



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

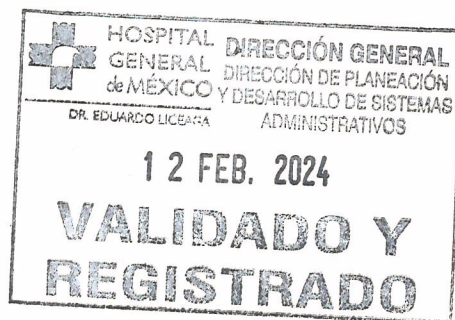


HOSPITAL  
GENERAL  
de MÉXICO



DR. EDUARDO LICEAGA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE





FEBRERO 2024

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0  Hoja: 1
---	--	---	-----------------------

## ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.- MARCO JURÍDICO	5
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE	
2. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.	
3. PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN	
4. PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIVERSAL	
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)	
6. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDA	
7. PROCEDIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN, NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELA	
8. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0 <hr/> Hoja: 2
---	--	---	-------------------------

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que, “La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surge con la evolución de la complejidad de los sistemas de salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios.” Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Se calcula que el 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica de calidad.



En este contexto el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) analizaron los aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deben seguir los establecimientos de atención médica desarrollando ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), mismas que están conformadas por las seis Metas Internacionales emitidas por la Organización Mundial de la Salud (identificación correcta del paciente; comunicación efectiva; seguridad en el proceso de medicación; seguridad en los procedimientos; reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud; reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas), las cuales se complementaron con el reporte de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente.

Las AESP deben integrarse de forma transversal en los Modelos de Gestión de Calidad Hospitalarios, permitiendo a los establecimientos desarrollar y madurar paulatinamente sus procesos para alcanzar los estándares tanto de Acreditación como de Certificación y lograr organizaciones confiables y seguras que aporten resultados de valor.

Las AESP son la piedra angular para la regulación de la Seguridad del paciente, lo que permite al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” contar con un sistema sólido que le permita brindar una atención con mayor calidad y seguridad, siendo ésta una parte fundamental en búsqueda de una atención efectiva y de calidad para toda la población que atiende el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

El personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el ámbito de competencia, tendrá la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como el deber de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a éstos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia, además de declarar que la mujer y el hombre son iguales ante la Ley, de acuerdo con el Artículo 1º Constitucional, así como establecer las bases de actuación para la implementación uniforme, homogénea y efectiva de los procedimientos para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual y acoso sexual, promoviendo una cultura institucional de igualdad de género y un clima laboral libre de violencia, en apego a la normatividad en la materia.



La actualización del presente Manual, está fundamentada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 19); Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Art. 7 fracc. XIV, Art. 27 fracc. II y Art. 38 fracc. VII); Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México, publicado en el DOF el 11 de mayo de 1995 (Art. 10 fracc. II); Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D., autorizado en la LXXXV Reunion de la Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el 5 de marzo de 2015 (Art. 8 fracc. III, Art. 16 fracc. II y Art. 38 fracc. II); así como en las Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, emitidas por la Secretaría de Salud, septiembre 2013.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 3</p>
---	---	--	------------------------------------

## **I. OBJETIVO DEL MANUAL**

Establecer las políticas y lineamientos de las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, que sirvan de referencia y consulta al personal clínico y no clínico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para su aplicación en el desarrollo de las actividades, con el propósito de mejorar la atención médica y la seguridad del paciente en el Hospital.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 4
---	--	---	-------------------------

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F. 06-VI-2023.

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F. 03-V-2023.

Ley General de Salud.  
D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 29-V-2023.

Ley General de Bienes Nacionales.  
D.O.F. 20-V-2004, Última reforma D.O.F. 03-VI-2023

Ley General de Responsabilidades Administrativas.  
D.O.F. 18-VII-2016, Última Reforma D.O.F. 27-XII-2022.

Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 17-II-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011, Última Reforma 06-I-2023..

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.  
D.O.F. 4-XII-2014, Última Reforma D.O.F. 26-V-2023.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
D.O.F. 02-VIII-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2022.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.



Ley General de Contabilidad Gubernamental.  
D.O.F. 31-XII-2008. Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
D.O.F. 08-X-2003. Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.  
D.O.F. 26-I-2017.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 04-V-2015. Última Reforma D.O.F. 25-V-2021.

Ley General de Archivos.  
D.O.F. 15-VI-2018. Última Reforma D.O.F. 19-I-2023.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 5
---	--	--	-------------------------

Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.  
D.O.F. 13-III-2003. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.

Ley General de Desarrollo Social.  
D.O.F. 20-I-2004. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.  
D.O.F. 24-X-2011. Última Reforma D.O.F. 25-V-2018.

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.  
D.O.F. 27-VIII-1932. Última Reforma D.O.F. 22-VI-2018.

Ley General de Víctimas.  
D.O.F. 09-I-2013. Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.  
D.O.F. 28-I-1988. Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.  
D.O.F. 18-VII-2016. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública.  
D.O.F. 02-I-2009. Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas.  
D.O.F. 17-XI-2017 Última Reforma D.O.F. 13-V-2022

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.  
D.O.F. 24-I-2012. Última Reforma D.O.F. 04-V-2021.

Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.  
D.O.F. 26-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.



Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.  
D.O.F. 14-VI-2012 Última Reforma D.O.F.05-IV-2023.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 27-II-2022.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 18-VII-2016.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994, Última Reforma D.O.F. 18-V-2018.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 6
---	--	--	-------------------------

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
D.O.F. 01-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 27-I-2017

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.  
D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 22-XI-2021.

Ley Federal del Trabajo.  
D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 27-XII-2022.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley Federal de Derechos.  
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F.03-V-2023.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003, Última Reforma D.O.F.19-I-2023.

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
D.O.F. 19-XII-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 24-XII-1996. Última Reforma D.O.F. 01-VII-2020.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.  
D.O.F. 5-VII-2010.

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental.  
D.O.F. 7-VI-2013 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021



Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
D.O.F. 31-XII-2004. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal para el Control de Sustancias Químicas Susceptibles de Desvío para la Fabricación de Armas Químicas.  
D.O.F. 9-VI-2009. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Coordinación Fiscal.  
D.O.F. 27-XII-1978, Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023.  
D.O.F. 12-XI-2021. Vigente a partir del 01-I-2023

Ley de Planeación.  
D.O.F. 05-I-1983, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b></p> <p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 7</p>
---	---	--	------------------------------------

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023..

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.  
D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022

Ley de Infraestructura de la Calidad.  
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 19-I-2023.

Ley del Impuesto sobre la Renta.  
D. O. F. 11-XII-2013, Última Reforma D.O.F. 12-11-2021.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.

Ley de Asistencia Social.  
D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 06-I-2023.

Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.  
D.O.F. 17-I-2011.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.  
D.O.F. 18-VII-2016 Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 02-IV-2013, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2021.



Ley de Asociaciones Público Privadas.  
D.O.F. 16-I-2012. Última Reforma D.O.F. 15-VI-2018.

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 18-III-2005. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley de Ciencia y Tecnología.  
D.O.F. 05-VI-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley de Comercio Exterior.  
D.O.F. 27-VII-1993. Última Reforma D.O.F. 21-XII-2006.

Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.  
D.O.F. 6-IV-2011. Última Reforma D.O.F. 06-XI-2020.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 8
---	--	--	-------------------------

Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.  
D.O.F. 27-IV-2016. Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.

Ley de Firma Electrónica Avanzada.  
D.O.F. 11-I-2012 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley de Instituciones de Crédito.  
D.O.F. 18-VII-1990. Última Reforma D.O.F. 11-III-2022.

Ley de los Impuestos Generales de Importación y de Exportación.  
D.O.F. 01-VII-2020. Última Reforma D.O.F. 07-VI-2022.

Ley de Tesorería de la Federación.  
D.O.F. 30-XII-2015.

Ley de Transición Energética.  
D.O.F. 24-XII-2015.

Ley de Vías Generales de Comunicación.  
D.O.F. 19-II-1940. Última Reforma D.O.F. 03-V-2023.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.  
D.O.F. 24-XII-1986. Última Reforma D.O.F 31-V-2019. Fe de erratas D.O.F. 10-VI-2019.

Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios.  
D.O.F. 30-XII-1980. Última Reforma D.O.F. 23-XII-2021. Ley del Seguro Social.  
D.O.F. 21-XII-1995. Última Reforma D.O.F. 18-V-2022.

Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes.  
D.O.F. 16-VI-2016 Última Reforma D.O.F. 20-XII-2022.



Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político.  
D.O.F. 27-I-2011. Última Reforma D.O.F. 18-II-2022.

Ley Reglamentaria del artículo 6o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Derecho de Réplica.  
D.O.F. 4-XI-2015. Última Reforma D.O.F 30-V-2018.

## **TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES**

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.  
D.O.F. 09-VIII-2000.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veinticinco de mayo de dos mil.  
D.O.F. 16-I-2002.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		Rev. 0 <hr/> Hoja: 9
---	--	---	-------------------------

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres. D.O.F. 22-IV-2002.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Comité Internacional de la Cruz Roja relativo al Establecimiento en México de una Delegación Regional del Comité, firmado en la Ciudad de México, el veinte de julio de dos mil uno. D.O.F. 24-V-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno. D.O.F. 03-XII-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres. D.O.F. 12-V-2004. Última Reforma D.O.F 25-II-2005

Decreto Promulgatorio de las Enmiendas del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, 1987, adoptadas durante la Novena Reunión de las Partes, celebrada en Montreal del quince al diecisiete de septiembre de mil novecientos noventa y siete. D.O.F. 30-XI-2018

Decreto promulgatorio de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis. D.O.F. 24-X-2007 Última Reforma D.O.F. 02-V-2008.



Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho. D.O.F. 18-III-2011

Convenio Internacional del trabajo NUM. 19 relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo. D.O.F. 23-I-1933

Convención Internacional del trabajo NUM. 87, Relativo a la libertad sindical y a la protección al derecho sindical, adoptado el 9 de julio de 1948. D.O.F. 26-I-1950

Convenio Internacional del Trabajo No. 100 relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor. D.O.F. 26-VI-1952

Convenio Internacional del Trabajo NUM. 111, relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación adoptado con fecha 25 de junio de 1958, en la Ciudad de Ginebra, Suiza por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo D.O.F. 3-I-1961.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 10
---	--	--	--------------------------

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres. D.O.F. 22-IV-2002.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. D.O.F. 21-V-2003.

## **REGLAMENTOS**

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. D.O.F. 16-IV-2020. Última Reforma D.O.F. 16-IV-2020.

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 11-III-2008, Última Reforma D.O.F. 14-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. D.O.F. 18-I-2006, Última Reforma D.O.F. 28-VIII-2008.

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. D.O.F. 2-XII-2015.

Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. D.O.F. 22-VIII-2012, Última Reforma D.O.F. 10-V-2016.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil. D.O.F. 13-V-2014, Última Reforma D.O.F. 9-XII-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. D.O.F. 18-I-1988, Última Reforma D.O.F. 28-XII-2004

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. D.O.F. 6-I-1987, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.



Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma D.O.F. 17-VII-2018.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. D.O.F. 5-IV-2004. Última Reforma D.O.F. 17-XII-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. D.O.F. 4-V-2000. Última Reforma D.O.F. 08-IX-2022.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. D.O.F. 18-II-1985. Última Reforma D.O.F. 10-VII-1985.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 11</p>
---	--	--	-------------------------------------

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Víctimas.  
D.O.F. 28-XI-2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Prevención y Control de la Contaminación de la Atmósfera.  
D.O.F. 25-XI-1988. Última Reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2022.

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.  
D.O.F. 21-VII-2016.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-XI-2012.

Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.  
D.O.F. 19-IX-2014

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
D.O.F. 30-XI-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.  
D.O.F. 23-IX-2013.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990, Última Reforma D.O.F. 23-XI-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 28-VI-2006, Última Reforma D.O.F. 13-XI-2020.



Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.  
D.O.F. 21-XII-2011.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 11-VI-2023.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 22-V-1998, Última Reforma D.O.F. 14-IX-2005.

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
D.O.F. 17-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 29-XI-2006.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b></p> <p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 12</p>
---	---	--	-------------------------------------

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 14-I-1999, Última Reforma D.O.F. 28-XI-2012.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
D.O.F. 13-XI-2014.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 28-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 24-II-2023.

Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas.  
D.O.F. 5-XI-2012, Última Reforma D.O.F. 20-II-2017.

Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.  
D.O.F. 4-VI-2015.

Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 19-III-2008, Última Reforma D.O.F. 6-III-2009.

Reglamento de la Ley de Comercio Exterior.  
D.O.F. 30-XII-1993, Última Reforma D.O.F. 22-V-2014.

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 23-XI-1994, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2016.

Reglamento de la Ley de Nacionalidad.  
D.O.F. 17-VI-2009, Última Reforma D.O.F. 25-XI-2013.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.  
D.O.F. 30-VI-2017.

Reglamento de la Ley de Transición Energética.  
D.O.F. 4-V-2017.

Reglamento de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.  
D.O.F. 4-XII-2006.



Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
D.O.F. 8-X-2015, Última Reforma D.O.F. 6-V-2016

Reglamento de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria.  
D.O.F. 21-II-2012.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.  
D.O.F. 2-IV-2014.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
D.O.F. 09-VIII-1999. Última Reforma D.O.F. 12-II-2016.

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 31-V-2021.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 13
---	--	---	--------------------------

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
D.O.F. 13-IV-2004.

Reglamento de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 28-XI-2006.

## **CÓDIGOS**

Código Fiscal de la Federación.  
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 05-I-2022.

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 08-V-2023.

Código Civil Federal.  
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.

Código Federal de Procedimientos Civiles.  
D.O.F. 24-II-1943, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2023.

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 5-III-2014, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2023.

Código de Comercio.  
D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 30-XII-2021.

## **PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VII-2019.

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 30-XII-2021.



Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad permanente, para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 29-XII-2021.

Reglas de Operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.  
D.O.F. 29-XII-2021.

## **DECRETOS DEL EJECUTIVO FEDERAL**

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.  
D.O.F. 11-V-1995.

Decreto por el que se modifica y adiciona el diverso por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México.  
D.O.F. 30-IV-2012.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 14</p>
---	---	--	-------------------------------------

Decreto por el que se reforma el artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 14-VI-2021.

### **ACUERDOS SECRETARIALES DE OTRAS DEPENDENCIAS**

Acuerdo por el que se emite las Disposiciones Generales para Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las Materias de Transparencia y de Archivos  
D.O.F. 12-VII-2010 Última reforma D.O.F. 23-XI-2012

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia.  
D.O.F. 12-VII-2010 Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización.  
D.O.F. 12-VII-2010 Última Reforma D.O.F. 05-XI-2020

Acuerdo por el que modifica el diverso por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.  
D.O.F. 15-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 30-XI-2018.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.  
D.O.F. 16-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 05-IV-2016.



Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 3-II-2016.

Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 02-XI-2017.

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican.  
D.O.F. 10-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 21-VIII-2012.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar las dependencias y los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, para la recepción de promociones que formulen los particulares en los procedimientos administrativos a través de medios de comunicación electrónica, así como para las notificaciones, citatorios, emplazamientos, requerimientos, solicitudes de informes o documentos y las resoluciones administrativas definitivas que se emitan por esa misma vía.  
D.O.F. 17-I-2002.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medio de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada.  
D.O.F. 25-III-2009, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2013.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO  DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 15</p>
---	---	--	-------------------------------------

Acuerdo mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su Anexo.  
D.O.F. 2-V-2005.

Acuerdo por el que se expiden los Lineamientos que se deberán observar para el otorgamiento del seguro de responsabilidad civil y asistencia legal a los servidores públicos de las dependencias de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 13-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 16-III-2012.

Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 24-VIII-2006.

Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas.  
D.O.F. 9-IX-2010.

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en materia de recepción y disposición de obsequios, regalos o similares, por parte de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.  
D.O.F. 28-VI-2013. Última Reforma D.O.F. 12-XI-2019.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como establecer el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.  
D.O.F. 8-V-2014, Última Reforma D.O.F. 23-VII-2018.



Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el procedimiento de cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones emitidas a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
D.O.F. 19-VIII-2014.

Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del diverso por el que se dan a conocer los formatos que deberán utilizarse para presentar las declaraciones de situación patrimonial.  
D.O.F. 29-IV-2015, Última Reforma D.O.F. 22-II-2019.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones. .  
D.O.F. 20-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 28-II-2017.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022, Acuerdo por el que se establecen las disposiciones administrativas de carácter general para el uso del Sistema de Bitácora Electrónica y Seguimiento a Obra Pública. .  
D.O.F. 2-XI-2016. Última Reforma D.O.F. 11-VI-2018.

Acuerdo que reforma el diverso por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.  
D.O.F. 12-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 5-IX-2018.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> de MÉXICO  DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0  Hoja: 16
---	--	--	------------------------

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para el registro y autorización de las Estrategias y Programas de Comunicación Social y de Promoción y Publicidad de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 04-I-2021. Última Reforma D.O.F. 14-I-2022.

Acuerdo por el que se establece la obligación de incorporar a CompraNet, la información relativa a la planeación de las contrataciones y la ejecución de contratos que regula la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
D.O.F. 5-I-2017.

Acuerdo que fija los lineamientos que deberán ser observados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, en cuanto a la emisión de los actos administrativos de carácter general a los que les resulta aplicable el artículo 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 8-III-2017.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.  
D.O.F. 15-V-2017.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.  
D.O.F. 6-VII-2017.

Acuerdo que reforma el diverso por el que se establecen los Lineamientos generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 24-VII-2017, Última Modificación 14-XII-2018.

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-V-2020 Última Reforma D.O.F. 31-V-2022.



**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SALITARIO (SSA1)**

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.  
D.O.F. 6-VI-2012.

Norma Oficial Mexicana, NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.  
D.O.F. 9-I-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.  
D.O.F. 5-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.  
D.O.F. 24-II-1995.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 17
---	--	--	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-2002, Salud ambiental. - Que establece los requisitos sanitarios del proceso del etanol (alcohol etílico).  
D.O.F. 09-II-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para Laboratorio de Patología Clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996

Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003.

Norma Oficial Mexicana, NOM-114-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de salmonella en alimentos.  
D.O.F. 22-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-115-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de Staphylococcus aureus en alimentos.  
D.O.F. 25-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica.  
D.O.F. 16-VIII-1995.



Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.  
D.O.F. 10-IX-2012. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2014

Norma Oficial Mexicana, NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.  
D.O.F. 12-XII-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.  
D.O.F. 25-IV-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-143-SSA1-1995, Bienes y servicios. Método de prueba microbiológico para alimentos. Determinación de Listeria monocytogenes.  
D.O.F. 19-XI-1997.

Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación para fármacos.  
D.O.F. 4-II-2016.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 18
---	--	---	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.  
D.O.F. 20-IX-2013 Última Reforma D.O.F. 03-V-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.  
D.O.F. 18-X-2002 Última Reforma D.O.F. 30-VIII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-210-SSA1-2014, Productos y servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores. Determinación de microorganismos patógenos. D.O.F. 26-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
D.O.F. 19-VII-2017. Última Reforma D.O.F. 30-IX-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.  
D.O.F. 15-IX-2006. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.  
D.O.F. 30-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.  
D.O.F. 1-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.  
D.O.F. 26-X-2012 Última Reforma D.O.F. 18-IX-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-257-SSA1-2014, En materia de medicamentos biotecnológicos.  
D.O.F. 11-XII-2014.



**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (SSA2):**

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.  
D.O.F. 13-XI-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.  
D.O.F. 7-IV-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.  
D.O.F. 10-XI-2010



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 19</p>
---	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.  
D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.  
D.O.F. 23-XI-2016.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.  
D.O.F. 06-VI-1994 Última Reforma D.O.F. 31-V-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.  
D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.  
D.O.F. 23-X-2012 Última Reforma D.O.F. 17-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.  
D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.  
D.O.F. 21-VIII-1996 Última Reforma D.O.F. 21-V-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.  
D.O.F. 11-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.  
D.O.F. 04-IX-2015.



Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.  
D.O.F. 16-XII-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.  
D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.  
D.O.F. 07-I-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.  
D.O.F. 19-IV-2017.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 20
---	--	--	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.  
D.O.F. 9-II-2001 Última Reforma D.O.F. 26-IX-2006

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.  
D.O.F. 16-IV-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.  
D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.  
D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.  
D.O.F. 7-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.  
D.O.F. 28-IX-2012 Última Reforma D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.  
D.O.F. 13-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.  
D.O.F. 21-IV-2011.



Modificación al numeral 7.12.3 y eliminación de los numerales A.18, A.18.1 y A.18.2, del Apéndice A Normativo, de la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 1 de junio de 2017.  
D.O.F. 1-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 1-XII-2017

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.  
D.O.F. 9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.  
D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.  
D.O.F. 16-IV-2009, Última Reforma D.O.F. 24-III-2016.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 21
---	--	--	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

D.O.F. 12-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 18-VIII-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).

D.O.F. 15-XII-2017.

### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA3:**

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

D.O.F. 19-XII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.

D.O.F. 8-VII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 16-VIII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

D.O.F. 23-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

D.O.F. 27-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-V-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.



D.O.F. 28-VII-2014 Última Reforma D.O.F. 07-VIII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

D.O.F. 9-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 4-I-2013.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 22
---	--	--	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.  
D.O.F. 11-XI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.  
D.O.F. 22-V-2023.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.  
D.O.F. 8-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.  
D.O.F. 2-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 18-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.  
D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.  
D.O.F. 17-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.  
D.O.F. 7-VIII-2012.



Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.  
D.O.F. 4-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.  
D.O.F. 27-XI-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.  
D.O.F. 31-X-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.  
D.O.F. 12-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.  
D.O.F. 13-IX-2012.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 23
---	--	---	--------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.  
D.O.F. 25-II-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.  
D.O.F. 23-IX-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.  
D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.  
D.O.F. 21-II-2017.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EMITIDAS POR OTRAS DEPENDENCIAS CON PARTICIPACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD:**

Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.  
D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-NUCL-2020, Criterios para la exención de fuentes de radiación ionizante o prácticas que las utilicen.  
D.O.F. 09-XII-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. Colores, formas y símbolos a utilizar.  
D.O.F. 23-XII-2011 Última Reforma D.O.F. 15-VII-2015

Normas para la Operación del Registro de Servidores Públicos.  
D.O.F. 24-IX-2012



Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia Médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.  
D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-NUCL-2014, Requerimientos de seguridad radiológica que deben ser observados en los implantes permanentes de material radiactivo con fines terapéuticos a seres humanos.  
D.O.F. 5-III-2015.

**OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS:**

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022  
D.O.F. 29-XI-2021.

Recomendación General No. 4 derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar.  
D.O.F. 26-XII-2002.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		Rev. 0 <hr/> Hoja: 24
---	--	---	--------------------------

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la destrucción de bienes.  
D.O.F. 13I-2006.

Lineamientos del Instituto para Devolver al Pueblo lo Robado para la transferencia de bienes asegurados, abandonados y decomisados en procedimientos penales federales. D.O.F. 23-III-2021.

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la devolución de bienes.  
D.O.F. 13-I-2006 Acuerdo por el que se dan a conocer las reformas a los Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores en los procedimientos penales federales y para conceder la utilización de los mismos, intitulados a raíz de las mismas, Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores de bienes y conocer la utilización de los mismos.  
D.O.F. 19-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 28-III-2016

Lineamientos para el ejercicio eficaz, transparente, ágil y eficiente de los recursos que transfieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a las entidades federativas mediante convenios de coordinación en materia de reasignación de recursos.  
D.O.F. 28-III-2007.

Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 30-III-2007. Última Reforma D.O.F. 09-X-2007

Recomendaciones para la organización y conservación de correos electrónicos institucionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 10-II-2009.



Acuerdo por el que se establecen las acciones específicas adoptadas por la Secretaría de la Función Pública en cumplimiento a las medidas dictadas en materia de prevención y control del brote de influenza en el país.  
D.O.F. 29-IV-2009.

Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud.  
D.O.F. 07-V-2009.

DECRETO por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética  
D.O.F. 7-IX-2005. Última Reforma D.O.F. 16-II-2017

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012  
D.O.F. 31-X-2012 Última Reforma D.O.F. 10-XII-2020.

ACUERDO por el que se modifica el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal  
D.O.F. 28-XII-2010, Última Reforma D.O.F. 26-VI-2018.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 25
---	--	---	--------------------------

Reglas para la determinación, acreditación y verificación del contenido nacional de los bienes que se ofertan y entregan en los procedimientos de contratación, así como para la aplicación del requisito de contenido nacional en la contratación de obras públicas, que celebren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 14-X-2010.

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el Manual de Contabilidad Gubernamental.

D.O.F. 22-XI-2010, Última Reforma D.O.F. 23-XII-2020

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

D.O.F. 28-II-2012. Última Reforma D.O.F. 15-IV-2016

Lineamientos que deberán cumplir los medicamentos biotecnológicos biocomparables.

D.O.F. 19-VI-2012.

Lineamientos para el cumplimiento de obligaciones de transparencia, acceso a información gubernamental y rendición de cuentas, incluida la organización y conservación de archivos, respecto de recursos públicos federales transferidos bajo cualquier esquema al Presidente electo de los Estados Unidos Mexicanos y a su equipo de colaboradores durante el ejercicio fiscal de 2012.

D.O.F. 21-VI-2012.

Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 27-X-2015.

Aviso por el que se da a conocer el formato para el registro de todo acto que se lleve a cabo y esté relacionado con el alcohol etílico sin desnaturalizar, a que se refiere el Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado el 6 de enero de 2014.

D.O.F. 6-I-2014, Última Reforma D.O.F. 17-I-2014.

Lineamientos de eficiencia energética para la Administración Pública Federal.

D.O.F. 11-V-2018.

Lineamientos para la determinación de los requerimientos de información que deberá contener el mecanismo de planeación de programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 16-I-2015.

Lineamientos para la entrega de información, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, sobre los usuarios con un patrón de alto consumo de energía.



D.O.F. 31-I-2015.

Lineamientos para el seguimiento del ejercicio de los programas y proyectos de inversión, proyectos de infraestructura productiva de largo plazo y proyectos de asociaciones público privadas, de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 20-II-2015.

Modelo Integral de Atención a Víctimas.

D.O.F. 04-VI-2015.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 26</p>
---	--	--	-------------------------------------

Guía de Implementación de la Política de Datos Abiertos.  
D.O.F. 12-XII-2017.

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.  
D.O.F. 3-VII-2015.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones a los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.  
D.O.F. 18-VIII-2015.

Reglas generales para la tramitación electrónica de permisos para el uso de recetarios especiales con código de barras para medicamentos de la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud.  
D.O.F. 14-X-2015.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones generales de accesibilidad Web que deben observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las empresas productivas del Estado.  
D.O.F. 3-XII-2015.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el organismo garante.  
D.O.F. 10-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que los sujetos obligados deben seguir al momento de generar información, en un lenguaje sencillo, con accesibilidad y traducción a lenguas indígenas.  
D.O.F. 12-II-2016.



Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.  
D.O.F. 12-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos para recabar la información de los sujetos obligados que permitan elaborar los informes anuales.  
D.O.F. 12-II-2016.

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal D.O.F. 22-II-2016. Última Reforma D.O.F. 18- IX-2020.

Oficio circular por el que se establecen los procedimientos para el informe, dictamen, notificación o constancia de registro de los ingresos excedentes obtenidos durante el ejercicio por la Oficina de la Presidencia de la República, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como por los Poderes Legislativo y Judicial y los entes autónomos y Tribunales Administrativos.  
D.O.F. 29-V-2019.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 27</p>
---	--	--	-------------------------------------

Lineamientos para analizar, valorar y decidir el destino final de la documentación de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 16-III-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.  
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la implementación y operación de la Plataforma Nacional de Transparencia.  
D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.  
D.O.F. 4-V-2016.



Condiciones Generales del Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.  
Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para incorporar la perspectiva de género en las Reglas de Operación de los programas presupuestarios federales.  
D.O.F. 29-VI-2016.

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.  
D.O.F. 03-I-2020

Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.  
D.O.F. 20-IX-2016.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.  
D.O.F. 20-IX-2016.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <p><b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p>	 <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p>	<p>Rev. 0</p> <hr/> <p>Hoja: 28</p>
---	--	--	-------------------------------------

Acuerdo por el cual se aprueba la modificación del plazo para que los sujetos obligados de los ámbitos Federal, Estatal y Municipal incorporen a sus portales de Internet y a la Plataforma Nacional de Transparencia, la información a la que se refieren el Título Quinto y la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como la aprobación de la definición de la fecha a partir de la cual podrá presentarse la denuncia por la falta de publicación de las obligaciones de transparencia, a la que se refiere el Capítulo VII y el Título Quinto de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 2-XI-2016.

Acuerdo mediante el cual se realizan modificaciones a los formatos establecidos en los anexos de los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

D.O.F. 10-XI-2016.

Modificación al Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.

D.O.F. 6-XII-2016. Última Reforma D.O.F. 22-VIII-2019

Lista de valores mínimos para desechos de bienes muebles que generen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 02-VIII-2022

Lineamientos de clasificación de contenidos audiovisuales de las transmisiones radiodifundidas y del servicio de televisión y audio restringidos.

D.O.F. 15-II-2017, Última Reforma D.O.F. 14-II-2020

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

D.O.F. 7-II-2014. Última Reforma D.O.F. 15-II-2017

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales que establecen los criterios para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información a cargo de las personas físicas y morales que reciben y ejercen recursos públicos o realicen actos de autoridad.



D.O.F. 13-III-2017.

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos que establecen el procedimiento de denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia previstas en los artículos 70 a 83 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 69 a 76 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 17-II-2017. Última Reforma 30-IV-2018

Acuerdo mediante el cual se aprueban diversas modificaciones a los Lineamientos que establecen el procedimiento de verificación y seguimiento del cumplimiento de las obligaciones de transparencia que deben publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como el Manual de procedimientos de metodología de evaluación para verificar el cumplimiento de las obligaciones que deben de publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

D.O.F. 20-II-2017. Última Reforma D.O.F. 14-VI-2019

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0 <hr/> Hoja: 29
---	--	---	--------------------------

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos por los que se establecen los costos de reproducción, envío o, en su caso, certificación de información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 21-IV-2017.

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia; así como los criterios y formatos contenidos en los anexos de los propios lineamientos, derivado de la verificación diagnóstica realizada por los organismos garantes de la Federación y de las entidades federativas; asimismo se modifican las Directrices del Pleno del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales en materia de Verificación Diagnóstica de las obligaciones de transparencia y atención a la Denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia. D.O.F. 28-XII-2017

Protocolo de actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la atención de presuntos actos de discriminación.  
D.O.F. 18-VII-2017.

Lineamientos para el impulso, conformación, organización y funcionamiento de los mecanismos de participación ciudadana en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 11-VIII-2017.



Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones al procedimiento para la modificación de la tabla de aplicabilidad para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal.  
D.O.F. 1-IX-2017

Oficio Circular mediante el cual se emiten diversas directrices para los Oficiales Mayores de las dependencias y equivalentes en las entidades de la Administración Pública Federal y titulares de los Órganos Internos de Control, que deberán observarse en las contrataciones que se realicen entre entes públicos.  
D.O.F. 6-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Criterios mínimos y metodología para el diseño y documentación de Políticas de Acceso a la Información, Transparencia Proactiva y Gobierno Abierto, así como el uso del Catálogo Nacional de Políticas.  
D.O.F. 23-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las disposiciones administrativas de carácter general para la elaboración, presentación y valoración de evaluaciones de impacto en la protección de datos personales.  
D.O.F. 23-I-2018.

Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en casos de discriminación.  
D.O.F. 13-VI-2014.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> de MÉXICO <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0 <hr/> Hoja: 30
---	--	---	--------------------------

#### **DISPOSICIONES INTERNACIONALES:**

Decreto que promulga la Convención celebrada entre México y varias naciones, sobre Condiciones de los Extranjeros. D.O.F. 20-VIII-1931.

Decreto por el cual se promulga la Convención relativa a la Esclavitud.  
D.O.F. 13-IX-1935.

Decreto que promulga el Convenio relativo a las Estadísticas de las Causas de Defunción.  
D.O.F. 23-III\_1938

Decreto que aprueba el Convenio Internacional relativo al Transporte de Cadáveres.  
D.O.F. 15-II-1938.

Decreto por el que se comunica el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas hecho en Viena el 21 de febrero de 1971. D.O.F. 24-VI-1975

Decreto de Promulgación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada en la ciudad de San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.  
D.O.F. 07-V-1981

Decreto de Promulgación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A. el 19 de diciembre de 1966. D.O.F. 20-V-1981.

Decreto de Promulgación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidad, el 18 de diciembre de 1979.  
D.O.F. 12-V-1981.

Decreto Promulgatorio del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidad el dieciocho de diciembre de dos mil dos. D.O.F. 15-VI-2006.

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.  
D.O.F. 03-II-1987.



Decreto por el que se aprueba la Convención sobre Asistencia en Caso de Accidente Nuclear o Emergencias Radiológicas adoptada en la ciudad de Viena, Austria, el 26 de septiembre de 1986.  
D.O.F. 29-07-1988

Decreto de Promulgación e la Convención sobre Asilo Territorial, abierta a firma en la ciudad de Caracas, Venezuela, el 28 de marzo de 1954. D.O.F. 04-V1981.

Decreto promulgatorio de la Convención sobre Derechos del Niño.  
D.O.F. 25-I-1991.

Decreto de promulgación de la Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores.  
D.O.F. 18-XI-1994.

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional.  
D.O.F. 6-VII-1994.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> <b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA</b> <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>GENERAL</b> <b>de MÉXICO</b> <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0 <hr/> Hoja: 31
---	--	--	--------------------------

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores.  
D.O.F. 14-V-1996.

Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, el nueve de junio de mil novecientos noventa y cuatro.  
D.O.F. 19-I-1999

Decreto Promulgatorio del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, hecho en Nueva York, el treinta y uno de enero de mil novecientos sesenta y siete.  
D.O.F. 31-XII-1969

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, hecha en Nueva York, el veintiocho de septiembre de mil novecientos cincuenta y cuatro.  
D.O.F. 31-XII-1969



Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, adoptada en la Antigua, Guatemala, el cinco de junio de dos mil trece.  
D.O.F. 20-II-2020

Decreto Promulgatorio de la Convención sobre la Imprescribibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veintiséis de noviembre de mil novecientos sesenta y ocho  
D.O.F. 22-IV-2002



Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 24-X-2007.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.  
D.O.F. 18-III-2011. eto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, adoptado en Nagoya el veintinueve de octubre de dos mil diez.  
D.O.F. 10-X-2014.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya - Kuala Lumpur sobre Responsabilidad y Compensación Suplementario al Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología, hecho en Nagoya el quince de octubre de dos mil diez.  
D.O.F. 26-II-2018.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	<u>DR. EDUARDO LICEAGA</u>	Hoja: 32

## 1. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 33

## 1. PROPÓSITO

1.1 Identificar correctamente a los pacientes del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en todo momento desde que ingresa el paciente hasta su egreso de la institución utilizando nombre completo y fecha de nacimiento, con la finalidad de prevenir cuasi fallas, eventos adversos y/o centinela.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Coordinación Médica, la cual coordina las actividades para que se elabore y/o actualice el procedimiento, las Direcciones Quirúrgica, Médica, Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y Educación y Capacitación en Salud, supervisan que las Subdirecciones de Área verifiquen su correcta implementación, las Subdirecciones de Área supervisan que se cumplan los lineamientos en los Servicios, las Jefaturas de Servicio, Jefaturas de enfermería, Supervisor de Trabajo Social y Delegado Administrativo establecen, verifican y reportan el apego al procedimiento, los prestadores de la atención implementan el procedimiento en las áreas de su competencia.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, ha definido como datos institucionales para identificar correctamente al paciente: *Nombre Completo* y *Fecha de Nacimiento*.

3.2 Los formatos institucionales relacionados con la atención del paciente, como: historia clínica, notas de evolución, recetas médicas, solicitud de estudios, interconsultas, Formato de Registros Clínicos de Enfermería, brazalete, tarjeta de identificación, membrete para solución, etc., deberán contar con **Nombre Completo** iniciando por apellido paterno seguido de apellido materno y Nombre (s), **Fecha de Nacimiento** iniciando por día, mes y año (cuatro dígitos) con números arábigos: *Ejemplo: 07 / 04/ 2023*, dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año.



3.3 Los **medios gráficos** que coadyuvan en la identificación correcta del **paciente hospitalizado, ambulatorio y de corta estancia** son todos aquellos formatos que integran el expediente clínico, así como el carnet, la tarjeta de identificación y el brazalete del paciente.

- La **tarjeta de identificación** deberá contener: Nombre Completo del paciente iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento y Expediente Clínico Único, grupo sanguíneo y factor Rh, fecha de ingreso, hora de ingreso con números arábigos y dejar los espacios para colocar alertas visuales de alergia y riesgo de caídas. (ver anexo 10.1 Formato e instructivo de tarjeta de identificación).
- El **brazalete del paciente** debe estar impreso, en caso de no poderse imprimir se podrá elaborar a mano con letra legible, con los siguientes datos: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento (día, mes y año utilizando números arábigos), Expediente Clínico Único y servicio en donde se encuentra hospitalizado el paciente. (ver anexo 10.3 brazalete de identificación).

3.4. De los **medios gráficos** en el **Recién Nacido (RN)**, se deben considerar los siguientes aspectos para la elaboración del **brazalete**:

3.5.

1. El brazalete debe contener los siguientes datos: *Nombre Completo de la madre, la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido*, así como el Expediente Clínico Único, la hora de nacimiento, peso, talla y tipo de parto.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 34

2. En el caso de **productos múltiples del embarazo**, se agregará en el brazalete la leyenda “*producto uno*”, “*producto dos*”, “*producto tres*” y así sucesivamente.

3.5 De los **medios gráficos** en el **recién nacido**, se deben considerar los siguientes aspectos para la elaboración de la **tarjeta de identificación**:

1. Ésta deberá contener: Nombre Completo de la madre iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha y hora de nacimiento, Expediente Clínico Único; grupo sanguíneo y factor Rh, fecha de ingreso, con números arábigos y dejar los espacios para colocar alertas visuales de alergia y riesgo de caídas. (ver anexo 10.1 Formato e instructivo de tarjeta de identificación).

3.6 Los **medios gráficos** que coadyuvan en la identificación correcta en el paciente en las **áreas de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y medicina nuclear**, son gafete y brazalete:

- El **gafete de identificación** deberá tener los siguientes datos: Nombre Completo del paciente iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento, Expediente Clínico Único y procedimiento a realizar (si aplica).
- El **brazalete** deberá tener por lo menos los siguientes datos: Nombre Completo del paciente iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento y Expediente Clínico Único.



3.7 En las áreas de Urgencias de Gineco-Obstetricia, Urgencias Médico Quirúrgicas, Pediatría, Cardiología y Neumología al **paciente desconocido** se deberá identificar a través de: Sexo del paciente (hombre, mujer), Edad aparente, Fecha de ingreso (día, mes y año), Hora de ingreso (hora y minutos) con números arábigos, señas particulares (lunar, cicatriz, tatuajes, etc.) y la forma en que ingresó o quien lo llevó al lugar en donde se está proporcionando la atención (Ministerio Público, patrulla, etc.); en el caso de haber más de un paciente desconocido se deberá registrar el número consecutivo según corresponda, ejemplo: “desconocido uno”, “desconocido dos”, y así sucesivamente.

- En cuanto al registro del sexo, edad, fecha y hora de ingreso deberán documentarse en los rubros según corresponda de los diferentes formatos institucionales.
- En cuanto al registro de las señas particulares (lunar, cicatriz, tatuaje, etc.) y forma en que ingresó o quien lo llevó al lugar en donde se está proporcionando la atención, el Personal médico deberá documentarlo en nota de ingreso y para el Personal de Enfermería deberán documentarse en el rubro observaciones en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería.
- La leyenda “desconocido” se registrará en el rubro que corresponda al nombre del paciente en los diferentes formatos institucionales.

3.8 En el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”; el personal de salud deberá identificar a todos los pacientes por *Nombre Completo* y *Fecha de Nacimiento* desde el momento en que solicita algún servicio en la institución, haciendo énfasis al menos en los **momentos críticos** del proceso de atención médica:

- Administración de todo tipo de medicamento.
- Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, de diagnóstico o tratamiento.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Inicio de la sesión de hemodiálisis.
- Extracción de sangre y otras muestras de análisis clínico.
- Realizar estudios de gabinete.
- Realización de estudios de patología (líquido, piel, mucosas, etc.).
- Realizar traslados de pacientes (dentro y fuera de la institución).
- Dotación de dietas.
- Aplicación de Biológicos (vacunas).



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 35

- Realizar procedimientos invasivos o de alto riesgo específicamente en procedimientos odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, colocación de accesos vasculares).
- Manejo de cadáver (verificar que los datos coincidan en los medios gráficos como el aviso de defunción, nota de defunción y otros documentos del expediente clínico, en el caso de defunción de trillizos o gemelos agregar el número consecutivo de nacimiento).

3.9 El prestador de atención médica deberá identificar al paciente en todo momento, haciendo énfasis al menos en los **momentos críticos** del proceso de atención médica, de la siguiente forma:

- Preguntar al paciente Nombre Completo y Fecha de Nacimiento y corroborar la información que brinda el paciente con los medios gráficos disponibles.

3.10 **Al paciente pediátrico, geriátrico, con alteraciones del estado de conciencia** (sedado, desorientado, etc.) **y/o con alguna discapacidad sensorial** (auditiva, visual, etc.) se deberá de solicitar al familiar responsable, acompañante o tutor legal, el Nombre Completo y Fecha de Nacimiento del paciente y validar la información proporcionada con: el brazalete, la tarjeta de identificación y/o formatos del expediente clínico; a esta doble acción (verbal y gráfica) se le conoce como verificación cruzada. En caso de no contar con familiar responsable, acompañante o tutor legal, el personal Médico y/o de Enfermería deberá verificar la identidad del paciente en dos o más medios gráficos.

3.11 Al **recién nacido** se deberá identificar, en los momentos críticos, por *Nombre Completo de la madre, la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido*, los datos complementarios para corroborar la identidad del paciente neonato son Expediente Clínico Único, hora de nacimiento, peso, talla, tipo de parto (distócico o eutócico) y número de producto.

3.12 Al paciente **ambulatorio**, se deberá identificar preguntando el Nombre Completo y Fecha de Nacimiento al paciente y/o familiar según sea el caso y corroborar la información con el carnet, con la hoja de la solicitud del procedimiento y/o alguna identificación oficial vigente.

3.13 En situaciones que pongan en peligro la vida, un órgano o una función y que requieran intervención inmediata, tiene prioridad la atención médica antes de la identificación del paciente.



3.14 Es responsabilidad de la **Jefatura de Servicio, Jefatura de Enfermería y Delegación Administrativa:**

- Conocer y difundir el "Procedimiento para Identificar correctamente al Paciente".
- Promover una cultura de seguridad entre el personal a su cargo e identificar, analizar y priorizar riesgos para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
- Gestionar insumos y medios gráficos que coadyuven a la identificación correcta del paciente según los requerimientos de cada servicio.
- Supervisar que el Nombre Completo y Fecha de Nacimiento del paciente coincida en todos los documentos del expediente clínico (Historia clínica, notas de evolución, Formato de Registros Clínicos de Enfermería, etc.), así como en brazalete, tarjeta de identificación, carnet, recetarios, etc., según el área de su competencia.

3.15 Es responsabilidad de la Jefatura de Enfermería o a quien delegue:

- Supervisar que el paciente cuente con brazalete de identificación, durante todo el proceso de atención.
- Verificar que el brazalete de identificación se retire y se deseche al momento del egreso del paciente.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 36

### 3.16 Es responsabilidad del **Personal Médico**:

- Identificar a todos los pacientes por Nombre Completo y Fecha de Nacimiento, como se establece en la política. 3.8.
- Verificar que el procedimiento o tratamiento que se otorgará coincida con el paciente correcto (hospitalizado o ambulatorio).
- Requisar correctamente los formatos institucionales que forman parte del expediente clínico (historia clínica, notas evolución, recetas médicas, solicitud de estudios, interconsultas, entre otros), con Nombre Completo iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s) y Fecha de Nacimiento.
- Promover una cultura de seguridad del paciente informando al Jefe Inmediato cuando se presenten problemas, riesgos, cuasifallas y/o eventos adversos en la identificación del paciente.

### 3.17 Es responsabilidad del **Personal de Enfermería**:

- Identificar a todos los pacientes por Nombre Completo y Fecha de Nacimiento, como se establece en la política 3.8.
- Verificar que el procedimiento o tratamiento que se otorgará coincida con el paciente correcto (hospitalizado o ambulatorio).
- Verificar que el brazalete de identificación elaborado por el Personal Administrativo cuente con Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento, Expediente Clínico Único y servicio en donde se encuentra hospitalizado, en caso de detectar alguna inconsistencia solicitar la corrección inmediata al Personal Administrativo.
- Colocar el brazalete de identificación en la extremidad que no dificulte la atención; cuando por las condiciones físicas del paciente no sea posible colocar en alguna extremidad, se colocará junto a la tarjeta de identificación.
- En el caso del recién nacido elaborar tres brazaletes de identificación manuscritos y colocar inmediatamente después del nacimiento un brazalete en la muñeca derecha, otro en el tobillo izquierdo del RN y el tercer brazalete se deberá colocar en la extremidad de la madre que no dificulte la atención. Los brazaletes elaborados por el personal administrativo se deberán verificar con la historia clínica neonatal y colocar uno al RN y otro a la madre.
- Informar al paciente y a su familiar sobre la importancia de portar el brazalete de identificación durante toda su estancia hospitalaria.
- Identificar correctamente al recién nacido y a productos de embarazos múltiples, apoyándose en los medios gráficos de identificación, especialmente en el brazalete.
- En caso de requerir cambio de brazalete de identificación en el paciente pediátrico, geriátrico o con alteraciones del estado de conciencia deberá estar presente el familiar responsable o tutor en el momento del cambio.
- Retirar y desechar en todos los casos el brazalete de identificación cuando el paciente egrese de la institución.
- Membretar las soluciones intravenosas con Nombre Completo del paciente iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento y Expediente Clínico Único del paciente, cama, servicio, nombre de la solución, medicamento (s), frecuencia, gotas por minuto, fecha, hora de inicio y término, así como nombre completo de quien instaló.
- Membretar dispositivos como sondas y catéteres con fecha y hora de instalación, número de french (calibre), nombre completo de quien instaló. En el caso de sonda vesical deberá estar registrada la cantidad de agua estéril de llenado del globo.
- Promover una cultura de seguridad del paciente informando al Jefe Inmediato cuando se presenten problemas, riesgos, cuasifallas y/o eventos adversos en la identificación del paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 37


3.18 Es responsabilidad del **Personal Administrativo**:

- Elaborar el **Brazalete de identificación** (impreso o a mano), la **tarjeta de identificación** del paciente y el **gafete de identificación** como lo establecen las políticas 3.3 y 3.4 del presente procedimiento, y entregar al personal de Enfermería.
- Realizar las **etiquetas para la vitrina o palomera** de cada paciente con los siguientes datos: Nombre Completo iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), Fecha de Nacimiento y Expediente Clínico Único para el resguardo de medicamentos de 24 hrs.
- Solicitar al paciente al momento de su ingreso, se identifique proporcionando su Nombre Completo y Fecha de Nacimiento, mismos que se asociarán con los documentos o medios gráficos de la institución.
- Para el **área de Neonatología dos brazaletes de identificación impresos**, con los siguientes datos: Nombre Completo de la madre iniciando por Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s), la fecha de nacimiento del recién nacido y sexo del recién nacido, Expediente Clínico Único, hora de nacimiento, peso, talla, tipo de parto (distócico o eutócico) y número de producto si corresponde.
- Promover una cultura de seguridad del paciente informando al Jefe Inmediato cuando se presenten problemas, riesgos, cuasifallas, eventos adversos y/o eventos centinela en la identificación del paciente.

