la adecuada transferencia de información del paciente en estas transiciones es la herramienta **SBAR** (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: **Situación actual (S)**, **Antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (B)**, **Evaluaciones (A)** y **Recomendaciones y actividades pendientes (R)**. Por sus siglas en español se le conoce como herramienta **SAER**.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [**Acuerdo CSG 60/06.03.17**] publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el día 08 de septiembre de 2017.



Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización implemente el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: situación actual (S), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (A), evaluaciones (E) y recomendaciones y actividades pendientes (R), el orden mencionado es la **manera correcta** y el **momento oportuno** es al entregar al paciente, ambas características conforman esta barrera de seguridad.

Elementos Medibles de ACC.2

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en tiempo.
2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno). 
3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.
4. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en lugar.
5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio). 
6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.
7. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR ACC.3.1

Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso.



AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.G

 **PROPÓSITO DE ACC.3.1**

Se realiza una nota de egreso en el momento en que el paciente es dado de alta de la organización. Cualquier médico competente puede elaborar esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de egreso, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de egreso se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente estaba hospitalizado. Esta nota de egreso puede ser utilizada para dar seguimiento al paciente.

La nota de egreso incluye lo siguiente:

- a) **Datos de identificación del paciente**
- b) **Fecha de ingreso y fecha de egreso**
- c) **Motivo del egreso**
- d) **Resumen de la evolución**
- e) **Diagnóstico final**
- f) **Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso**
- g) **El estado del paciente al momento del alta**
- h) **Problemas clínicos pendientes**
- i) **Pronóstico**
- j) **Plan de manejo y tratamiento**
- k) **Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.**

La nota de egreso se integra en el expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al paciente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.
2. La nota de egreso incluye, al menos, lo siguiente:
 - Los dos datos de identificación del Paciente
 - La fecha de ingreso y la fecha de egreso
 - El motivo del egreso.
 - El resumen de la evolución.
 - El diagnóstico final.
 - Los medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso
 - El estado del paciente al momento del alta
 - Los problemas clínicos pendientes
 - El pronóstico del paciente.
 - El plan de manejo y tratamiento.
 - Las recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.
4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.
5. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR ACC.4.4

Se documentan referencias/contrareferencias



AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.F

➔ PROPÓSITO DE ACC.4.4

Se realiza una nota de referencia/contrareferencia en el momento en que el paciente es trasladado a otro establecimiento. Un médico competente elabora esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de referencia/contrareferencia, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de referencia/contrareferencia se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca del estado del paciente, motivo de envío y la atención que se ha otorgado. Esta nota tiene como objetivo facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes entre diferentes establecimientos y brindar una atención oportuna, integral y de calidad. La nota se integra al expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al establecimiento receptor.

La nota de referencia/contrareferencia incluye lo siguiente:

- a) Datos de identificación del Paciente**
- b) Establecimiento que envía**
- c) Establecimiento que recibe**
- d) Resumen Clínico**
- e) Motivo de la referencia**
- f) Fecha y hora**
- g) Nombre y firma de quien refiere**

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de ACC.4.4

- 1.** Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contrareferencia
- 2.** La nota de referencia/contrareferencia lo siguiente:
 - Los dos datos de identificación del Paciente
 - Establecimiento que envía
 - Establecimiento que recibe
 - Resumen Clínico
 - Motivo de la Referencia
 - Fecha y Hora
 - Nombre y firma de quien refiere
- 3.** La nota de referencia/contrareferencia se integra en el expediente clínico.
- 4.** El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR SAD.1.3.1

Los análisis de los Servicios de Laboratorio se solicitan y se informan (resultados) de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos.



AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.E

➔ PROPÓSITO DE SAD.1.3.1

Este estándar se implementa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes, las muestras biológicas (contenedores) y los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional del Paciente número 1 (MISP.1).

Cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo, cuando se obtienen resultados fuera de rango o en pacientes críticos, se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar (MISP.2).

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.
4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.
5. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]

ESTÁNDAR SAD.2.5

Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.



AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.E

➔ PROPÓSITO DE SAD.2.5

Este estándar se implementa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes y los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1 (MISP.1).

Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] **publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.
3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.
4. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]



SECCIÓN.5

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR MCI.1.1

La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.



AESP.8 MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROPÓSITO DE MCI.1.1

La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide, al menos una vez por año, la cultura de la seguridad de la organización.

La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la organización gestiona la seguridad. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación fundamentada en la confianza mutua, debido a la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas; esta definición es tomada de la Agencia para la Investigación sanitaria y la Calidad (AHRQ), así mismo la AHRQ establece que este encuentra puede ser utilizada para:

- Sensibilizar al personal sobre la seguridad del paciente,
- Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en la organización
- Identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente
- Analizar las tendencias en el cambio de cultura de seguridad del paciente con el tiempo
- Evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad de los pacientes
- Realizar comparaciones dentro y entre organizaciones

Esta medición se lleva a cabo al realizar el cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación sanitaria y la Calidad (AHRQ), con enfoque multidisciplinario (personal clínico y no clínico) y con enfoque sistémico (todas las áreas, todos los turnos).

Los resultados del cuestionario se analizan y se identifican prioridades para mejorar. Se diseñan e implementan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.

La información obtenida se toma en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y sistemas del Modelo de Seguridad del paciente del CSG, en especial del Sistema Organizacional de calidad y Seguridad del Paciente.

El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud **[Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.**

Elementos Medibles de MCI.1.1

1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.
 2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará.
 3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.
 4. El cuestionario se aplica al menos una vez por año a la muestra seleccionada.
 5. Los resultados de la medición se miden y se analizan, al menos, una vez por año.
 6. Se identifican prioridades a través del análisis, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.
 7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.
 8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del paciente.
 9. El diseño y la implementación se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. [Acuerdo CSG 60/06.03.17]
-

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

**Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales,
C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México.**

Tel.: (55) 2000-3400 Ext. 59036

www.csg.gob.mx