3.19 Es responsabilidad de los prestadores de la atención adscritos a los servicios de Diagnóstico y Tratamiento:

- Identificar a todos los pacientes por Nombre Completo y Fecha de Nacimiento, como se establece en la política 3.8.
- Recibir y verificar que toda solicitud cuente con Nombre Completo y Fecha de Nacimiento del paciente, Expediente Clínico Único, estudio solicitado y diagnóstico probable, fecha y hora del estudio, Nombre completo, firma y cédula del solicitante.
- Verificar que el nombre completo y fecha de nacimiento de la etiqueta de los recipientes de las muestras biológicas (orina, sangre, tejido, células, entre otras) coincidan con los datos de la solicitud. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones de este.
- Emitir todos los resultados de radiología e imagen, así como su interpretación con Nombre Completo, Fecha de Nacimiento y Expediente Clínico Único del paciente, además de fecha y hora del estudio, nombre completo, firma, cédula del profesional que realiza y/o ratifica los resultados; así como identificación del establecimiento.



3.20 Todo el personal del Hospital de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en sus diferentes niveles jerárquicos deberán conducirse bajo el código de ética específicamente en sus principios institucionales y valores. De no dar cumplimiento al precepto anterior e incurran en actos de corrupción, abusos y fraudes serán acreedores a sanciones determinadas por la normativa aplicable vigente.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.

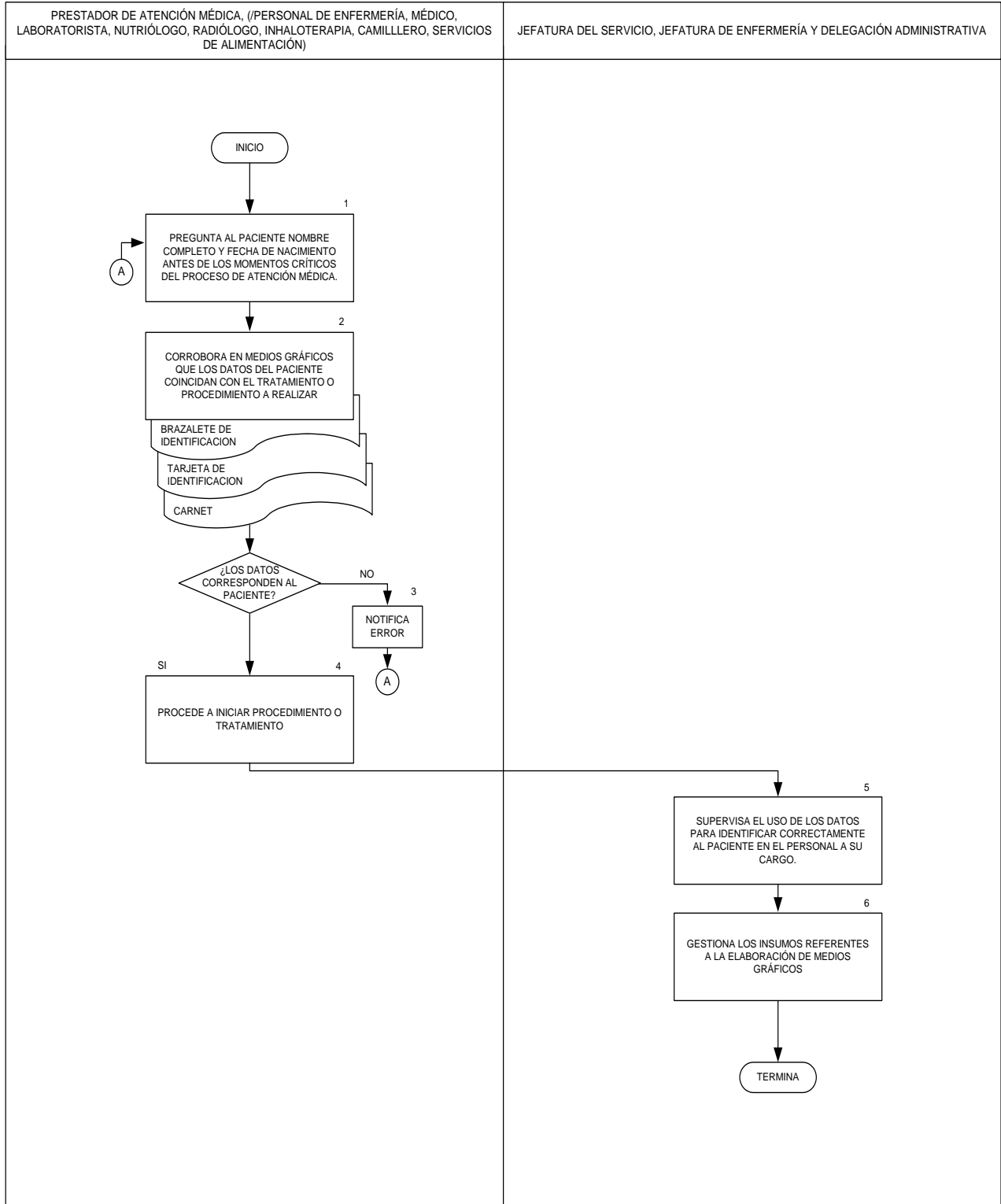
Hoja: 38



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Prestador de Atención Médica (Personal de Enfermería, Médico, Laboratorista, Nutriólogo, Radiólogo, Inhaloterapia, Camillero, Administrativo, Servicios de alimentación, etc)	1	Preguntar al paciente <b>Nombre Completo y Fecha de Nacimiento</b> , haciendo énfasis al menos en los <b>momentos críticos</b> del proceso de atención médica antes de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de todo tipo de medicamento.</li> <li>• Administración de infusión intravenosas con fin profiláctico, de diagnóstico o tratamiento.</li> <li>• Transfusión de sangre y hemocomponentes.</li> <li>• Inicio de la sesión de hemodiálisis.</li> <li>• Extracción de sangre y otras muestras de análisis clínico.</li> <li>• Realizar estudios de gabinete.</li> <li>• Realización de estudios de patología (líquido, piel, mucosas, etc.).</li> <li>• Realizar traslados de pacientes (dentro y fuera de la institución).</li> <li>• Dotación de dietas.</li> <li>• Aplicación de Biológicos (vacunas)</li> <li>• Realizar procedimientos invasivos o de alto riesgo específicamente en procedimientos odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, colocación de accesos vasculares).</li> <li>• Manejo de cadáver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brazaletes de identificación.</li> <li>• Tarjeta de identificación.</li> <li>• Documento que forme parte del expediente clínico del paciente.</li> <li>• Carnet.</li> </ul>
	2	Corroborar en medios gráficos que el <b>Nombre Completo y Fecha de Nacimiento</b> coincidan con el tratamiento o procedimiento a realizar.  ¿Los datos corresponden al paciente correcto y procedimiento o tratamiento a otorgar?	
	3	No: Notifica error y regresa a la actividad 1.	
	4	Si: Procede a iniciar procedimiento o tratamiento.	
Jefatura del Servicio, Jefatura de Enfermería y Delegación Administrativa	5	Supervisa el uso de los datos para identificar correctamente a los pacientes en el personal a su cargo.	
	6	Gestiona los insumos referentes a la elaboración de medios gráficos.  <b>TERMINA</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 39

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica
6.3 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica
6.5 Modelo Único de la Evaluación de la Calidad (MUEC), Criterios y Estándares anexo B CUNCEEC.	No aplica
6.6 ACUERDO; que modifica el anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Brazaletes de identificación	No aplica	No aplica	No aplica
7.2 Tarjeta de identificación	No aplica	No aplica	No aplica
7.3 Expediente Clínico	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.4 Carnet	No aplica	No aplica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Brazaletes de identificación:** Pulsera de tela u otro material que rodea la muñeca y en casos especiales el tobillo y que sirve como distintivo fijo reconocible por el personal de salud. El brazaletes contiene los siguientes datos: apellidos completos y nombre (s), fecha de nacimiento, expediente clínico único y servicio.

**8.2 Carnet:** Tarjeta que emite la institución y contiene en la parte frontal nombre completo del paciente, número de Expediente clínico único, edad, fecha de nacimiento y especialidad que solicita el carnet.

**8.3 Cuasifalla:** Falta o error que no ocurrió.



**8.4 Expediente clínico:** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

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

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

**8.7 F.N.:** Siglas que se refieren a Fecha de Nacimiento.

**8.8 Hemocomponente:** Componentes o sustancias derivadas de la sangre, fracciones separadas de una unidad de sangre como son el plasma, albúmina, concentrado de eritrocitos y plaquetas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 41

**8.9 Identificación del paciente:** Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

**8.10 Identificador institucional:** Dato informativo (nombre completo y fecha de nacimiento) que permite confirmar la identidad de una persona.

**8.11 Identificación oficial:** Documento oficial emitido por un organismo oficial que contiene datos únicos de la persona.

**8.12 Identificación verbal:** Proceso mediante el cual el prestador de atención médica corrobora la identidad del paciente preguntando Nombre Completo y Fecha de Nacimiento al paciente o el familiar.

**8.13 Identificación gráfica:** Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos de identificación que pueden ser: identificación oficial, brazalete de identificación, tarjeta de identificación del paciente, Expediente clínico único, carnet, kardex, entre otros.

**8.14 Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente, incluyendo cuasifalla, evento adverso o evento centinela.

**8.15 Momentos críticos:** Son aquellos momentos del proceso de atención médica en donde es frecuente la ocurrencia de eventos adversos o centinela.

**8.16 Medios gráficos:** Son aquellos documentos que forman parte del expediente clínico o medios de identificación como brazalete, tarjeta identificación, gafete, etc.



**8.17 Personal administrativo:** Personal que labora en la institución y desempeña funciones secretariales.

**8.18 Prestador de atención médica:** Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

**8.19 Servicios de atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**8.20 Tarjeta de identificación del paciente:** Medio gráfico que consiste en una tarjeta la cual se coloca en la cabecera del paciente y contiene datos como nombre (s) y apellidos completos, fecha de nacimiento, expediente clínico único, edad, grupo sanguíneo y factor Rh, fecha de ingreso, hora de ingreso, alergias y riesgo de caída.

**8.21 Verificación cruzada:** Procedimiento mediante el cual el prestador de atención identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como ejemplo: verbal y brazalete de identificación o verbal e identificación oficial.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 42

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
	Septiembre 2021	Se modifica en el propósito, políticas de operación, normas, lineamientos, descripción de actividades y anexos; en base al ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. D.O.F. 8/09/17
1	Noviembre 2023	Se modifica en políticas de operación, normas, lineamientos, descripción de actividades y anexos; con base al ACUERDO publicado DOF 16 de junio de 2023; que modifica el anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO



- 10.1 Tarjeta de identificación
- 10.2 Tarjeta de identificación para vitrina o palomera.
- 10.3 Brazaletes de identificación
- 10.4 Listado de momentos críticos para la identificación del paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.		Hoja: 43

### 10.1 Tarjeta de identificación.

	Nombre completo del paciente		
	<b>Fernández Gutiérrez Guadalupe del Rocío</b>		
Servicio	Fecha de nacimiento		
<b>Nefrología</b>	<b>19/09/1978</b>		
Cama	ECU	Edad	Grupo Sanguíneo y RH
<b>10</b>	<b>35471899</b>	<b>44 años</b>	<b>O+</b>
	Fecha de Ingreso		Hora de Ingresos
	<b>18/11/2022</b>		<b>18:50</b>
	Alergias (Especificar)		Riesgo de Caídas





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 44

**“Instructivo para la elaboración y llenado de la tarjeta identificación de paciente”**



La tarjeta de identificación o medio gráfico será elaborada en hoja **tamaño carta**, por personal administrativo con las siguientes características:

Columna 1	
Logo	Logo del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” vigente.
Servicio	Registrar servicio en donde se encuentra físicamente el paciente.
Número de cama	Registrar el número de cama en la que se encuentra el paciente.
Columna 2	
Nombre completo del paciente	Registrar iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del paciente, sin abreviaturas. (el registro deberá iniciar por apellidos)
Fecha de nacimiento	Registra con números arábigos fecha de nacimiento del paciente: día, mes y año. Ejemplo: 19 / 09 / 1978
ECU	Registrar el Expediente Clínico Único 37289329
Edad	Anotar edad del paciente. Ejemplo: 17 años
Grupo sanguíneo y Factor Rh	Registrar grupo sanguíneo y factor Rh (factor Rhesus) si se conoce al momento del ingreso, si se desconoce deberá dejar el espacio en blanco para su registro posterior. O +
Fecha de ingreso	Registra con números arábigos la fecha de ingreso. Ejemplo: 18 / 09 / 2023
Hora de ingreso	Registra con números arábigos la hora de ingreso. Para el Recién Nacido, registrar la hora de Nacimiento. Ejemplo: 18:50
Para los siguientes datos se dejará un espacio de 5cm por 10cm para que el personal de Enfermería coloque la <b>alerta visual correspondiente y/o</b> anotaciones que considere necesarias	
Alergias	Colocar stiker color amarillo cuando se detecte algún tipo de alergia y especificar. Ejemplo: <div style="display: inline-block; background-color: yellow; padding: 2px 10px; border: 1px solid black; margin: 5px;">Penicilina</div> Dejar el cuadro en blanco cuando no exista alergia en el paciente.
Riesgo de caída	Colocar stiker color naranja o rojo según corresponda el riesgo detectado. Ejemplo: <div style="display: inline-block; background-color: orange; padding: 2px 10px; border: 1px solid black; margin: 5px;">Moderado riesgo de caída</div> <div style="display: inline-block; background-color: red; color: white; padding: 2px 10px; border: 1px solid black; margin: 5px;">Alto riesgo de caída</div> Dejar el cuadro en blanco cuando exista bajo riesgo de caída.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 45

**10.2 Tarjeta de identificación para vitrina o palomera.**

		<b>Oftalmología</b>
		
Nombre completo	<b>Pérez Martínez Marisol</b>	
Fecha de nacimiento	<b>23/12/2021</b>	
ECU	<b>3576298</b>	
Cama	<b>4</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 46



### 10.3 Brazaletes de identificación

#### Brazaletes de identificación adulto

<b>Fernández Gutiérrez Guadalupe del Rocío</b>	<b>ECU: 35471899</b>
<b>Fecha de nacimiento: 19/09/1978</b>	
<b>Nefrología</b>	

#### Brazaletes de identificación recién nacido

<b>Aguirre Bucio Jaquelin</b>	<b>F.N: 29/12/2021</b>
<b>Sexo: Masculino vivo</b>	<b>ECU: 2912349</b>
<b>H.N: 21:04</b>	<b>Peso: 1,600 grs</b>
<b>Parto: Eutocico</b>	<b>Talla: 43 cm</b>
	<b>Producto: Único</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	1. Procedimiento para identificar correctamente al paciente.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 47



#### 10.4 Listado de momentos críticos para la identificación del paciente.

Con el propósito de “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 Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se implementa el uso de dos datos: Nombre completo, fecha de nacimiento, para identificar de **manera correcta** al paciente, el **momento oportuno** para hacer uso de estos datos son, haciendo énfasis al menos en los **momentos críticos**:



- Administración de todo tipo de medicamento.
- Infusión de soluciones intravenosas con fin profiláctico, de diagnóstico o tratamiento.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Inicio de la sesión de hemodiálisis.
- Extracción de sangre y otras muestras de análisis clínico
- Realizar estudios de gabinete
- Realización de estudios de patología (líquido, piel, mucosas, etc.)
- Realizar traslados de pacientes (dentro y fuera de la institución).
- Dotación de dietas.
- Aplicación de Biológicos (vacunas).
- Realizar procedimientos invasivos o de alto riesgo específicamente en procedimientos odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, colocación de accesos vasculares).
- Manejo de cadáver (verificar que los datos coincidan en los medios gráficos como aviso de defunción, nota de defunción y otros documentos del expediente clínico, en el caso de defunción de trillizos o gemelos agregar el número consecutivo de nacimiento).

Los siguientes servicios en los que se identificó que se realiza uno o más de los procedimientos descritos, son:

MÉDICOS	QUIRÚRGICOS	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Interna 103</li> <li>• Nefrología</li> <li>• Medicina Interna 108</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Medicina Interna 110</li> <li>• Geriátría</li> <li>• Hematología</li> <li>• Consulta Externa</li> <li>• Urgencias Médico Quirúrgicas</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Endocrinología</li> <li>• Infectología</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Torre Rehabilitación, Audiología y Foniátría, Inmunología y Alergia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorrinolaringología</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Urología</li> <li>• Cirugía Plástica y Reconstructiva</li> <li>• Ortopedia</li> <li>• Oncología</li> <li>• Gineco-obstetricia</li> <li>• Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos</li> <li>• Torre Quirúrgica</li> <li>• Neurología y Neurocirugía</li> <li>• Estomatología</li> <li>• Torre Cardiología, Angiología, Neumología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología e Imagen</li> <li>• Banco de Sangre</li> <li>• Medicina Hiperbárica</li> <li>• Laboratorio Central y periféricos</li> </ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 48

**2. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.		

## 1. PROPÓSITO

1.1 Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al implementar un protocolo estandarizado ante la emisión de indicaciones verbales con la intención de reducir la probabilidad de que ocurran eventos adversos o centinelas.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Coordinación Médica, la cual coordina las actividades para que se actualice el procedimiento, las Direcciones Quirúrgica, Médica, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento supervisan que las Subdirecciones de Área verifiquen su correcta implementación, las Subdirecciones de Área supervisan que se cumplan los lineamientos en los Servicios, la Dirección de Capacitación de Educación y Capacitación en Salud contribuye a su correcta implementación, la Jefatura de Servicio y la Jefatura de Enfermería establecen verifican y reportan el apego al procedimiento, los prestadores de la atención implementan el procedimiento en las área de su competencia.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Todo documento generado y que forme parte del expediente clínico del paciente, se deberá escribir con letra legible, sin tachaduras y sin enmendaduras.

3.2 En el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en ninguna circunstancia se deberán dar, recibir o ejecutar indicaciones vía telefónica para los pacientes del servicio o periféricos.

3.3 En el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se pueden emitir y recibir:

- **Indicaciones verbales** solo *en situación de urgencia*, es decir, en todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.



3.4 Al emitirse una indicación médica en *situación de urgencia*, se deberá realizar el proceso de **Escuchar-Repetir-Confirmar** de la siguiente manera:

- El receptor, deberá **Escuchar** atentamente la indicación médica,
- El receptor, deberá **Repetir** en voz alta la indicación que escuchó,
- El emisor, deberá **Confirmar** que la información que emitió es correcta con la palabra **“si es correcto”**.

3.5 El personal de salud después de atender y estabilizar al paciente:

- El Médico, deberá registrar en la hoja de indicaciones médicas los procedimientos y/o medicamentos indicados durante la urgencia.
- El personal de Enfermería deberá registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería (FRCE) los procedimientos realizados y medicamentos ministrados durante la urgencia.

3.6 Los pacientes periféricos que presenten cambios en el estado clínico, y que estén a cargo de otra especialidad o servicio, será responsabilidad de los prestadores de la atención del servicio, avisar vía telefónica de esta condición al servicio tratante y documentar la llamada.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.		

3.7 Documentar en el expediente clínico la hora y nombre del personal que recibe indicación verbal reporte de la condición de salud del paciente; para el personal de enfermería en el FRCE y para el médico en la hoja de evolución o indicaciones médicas del día.

3.8 Es responsabilidad del personal de Enfermería que durante el traslado de pacientes de un servicio a otro y cambios de turno, comunicar correcta, oportuna y completa: la Situación actual del paciente (S), los Antecedentes (A), la Evaluación (E) y las Recomendaciones (R), (S.A.E.R.), utilizando como guía el Formato de Registros Clínicos de Enfermería:



- Nombre completo y Fecha de nacimiento del paciente.
- Alergias.
- La situación actual (aspectos clínicos relevantes) del paciente
- Motivo y fecha de ingreso.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.
- Líquidos administrados y/o soluciones parenterales.
- Dispositivos invasivos.
- Estado de conciencia, la evolución del paciente y escalas de valoración como son las de riesgo de caídas, úlceras por presión y del dolor, entre otras.
- Presencia de algún incidente, recomendaciones o pendientes para la continuidad de la atención.

3.9 Es responsabilidad del Médico que durante el traslado de pacientes de un servicio a otro y cambios de turno o guardia, comunicar de forma correcta, oportuna y completa la Situación actual del paciente (S), los Antecedentes (A), la Evaluación (E) y las Recomendaciones (R), (S.A.E.R.), utilizando como guía el "Censo Diario de Pacientes" (Ver anexo 10.3) en el cual se consideran los datos mínimos para entrega de guardia:

- Nombre completo y Fecha de nacimiento del paciente.
- La situación actual (aspectos clínicos relevantes) del paciente.
- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación prescrita, incluyendo líquidos y/o soluciones parenterales.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Recomendaciones sobre el plan terapéutico o acciones de diagnóstico que deberán cumplirse o vigilarse, mencionar la presencia de algún incidente o pendiente para la continuidad de la atención.

3.10 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y Jefe de Enfermería:

- Conocer y difundir entre el personal de salud el presente procedimiento.
- Supervisar aleatoriamente al personal de salud el apego al protocolo de **Escuchar, repetir, confirmar** durante las *situaciones de urgencia*.
- Revisar según el ámbito de competencia que la hoja de indicaciones médicas y el Formato de Registros Clínicos de Enfermería, se encuentren debidamente requisitados después de resolver la situación de urgencia presentada con el paciente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 51

3.11 El personal del servicio de Radiología e Imagen, Patología, Laboratorio Central y Periféricos en ninguna circunstancia emitirá resultados de forma verbal y/o vía telefónica.

3.12 Es responsabilidad del médico tratante documentar en el momento de determinar la referencia del paciente a otro establecimiento de atención médica:

- Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente, resumen clínico en donde se establezca el motivo de envío, diagnóstico, procedimientos realizados, resultados de laboratorio o de imagen relevantes y tratamiento. Todas las actividades consecutivas, tendrán apego al procedimiento 1 "Para el traslado definitivo de pacientes" del Manual de los asistentes de la Dirección.

3.13 Es responsabilidad del área médica apearse a las buenas practicas de prescripción médica como se describe en el procedimiento AESP.3 "Para la seguridad en el proceso de medicación".


3.14 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería apearse al "Procedimiento 11 para la prealta y el egreso hospitalario" de la Dirección de Coordinación Médica.

3.15 En caso de presentarse algún Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente, el prestador de atención médica deberá realizar la notificación y enviarla al Departamento de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica con apego al procedimiento para el reporte y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) del Manual Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.

3.16 Es responsabilidad del personal de salud, promover una cultura de seguridad del paciente informando al Jefe Inmediato cuando se presenten problemas, riesgos, cuasifallas eventos adversos y/o eventos centinela durante a la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.

3.17 Todo el personal del Hospital de General de México "Dr. Eduardo Liceaga", en sus diferentes niveles jerárquicos deberán conducirse bajo el código de ética específicamente en sus principios institucionales y valores. De no dar cumplimiento al precepto anterior incurran en actos de corrupción, abusos y fraudes serán acreedores a sanciones determinadas por la normativa aplicable vigente.



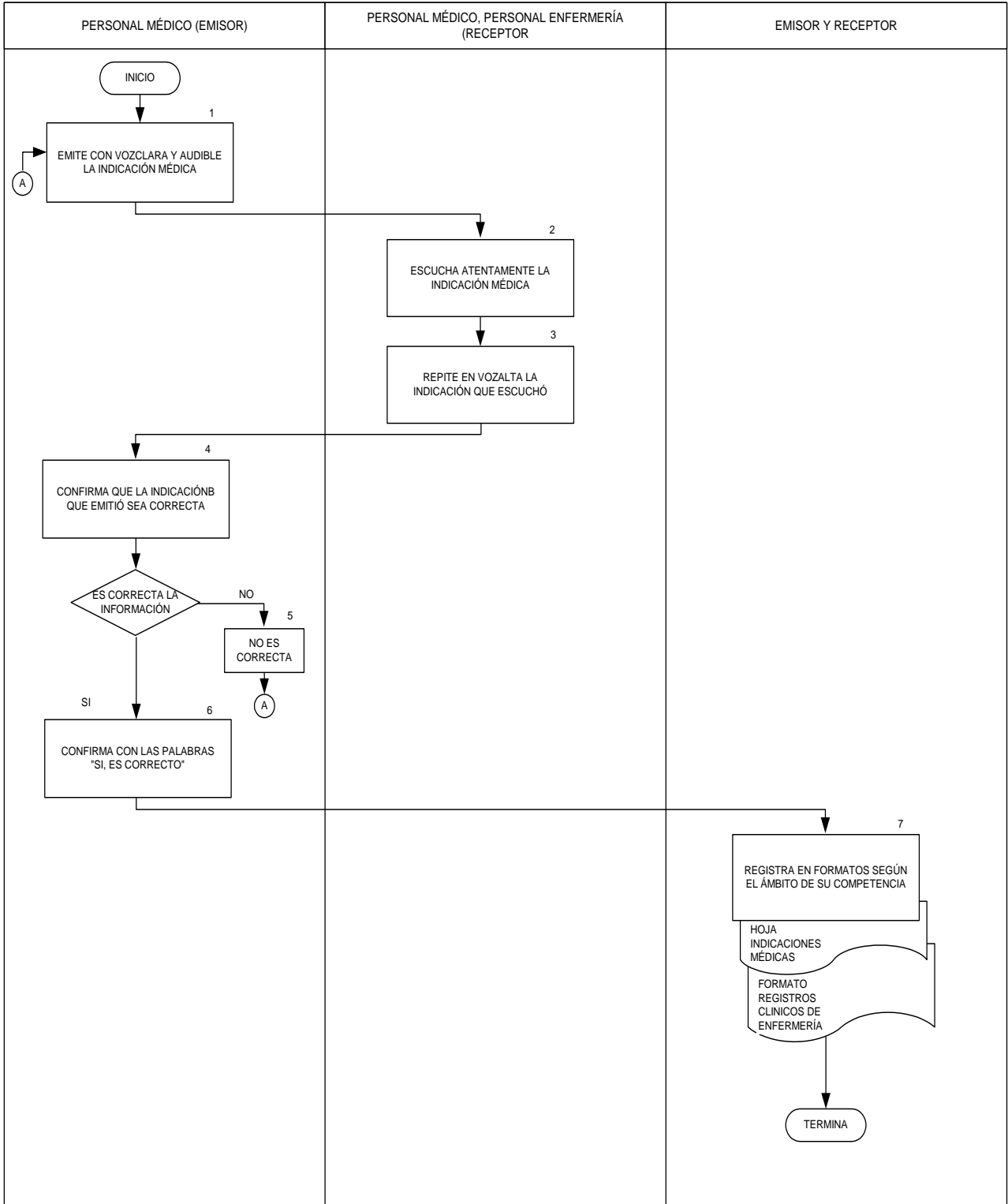
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.



Hoja: 52

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico (emisor)	1	Emite con voz clara y audible la indicación médica.	
Personal Médico, Personal de Enfermería (Receptor)	2	Escucha atentamente la indicación médica.	
	3	Repite en voz alta la indicación que escuchó	
Personal Médico (emisor)	4	Confirma que la información que emitió sea correcta.	
		¿Es correcta la información?	
	5	No: Regresa a la actividad 1.	
	6	Si: Confirma con las palabras "Sí, es correcto".	
Emisor y Receptor	7	Después de atender y estabilizar al paciente, Registrar en la hoja de indicaciones médicas, Formato de Registros Clínicos de Enfermería, según el ámbito de su competencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de indicaciones médicas</li> <li>• Formato de Registros Clínicos de Enfermería</li> </ul>
		<b>TERMINA</b>	

**5. DIAGRAMA DE FLUJJO**



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No Aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No Aplica
6.5 Modelo Único de la Evaluación de la Calidad (MUEC), Criterios y Estándares anexo B CUNCEEC.	No aplica
6.6 ACUERDO; que modifica el anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería	5 años	Archivo Clínico	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Comunicación efectiva:** Es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe y el prestador de atención médica que la emite.

**8.2 Emisor:** Persona que emite un mensaje en un acto de comunicación.

**8.3 Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otros sucesos desfavorables que ocurren directamente asociados con la prestación de atención, que no están previstos durante la misma.



**8.4 Evento Centinela:** Cualquier incidente de seguridad del paciente que tiene como resultado un daño permanente en uno o más pacientes.

**8.5 Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud (médicos y otros profesionales de la salud) deberá hacer los registros y anotaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

**8.6 Formato de Registros Clínicos de Enfermería:** Es un documento ético-legal que refleja la función de enfermería en el cuidado, pues recaba la información sobre el estado de salud del paciente durante su estancia hospitalaria, en las diferentes áreas de la Institución (Unidades de Cuidados Intensivos, Quirófanos, Áreas de Urgencias, Hospitalización, etc.).

**8.7 Hoja de indicaciones médicas:** Formato donde realiza la prescripción del medicamento por el médico autorizado. Por ser parte importante del expediente clínico, se anexa en el contenido de este.

**8.8 Identificación del paciente:** Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención médica.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.		

**8.9 Identificador institucional:** Datos (Nombre Completo y Fecha de Nacimiento) que permite confirmar la identidad de una persona a la que se presta atención médica.

**8.10 Indicación verbal:** Es aquella comunicación en que se expresa con palabras para la interacción entre los seres humanos, el lenguaje propiamente dicho, expresado de manera hablada.

**8.11 Paciente:** Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

**8.12 Paciente periférico:** Persona que ingresa a un servicio de forma temporal para recibir atención médica por falta de espacio disponible (cama censable) en el servicio tratante.

**8.13 Personal de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:** Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de apoyo a la atención médica, como: laboratorios de análisis clínicos, radiología, anatomía patológica, electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopia, radioterapia e isótopos radiactivos, medicina física, fisioterapia y rehabilitación.

**8.14 Receptor:** En el proceso de comunicación, se refiere a quién va dirigido el mensaje, el que recibe o quien lo interpreta.

**8.15 Seguridad del paciente:** Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.



**8.16 S.A.E.R.:** Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación.

**8.17 Situación de urgencia:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata

**8.18 Urgencia:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.



## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Febrero 2020	Se modifica en el propósito, políticas de operación, normas, lineamientos, descripción de actividades y anexos; con base en el ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. D.O.F. 8/09/17.
1	Diciembre 2023	Se modifica en su totalidad en todos sus apartados: Título, Propósito, Alcance, Políticas y normas de operación, Descripción de actividades, Diagrama de Flujo.  Se actualiza el Glosario de términos.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.	<b>DR. EDUARDO LICEAGA</b>	Hoja: 56

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja de indicaciones médicas.
- 10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería.
- 10.3 Formato de Censo Diario de Pacientes.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	2. Procedimiento para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.		Hoja: 57

### 10.1 Hoja de indicaciones médicas.

	<b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"</b> DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 08 015 0005 INDICACIONES MÉDICAS (Hoja del Médico)	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
Servicio: _____ Cama: _____ Folio: _____ Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ Nombre: _____ Fecha de ingreso: _____ Sexo: _____ Alergia: _____ Fecha de Nac. _____ ECU: _____ Edad: _____ Fecha y hora: _____ Diagnóstico: _____		
<b>1) Dieta:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		
<b>2) Esquema de soluciones: (tipo de solución, volumen, tiempo a pasar, vía)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		
<b>3) Medicamentos solicitados a la farmacia:</b> (Nombre genérico, dosis, vía, frecuencia, día de tratamiento) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
<b>4) Medidas generales y cuidados de enfermería:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
<small>Elaboró</small> Nombre completo, firma, cédula profesional y Universidad	<small>Médico Tratante</small> Nombre completo, firma, cédula profesional y Universidad	<small>Revisión de Indicación Médica (DrE, Responsable)</small> Nombre completo, Fecha y Hora, Firma
Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06726 México, CDMX. Tel. 27892000		



















 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL</b> <i>de MÉXICO</i>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 63

### 3. PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 64

## 1. PROPÓSITO

1.1 Describir las acciones durante el proceso de medicación para establecer barreras de seguridad con el fin de disminuir riesgos y problemas durante el manejo de los medicamentos, así como prevenir eventos adversos y eventos centinela.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Coordinación Médica coordina las actividades para la prescripción, preparación y ministración de medicamentos a pacientes, la Subdirección de Almacenes proporciona los medicamentos, la Dirección Médica, la Dirección Quirúrgica y la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento coordinan las intervenciones relacionadas al resguardo, preparación y ministración de medicamentos por parte del Personal Médico así como la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas al resguardo, preparación y ministración de medicamentos por el Personal de Enfermería.

2.2 A nivel externo: No aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección de Coordinación Médica es responsable de coordinar las actividades a realizar, así como llevar a cabo la actualización del procedimiento cuando así se requiera.

3.2 La Dirección Médica, la Dirección Quirúrgica y la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento son responsables de:



- Difundir el procedimiento a los Jefes Médicos de los diferentes Servicios a su cargo.
- Coordinar las actividades relacionadas a la prescripción, transcripción, resguardo, preparación, ministración y control de medicamentos por parte del personal Médico y de Anestesia.

3.3 La Subdirección de Enfermería es responsable de coordinar las actividades para el resguardo, transcripción, preparación, ministración y control de los medicamentos por parte del personal de Enfermería.

3.4 Para el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" son considerados medicamentos de alto riesgo: Electrolitos concentrados, Citóxicos, Radiofármacos, Insulinas y Anticoagulantes por vía parenteral. (Anexo 10.1)

3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Almacenes:

- Almacenar los medicamentos en un lugar seguro y con las condiciones necesarias para mantener su estabilidad, así como llevar un control de lotes y fechas de caducidad de todos los medicamentos a su cargo.
- Realizar las acciones necesarias para la inactivación y destino final de los medicamentos que no son utilizados.
- Distribuir los medicamentos en tiempo y forma con base a la prescripción médica.
- Llevar el control de todos los medicamentos e insumos que ingresan al establecimiento en apego a la normatividad vigente.
- Fortalecer su sistema de uso de primeras caducidades primeras salidas y posteriormente primeras entradas primeras salidas y queda prohibido distribuir medicamentos con fecha de caducidad vencida.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 65



- Distribuir los electrolitos concentrados con la etiqueta del color que corresponde, de acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios. (Anexo 10.3)
  - Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
  - Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
  - Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
  - Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
  - Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
  - Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- Distribuir los medicamentos de alto riesgo: electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, insulinas y anticoagulantes por vía parenteral, etiquetados con alerta visual de color rojo y la leyenda “alto riesgo”.
- Distribuir los medicamentos de aspecto o nombre parecido (LASA, por sus siglas en inglés Look-Alike-Sound-Alike) con alerta visual de color azul y la leyenda “LASA”.
- Actualizar el catálogo de medicamentos con etiquetas LASA, Medicamentos de alto riesgo y medicamentos multidosis cada vez que se requiera en coordinación con las áreas que participan en el Sistema de Medicación. (Anexo 10.2).
- Determinar en coordinación con las áreas que participan en el Sistema de medicación el listado de medicamentos multidosis (Anexo 10.4)

3.6 Es responsabilidad de la Jefatura de Servicio en coordinación con la Jefatura de Enfermería, solicitar por escrito a la Coordinación Médica, la autorización de stock de medicamentos (incluido el stock de medicamentos de alto riesgo) para la atención inmediata del paciente en los diferentes turnos, incluyendo días festivos y fines de semana, verificando que se resguarden en el lugar destinado para ello y solicitando su reposición por paciente.

3.7 Es responsabilidad del personal Médico llevar a cabo la prescripción de los medicamentos tomando en cuenta las siguientes acotaciones:

- La prescripción médica en las indicaciones médicas debe de ser clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.
- La prescripción médica debe de contener los siguientes datos: Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente; Nombre genérico del medicamento, dosis, presentación, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento, así como nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa del médico que prescribe y la fecha de elaboración.
- Para las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT) deberá de contar por lo menos con los siguientes datos: Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento; peso del paciente, número de ECU, Servicio que lo solicita, fecha y hora de solicitud, componente de la mezcla, glucosa kilo minuto, concentración de la mezcla, calorías totales, kilocalorías, así como el nombre completo, firma y cédula profesional del médico que la solicita.
- Para los medicamentos de alto riesgo, el nombre del medicamento deberá de estar registrado con letras mayúsculas, y para medicamentos LASA el nombre deberá de estar subrayado. En caso de que el medicamento sea de alto riesgo y también se considere como medicamento LASA, se deberán de utilizar ambas barreras de seguridad.
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 66

terminación “-ol” se tiene que mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números “01”.

- Registrar, cuando la dosis es un número entero, nunca tiene que escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. (ej. correcto 0.50, incorrecto .50).
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre tiene que utilizar “comas” (,) para separar los millares, o utilizar las palabras “Mil” o “1 millón”. (ej. correcto 1,000, incorrecto 1000).
- Nunca tiene que abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, intravenoso, intramuscular, más, durante y por.



3.8 El personal de salud que realice la transcripción de medicamentos a otros documentos deberá de hacerlo sin modificar la prescripción original, conservando las barreras de seguridad de la prescripción médica. En caso de duda deberá de aclararlo y validar con el médico tratante.

3.9 Es responsabilidad de la Jefatura del Servicio, Jefatura de Enfermeras y Jefatura del Servicio de Anestesia, cumplir con las siguientes barreras de seguridad para el resguardo de medicamentos, de acuerdo con su función:

- Supervisar que el resguardo de los medicamentos se realice en un lugar seguro bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto, permitiendo el acceso únicamente a personal autorizado a fin de evitar el riesgo de abuso, robo o extravío.
- Supervisar que las soluciones para diluir medicamentos se resguarden y clasifiquen de acuerdo con su composición, etiquetas o alertas visuales, evitando el riesgo de confusión.
- Colocar en un lugar visible el código de colores que corresponde al etiquetado de medicamentos de alto riesgo.
- Contar con el listado de medicamentos LASA en el área de resguardo de medicamentos.
- Mantener la cantidad de electrolitos concentrados que se resguardan en el carro de reanimación cardiopulmonar “carro rojo”, en condiciones adecuadas para su uso.
- Supervisar que los medicamentos de alto riesgo que se utilizarán para cada paciente hospitalizado se coloquen en un lugar seguro, separado del resto de medicamentos para 24 horas.
- Etiquetar los contenedores de viales de potasio, con una alerta visual fluorescente, que indique “debe ser diluido”.
- Establecer los controles necesarios (bitácora) para mantener el stock de medicamentos de alto riesgo.
- Devolver diariamente a la Delegación Administrativa los medicamentos caducos, rotos, deteriorados, en mal estado, obsoletos, ilegibilidad de la etiqueta de identificación del medicamento, así como los medicamentos que no fueron utilizados con el paciente, utilizando el “Formato para devolución de medicamentos al área administrativa”.
- Notificar al Centro Institucional de Farmacovigilancia, aquellos medicamentos parenterales (ampolletas o frascos) que presenten sedimentos, cambio de color u otra alteración.
- Supervisar que se realice la devolución al familiar, de medicamentos que el paciente trae consigo

3.10 Es responsabilidad del personal de Enfermería y el personal Médico cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el resguardo de medicamentos:

- Recibir los medicamentos que entregue el personal de la Farmacia y/o personal Administrativo, cotejando con lo solicitado y verificando que preserven su esterilidad, notificando cualquier sospecha de riesgo de contaminación del medicamento.
- Colocar los medicamentos en los lugares destinados para ello conservando su estabilidad.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		

- Resguardar los medicamentos que el paciente trae consigo (sólo los que van a ser utilizados como parte del tratamiento) conservándolos en su empaque original; registrarlos en bitácora de medicamentos que el paciente trae consigo y etiquetarlos con nombre del paciente y fecha de nacimiento y en color rojo la fecha de caducidad. Los medicamentos que el paciente trae consigo se entregarán a su egreso.
- Mantener la cadena de frío en todo momento, en los medicamentos que así lo requieran.
- El personal de Enfermería es responsable del resguardo del stock de medicamentos de alto riesgo, así como los que se encuentran en el carro rojo.



3.11 Es responsabilidad del Jefe Médico, Jefe de Enfermeras y Jefe del Servicio de Anestesia o a quien delegue implementar las siguientes barreras de seguridad durante la preparación y administración de medicamentos:

- Supervisar que sólo el personal calificado y capacitado prepare y ministre los medicamentos o en su caso, supervisar que el personal en formación lo realice bajo observación directa del personal de Enfermería y personal Médico responsable del paciente.
- Retroalimentar al personal en el momento que se identifican fallas en la preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo.
- Supervisar que se realice la “doble verificación” durante la preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo.

3.12 Es responsabilidad del personal de Enfermería y personal Médico, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos:

- Preparar los medicamentos en el área destinada para garantizar un entorno higiénico y seguro con el equipo y suministros adecuados. Para los medicamentos que requieren un ambiente estéril se utilizará equipo de protección personal.
- Realizar desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos con hipoclorito de sodio (en presentación al 6%) a la siguiente dilución, 83ml x cada litro de agua.
- Utilizar solución para diluir medicamentos, preferentemente en presentaciones de 50ml o 100ml. Indicar la fecha de apertura y finalidad: “uso exclusivo para dilución de medicamentos”, desechar el sobrante al terminar el turno.
- Realizar “doble verificación durante” la preparación de medicamentos de alto riesgo, de anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales. (siempre y cuando se cuente con otro recurso humano de Enfermería o Médico para realizar esta actividad). La doble verificación consiste en que, mientras una persona realiza la preparación o ministración de medicamentos de alto riesgo, anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales (incluye soluciones parenterales a infundir con prescripción de estos medicamentos) una segunda persona verifica de manera verbal y visual que se cumpla
- Identificar y tener precauciones especiales en el manejo y preparación de los medicamentos con nombre o aspecto parecido (LASA) para disminuir el riesgo de preparación de medicamento incorrecto, los cuales se encuentran identificados por una etiqueta de color azul con la palabra LASA.
- El personal de Enfermería deberá de etiquetar los medicamentos y soluciones, inmediatamente después de prepararse, con: nombre del medicamento, dosis, concentración (si corresponde) vía, dilución (si corresponde) y fecha/hora de preparación y de caducidad (si corresponde). Sólo en casos de urgencia donde el medicamento se prepara y se ministra de forma inmediata se puede omitir el etiquetado de este.
- El personal Médico Anestesiólogo deberá de etiquetar las jeringas con el nombre del medicamento después de su preparación.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 68

- Colocar alerta visual (etiqueta roja, en la parte superior derecha) en el caso de soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo.
- No preparar ni administrar medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- Preparar medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, con técnica aséptica, verificando por cada medicamento: Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), nombre del medicamento, dosis, concentración (si corresponde), vía de administración, dilución (si corresponde) fecha/hora de preparación y caducidad.
- Evitar el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.
- En el caso de medicamentos multidosis (ver listado en anexos) se deberán de etiquetar con fecha y hora de apertura y fecha y hora de caducidad.



3.13 En el Servicio de Pediatría y en la Unidad de Neonatología se podrán utilizar los medicamentos como “medicamentos fraccionados”, esto es, que un medicamento se puede utilizar en varios pacientes (por la cantidad de miligramos prescritos) y si hay un sobrante se desechara, por turno, según corresponda.

3.14 Es responsabilidad del personal Médico cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la administración de medicamentos:

- Llevar a cabo la identificación del paciente, corroborando nombre completo y fecha de nacimiento.
- Verificar antes de iniciar la administración de medicamentos, los 6 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario correcto y fecha de caducidad) y en medicamentos parenterales los 7 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario y frecuencia de administración; fecha de caducidad y velocidad de infusión).
- Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico).
- Realizar “doble verificación” durante la administración de medicamentos de alto riesgo, anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales
- Registrar en el Expediente Clínico, los medicamentos inmediatamente después de su administración.
- En caso de que se omita la administración de un medicamento, se deberá registrar en el Expediente Clínico las causas de la omisión.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales se deberá de desechar el sobrante o remanente, conforme lo dicta el proceso institucional, con la finalidad de evitar su reutilización. (Anexo10.5)

3.15 Es responsabilidad del personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la administración de medicamentos:

- Llevar a cabo la identificación del paciente, corroborando nombre completo y fecha de nacimiento.
- Verificar antes de iniciar la administración de medicamentos, los 6 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario y fecha de caducidad) y en medicamentos parenterales los 7 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario y frecuencia de administración; fecha de caducidad y velocidad de infusión).
- Colocar en la tarjeta de identificación y en el brazalete del paciente, la alerta visual amarilla “alergia” y especificar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el tipo de medicamento, sustancia o alimento alérgico.
- Realizar “doble verificación durante” la administración de medicamentos de alto riesgo y anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales. Registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería en el apartado de Plan Terapéutico, con “tinta roja”, el nombre genérico del

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 69

medicamento de alto riesgo prescrito, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo con la prescripción médica vigente.

- En caso de que se omita la ministración de un medicamento prescrito, se deberá registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería, las causas de la omisión.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales se deberá de desechar el sobrante o remanente, conforme lo dicta el proceso institucional, con la finalidad de evitar su reutilización (Anexo 10.5)


3.16 El personal Médico y de Enfermería tendrán el compromiso de notificar incidentes relacionados a la seguridad del paciente y los errores de medicación, en los Formatos Institucionales vigentes.

3.17 Es responsabilidad de la Delegación Administrativa:

- Programar, supervisar y documentar la limpieza exhaustiva de las áreas donde se resguardan y preparan los medicamentos.
- Supervisar la limpieza y desinfección rutinaria de las áreas de resguardo: vitrinas, refrigeradores para resguardo de medicamentos, carro de RCP y del área de preparación de medicamentos.
- Supervisar la limpieza y desinfección diaria de los contenedores para traslado de medicamentos de la Farmacia al Servicio.

3. 18 Es responsabilidad del personal Afanador:


- Realizar la limpieza rutinaria y exhaustiva de las áreas de resguardo y preparación de medicamentos: vitrinas, exhaustivo del carro de RCP (bajo programación y en coordinación con el personal de Enfermería), refrigeradores para resguardo de medicamentos (bajo programación y en coordinación con el personal de Enfermería), así como por turno, del área de preparación de medicamentos.
- Limpiar y desinfectar diariamente los contenedores para traslado de medicamentos de la Farmacia al Servicio.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.

Hoja: 70

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

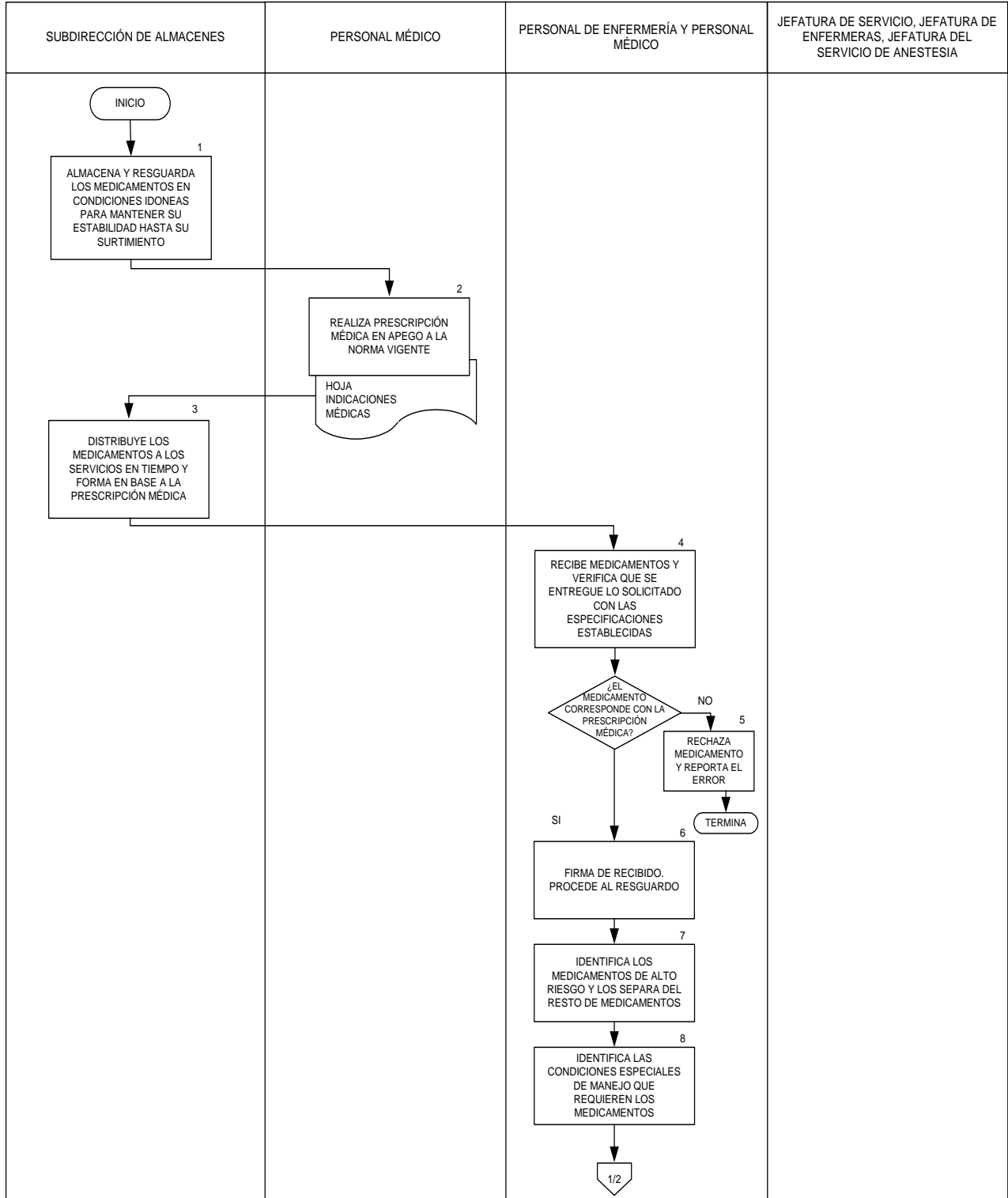
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Almacenes	1	Almacena y resguarda los medicamentos en las condiciones idóneas para mantener su estabilidad hasta su surtimiento a los Servicios Médicos.	
Personal médico	2	Realiza prescripción médica en apego a la normativa vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de indicaciones médicas.</li> </ul>
Subdirección de Almacenes	3	Distribuye los medicamentos a los Servicios en tiempo y forma en base a la prescripción médica.	
Personal de Enfermería y Personal Médico	4	Recibe medicamentos y verifica que se entregue lo solicitado con las especificaciones establecidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta Médica</li> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Formato de Registros Clínicos de Enfermería</li> </ul>
		¿El medicamento solicitado corresponde con la prescripción médica vigente?	
	5	No: Rechaza el medicamento y reporta el error de medicación; cuando el nombre, dosis y/o presentación del medicamento surtido no corresponda a la prescripción médica, o cuando se surta un medicamento por otro y termina procedimiento.	
	6	Si: Firma de recibido. Procede al resguardo.	
	7	Identifica los medicamentos de alto riesgo y los separa del resto de medicamentos.	
	8	Identifica las condiciones especiales de manejo (red fría y/o fotosensible) que requieren los medicamentos.	
	9	Realiza desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos conforme a la normativa y realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo con la técnica institucional establecida.	
	10	Coloca cubrebocas en boca y nariz y realiza nuevamente higiene de manos con agua y jabón de acuerdo con la técnica institucional establecida.	
	11	Procede a preparar el medicamento de acuerdo con la prescripción médica vigente.	
	12	Solicita apoyo a otra Enfermera o Médico para realizar la doble verificación durante la preparación del medicamento de alto riesgo.	



	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.

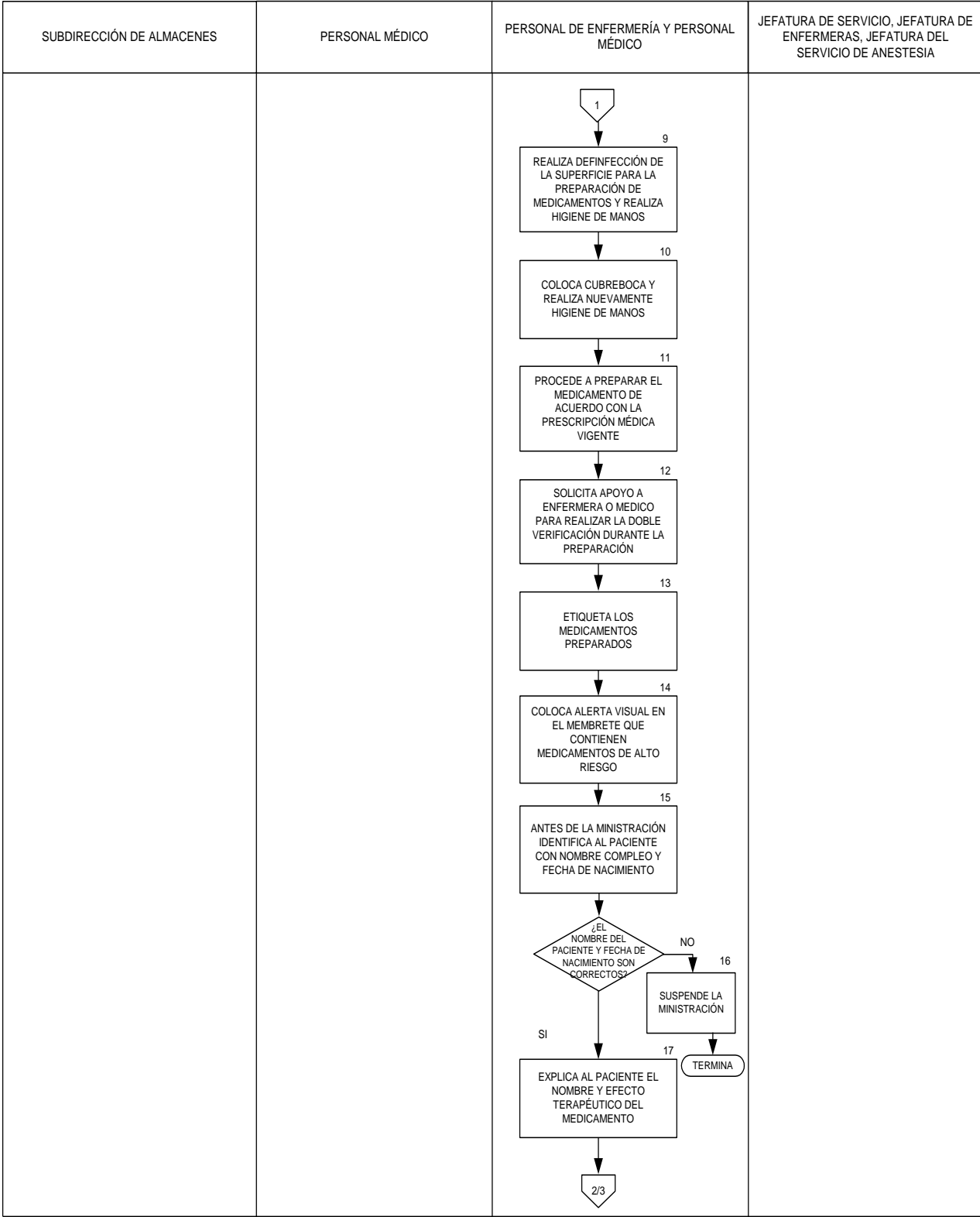
Hoja: 71

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería y Personal Médico	13	Etiqueta los medicamentos preparados con: nombre completo del paciente y fecha de nacimiento del paciente, nombre del medicamento, dosis, vía, hora de ministración y fecha de caducidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Formato de Registros Clínicos de Enfermería</li> <li>• Hoja de anestesiología</li> </ul>
	14	Coloca alerta visual (etiqueta roja) en el membrete de las soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo	
	15	Antes de la ministración, identifica al paciente con nombre completo y fecha de nacimiento.  ¿El nombre del paciente y fecha de nacimiento son correctos?	
	16	No: Suspende la ministración y termina procedimiento.	
	17	Si: Explica al paciente el nombre y efecto terapéutico del medicamento.	
	18	Solicita a otra Enfermera, Médico o Anestesiólogo realizar la doble verificación durante la ministración del medicamento de alto riesgo.	
	19	Ministra los medicamentos conforme a las técnicas respetando los principios de técnica aséptica.	
	20	Registra en expediente clínico, Hoja de Anestesiología o en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería en el apartado del "Plan Terapéutico", el nombre genérico del medicamento de alto riesgo ministrado, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo con la prescripción médica vigente.	
Jefatura de Servicio, Jefatura de Enfermeras Jefatura del Servicio de Anestesia	21	Supervisa actividades del personal a su cargo  <b>TERMINA</b>	

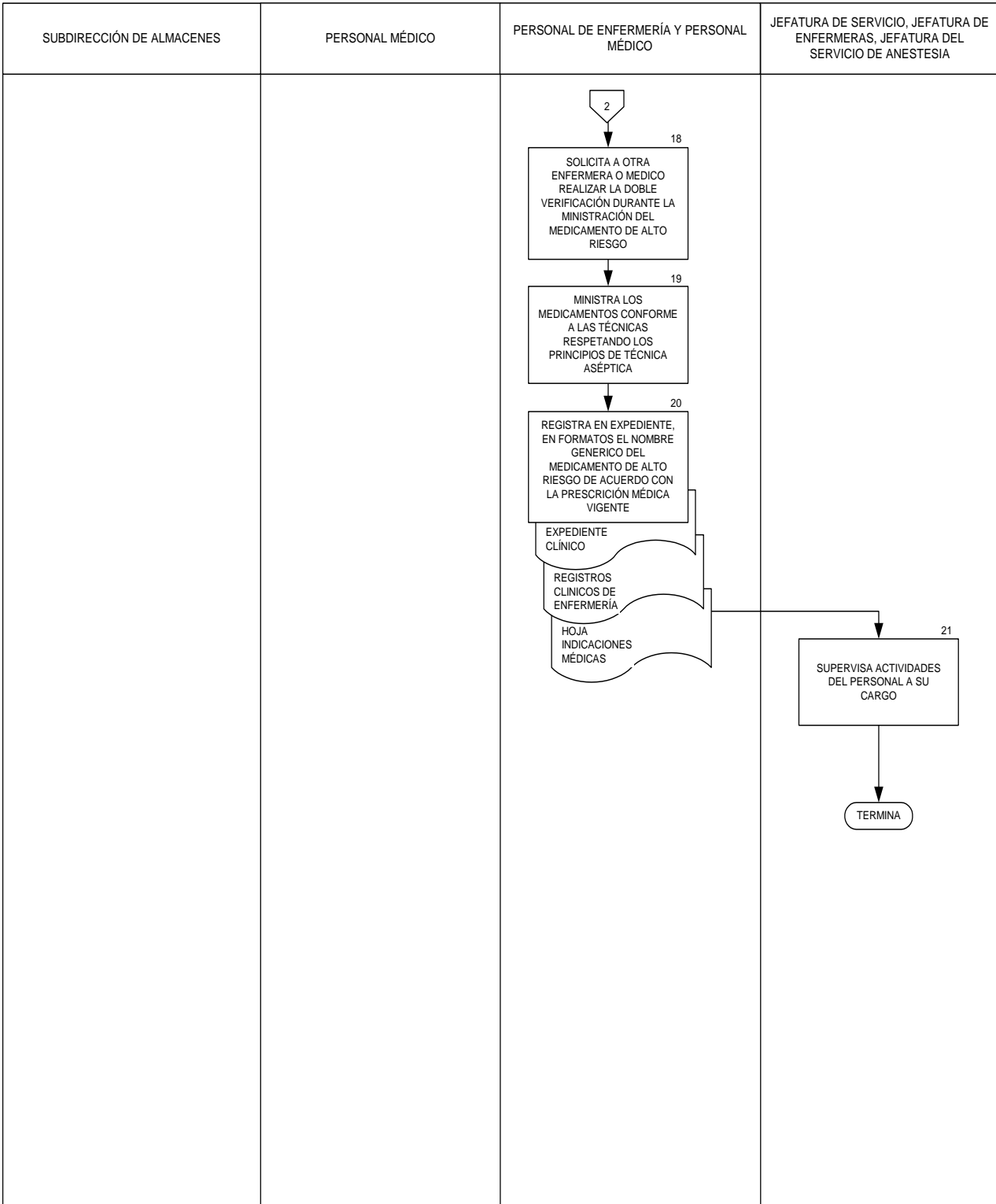
### 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 73



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 74



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 75

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No aplica.
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No aplica.
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.	No aplica.
6.4 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica.
6.5 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No aplica.
6.6 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.	No Aplica.

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico.	5 años.	Archivo General.	No aplica.
7.2 Registros Clínicos de Enfermería.	5 años.	Archivo Clínico.	No aplica.
7.3 Receta Médica	5 año.	No aplica	No aplica.

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Alerta visual** Mecanismo o dispositivo que activa una señal visual preventiva para iniciar la aplicación de un protocolo de seguridad para el paciente.

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

**8.3 Caducidad:** Es la fecha hasta la que se garantiza la estabilidad del medicamento.



**8.4 Cuasifalla.** Situación con capacidad de producir daño que no ocurre y no alcanza al paciente, debido a que fue evitada por casualidad o por una intervención oportuna.

**8.5 Desinfección:** Es la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias, o partes en que pueden ser nocivos, por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos.

**8.6 Doble verificación.** Barrera de seguridad con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación. 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.

**8.7 Error de medicación.** Cualquier acontecimiento prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a la utilización inapropiada de los medicamentos y vacunas, cuando éstos están bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación (distintiva o genérica), preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 76

**8.8 Evento adverso.** Lesión causada durante el proceso de atención o por una complicación, no por la enfermedad y que da lugar a una hospitalización prolongada, una discapacidad en el momento del alta médica o a ambas cosas.

**8.9 Expediente clínico.** Informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

**8.10 Fotosensible.** Son aquellos medicamentos que se degradan rápidamente en presencia de luz. Por este motivo se acondicionan en envases opacos.

**8.11 Medicamento.** Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.

A toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos).

**8.12 Medicamentos de alto riesgo.** Son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

**8.13 Medicamento fraccionado:** Es aquel medicamento que se utiliza en el Servicio de Pediatría y en la Unidad de Neonatología y que por la cantidad de miligramos que se prescribe, se puede utilizar en más pacientes durante solamente un turno.



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

**8.15 Ministración.** Actividad de Enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos.

**8.16 Paciente.** Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de la JCI, el paciente y su familia son considerados una sola unidad de atención.

**8.17 Personal calificado.** Una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

**8.18 Preparación de medicamentos.** Proceso que realiza el personal de Enfermería para obtener y proporcionar la dosis exacta de fármaco a través de técnica específica, para garantizar la esterilidad de las soluciones o medicamentos a ministrar.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 77

**8.19 Red fría.** Se define como cadena o red fría a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante desde la fabricación hasta su ministración.

#### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2024	Cambia de nombre el procedimiento, antes era "Procedimiento para el Resguardo, Preparación y Ministración de Medicamentos de Alto Riesgo. Se modificó todo el procedimiento.

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO



10.1 Listado de medicamentos de alto riesgo.

10.2 Listado de medicamentos LASA.

10.3 Código de colores para electrolitos concentrados.



10.4 Listado de medicamentos Multidosis.

10.5 Proceso para el desecho de sobrantes o remanentes de anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		DR. EDUARDO LICEAGA



### 10.1 Listado de medicamentos de alto riesgo.







1. Atezolizumab 1200mg/20ml, Solución inyectable
2. Azacitidina 100 mg, Solución inyectable
3. Bicarbonato de sodio. 44.5 mEq 7.5% 50 ml, Solución inyectable
4. Bicarbonato de sodio. 7.5% 10ml, Solución inyectable
5. Bleomicina 15 UI Frasco con polvo liofilizado, Solución inyectable
6. Capecitabina, 500 mg, Tableta
7. Cetuximab 5mg/ml, Solución inyectable
8. Cetuximab 100mg/20ml, Solución inyectable
9. Cloruro de potasio 1.49g/ 10 ml, Solución inyectable
10. Cloruro de sodio 17.7%/10 ml, Solución inyectable
11. Dexrazoxano 500 mg, Solución inyectable
12. Docetaxel 80 mg, Solución inyectable
13. Docetaxel 80mg/4ml, Solución inyectable
14. Doxorubicina 2mg/ml, Solución inyectable
15. Doxorubicina Liposomal, 20 mg, Solución inyectable
16. Durvalumab 500mg/10ml, Solución Inyectable
17. Enoxaparina sódica. 60 mg/0.6 ml, Solución inyectable
18. Enoxaparina sódica. 20 mg/0.2 ml, Solución inyectable
19. Enoxaparina sódica. 40 mg/0.4ml, Solución inyectable
20. Fosfato de potasio 20 mEq / 10 ml, Solución inyectable
21. Gluconato de calcio. 10%, Solución inyectable
22. Heparina 10, 000 UI/ 10 ml, Solución inyectable.
23. Heparina 5000 UI/ml, Solución inyectable.
24. Insulina humana acción intermedia 100 UI/ml
25. Insulina humana regular 100 UI/ml, Solución inyectable
26. Ipilimumab 50mg/10ml, Solución inyectable
27. Irinotecan 100mg/5ml, Solución inyectable
28. Lapatinib 250mg, Tableta
29. L-Asparaginasa 10,000 UI, Solución inyectable
30. Mercaptopurina 50 mg, Tableta
31. Metotrexato 2.5 mg, Tableta.
32. Nivolumab 100mg/10ml, Solución inyectable
33. Nivolumab 40mg/4ml, Solución inyectable
34. Olaparib 150 mg, tabletas
35. Oxaliplatino 100 mg/20ml, Solución inyectable
36. Panitumumab 100mg/5ml, Solución inyectable
37. Pembrolizumab 100mg/4ml, Solución inyectable
38. Pertuzumab 420mg / 14ml, Solución Inyectable
39. Rituximab 500mg/50 ml, Solución inyectable
40. Rituximab 100mg/100 ml, Solución inyectable
41. Ruxolitinib 20 mg, tabletas
42. Sulfato de magnesio. 1 g/ 10 ml, Solución inyectable
43. Trastuzumab 440mg, Solución inyectable
44. Trastuzumab Emtansina 160mg, Solución inyectable
45. Trastuzumab 600mg, Solución inyectable
46. Temozolomida 100 mg, Cápsula
47. Vinorelbina 20 mg, Cápsula
48. Vinorelbina, 10 mg/ 1 ml, Solución inyectable



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 79





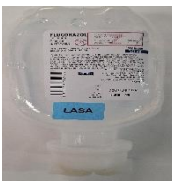

### 10.2 Listado de medicamentos LASA.



Clave	Descripción	Forma Farmacéutica	Clasificación Grupo Terapéutico	Imagen	Etiqueta LASA
010.000.2814.00	Hipromelosa 5 mg/mL, 0.5% Envase con 15 mL.	Solución oftálmica	Oftalmológicos		Apariencia
010.000.4407.00	Tetracaína 5.0 mg/mL	Solución oftálmica	Anestésico local		Apariencia
010.000.2822.00	Cloranfenicol 5 mg/g	Ungüento oftálmico	Anfenicoles		Apariencia
010.000.2189.01	Tobramicina 3mg / 1ml	Solución oftálmica	Aminoglucósido		Apariencia
010.000.0626.01	Fitomenadiona 10 mg / 1 mL	Solución inyectable	antihemorrágico		Apariencia
010.000.1732.01	Fitomenadiona 2 mg / 0.2 mL	Solución inyectable	antihemorrágico		Apariencia




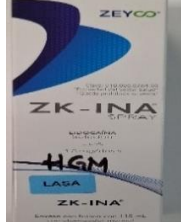

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 80

010.000.4245.02	Eptacog Alfa 2mg (100 KUI)	Solución Inyectable	Antihemorrágico		Apariencia
010.000.5850.00	Octocog Alfa 250 IU	Solución inyectable	antihemorrágico		Fonética
010.000.0621.00	Heparina 10, 000 UI/ 10 mL.	Solución inyectable	Antitrombótico		Apariencia
010.000.0622.00	Heparina 5,000 UI/mL.	Solución inyectable	Antitrombótico		Apariencia
010.000.0474.00	Hidrocortisona 100 mg. Frasco con polvo liofilizado	Solución inyectable	Corticosteroide		Apariencia Fonética
010.000.0476.00	Metilprednisolona 500mg	Solución inyectable	Corticosteroide		Apariencia Fonética



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 81







010.000.3433.00	Acetato de metilprednisolona 40 mg/ 1 mL	Suspensión inyectable	Corticosteroide		Apariencia Fonética
010.000.3626.00	Cloruro de sodio 0.9 %. Envase con 50 mL.	Solución inyectable	Solución electrolítica		Apariencia
010.000.3627.00	Cloruro de sodio 0.9 %. Envase con 100 mL.	Solución inyectable	Solución electrolítica		Apariencia
010.000.3607.00	Glucosa al 50 % Envase con 50 mL.	Solución inyectable	Solución electrolítica		Apariencia
010.000.2135.00	Fluconazol 2 mg/mL 50mL	Solución inyectable	Triazoles		Apariencia Fonética
010.000.1311.00	Metronidazol 0.5% Envase con 100mL	Solución inyectable	Imidazoles		Apariencia Fonética

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 82

010.000.0262.00	Lidocaína 20 mg/mL. Envase con 50 mL.	Solución inyectable	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0261.00	Lidocaína 10 mg/mL. Envase con 50 mL.	Solución inyectable	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0265.00	Lidocaína/Epinefrina 20 mg/0.005mg/mL. Envase con 50 mL.	Solución inyectable	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0264.00	Lidocaína 10%. Frasco con atomizador manual con 115mL	Solución	Anestésico local		Fonética
010.000.0269.00	Ropivacaína 2mg/ml	Solución inyectable	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0270.00	Ropivacaína 7.5mg/mL.	Solución inyectable	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0271.00	Bupivacaína 150 mg/30 mL.	Solución inyectable	Anestésico local		Fonética





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 83

010.000.0232.00	Isoflurano 100% Frasco con 100 mL	Solución	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0233.00	Sevoflurano 250 mL	Solución	Anestésico local		Apariencia Fonética
010.000.0234.00	Desflurano 240 mL	Solución	Anestésico local		Fonética
010.000.0254.00	Bromuro de Vecuronio 4 mg/ 1 mL.	Solución inyectable	Bloqueante neuromuscular.		Apariencia Fonética
010.000.4059.00	Bromuro de rocuronio 50 mg / 5 mL.	Solución inyectable	Bloqueante neuromuscular.		Apariencia Fonética
010.000.0429.00	Salbutamol 100 mcg.	Suspensión aerosol	Adrenérgico		Fonética



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 84



010.000.0439.00	Sulfato de Salbutamol 5mg/mL.	Suspensión aerosol	Adrenérgico		Fonética
010.000.1956.00	Amikacina 500 mg/2 mL	Solución inyectable	Aminoglucósido		Apariencia Fonética
010.000.1954.00	Gentamicina 80 mg/2 mL	Solución inyectable	Aminoglucósido		Apariencia Fonética
010.000.1973.00	Clindamicina 300 mg/2 mL	Solución inyectable	Lincosamida		Apariencia Fonética
010.000.1931.00	Ampicilina 500mg / 2 mL	Solución inyectable.	Penicilínico		Apariencia Fonética
010.000.1933.00	Bencilpenicilina sódica cristalina 5 000 000 UI	Suspensión inyectable	Penicilínico		Apariencia Fonética
010.000.1921.00	Bencilpenicilina sódica cristalina 1 000 000 UI	Suspensión inyectable	Penicilínico		Apariencia Fonética

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		DR. EDUARDO LICEAGA



010.000.1925.00	Benzatina Bencilpenicilina 1 200 000 U	Suspensión inyectable	Penicilínico		Apariencia Fonética
010.000.1937.00	Ceftriaxona 1g	Solución inyectable	Cefalosporínicos		Fonética
010.000.5256.00	Cefalotina 1g	Solución inyectable	Cefalosporínicos		Fonética
010.000.1935.00	Cefotaxima 1g	Solución inyectable	Cefalosporínicos		Apariencia Fonética
010.000.4254.00	Ceftazidima 1g	Solución inyectable	Cefalosporínicos		Apariencia Fonética

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 86

010.000.5264.01	Cefuroxima 750mg	Solución inyectable	Cefalosporínicos		Apariencia Fonética
010.000.5291.00	Meropenem 500 mg	Solución inyectable	Carbapenémicos		Fonética Apariencia
010.000.5292.00	Meropenem 1 g	Solución inyectable	Carbapenémicos		Fonética Apariencia
010.000.4301.00	Ertapenem 1g	Solución Inyectable	Carbapenémicos		Fonética
010.000.5265.00	Imipenem/ Cilastatina 500 mg/500 mg	Solución inyectable	Carbapenémicos		Fonética Apariencia
010.000.5284.00	Cefepima 500 mg / 5 mL	Solución Inyectable	Cefalosporínicos		Apariencia Fonética

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 87

010.000.5295.00	Cefepima 1g / 10 mL	Solución Inyectable	Cefalosporínicos		Apariencia Fonética
010.000.4264.00	Aciclovir 250mg	Solución Inyectable	Antiviral		Fonética
010.000.5268.00	Ganciclovir 500mg/10ml	Solución Inyectable	Antiviral		Fonética
010.000.0611.00	Epinefrina 1 mg/ 1 mL	Solución inyectable	Adrenérgico / Dopaminérgico.		Apariencia Fonética
010.000.0612.00	Norepinefrina 4 mg/ 4 mL.	Solución inyectable	Adrenérgico / Dopaminérgico.		Apariencia Fonética
010.000.0614.00	Dopamina 200 mg/ 5 mL	Solución inyectable	Adrenérgico / Dopaminérgico.		Apariencia Fonética



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 88

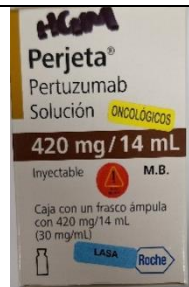



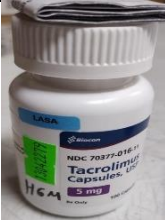


010.000.0615.00	Dobutamina 250 mg/ 5 mL	Solución inyectable	Adrenérgico / Dopaminérgico.		Apariencia Fonética
010.000.0615.01	Dobutamina 250 mg/ 20 mL	Solución inyectable	Adrenérgico / Dopaminérgico.		Apariencia
010.000.0406.00	Difenhidramina 10mg/1mL	Solución Inyectable	Antihistamínico		Apariencia
010.000.1707.00	Ácido folínico 3mg/1mL	Solución Inyectable	Agente Detoxificante		Apariencia
010.000.2152.00	Ácido folínico 15mg/5mL	Solución Inyectable	Agente Detoxificante		Apariencia
010.000.2192.00	Ácido folínico 50mg/4mL	Solución inyectable	Agente Detoxificante		Apariencia

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 89

010.000.5472.00	Bevacizumab 100 mg/4 mL	Solución inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.5473.00	Bevacizumab 400 mg/16 mL	Solución inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.6046.00	Trastuzumab 600 mg/ 5 mL	Solución inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.6018.00	Trastuzumab Emtansina 160mg	Solución inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.5423.00	Trastuzumab 440 mg	Solución inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.6193.00	Atezolizumab 1200mg/20ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000. 6200.00	Emicizumab 60mg/0.4ml	Solución Inyectable	Antihemorrágico		Apariencia Fonética



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 90



010.000.6024.00	Pertuzumab 420mg / 14ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.6110.00	Nivolumab 40mg/4ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia
010.000.6109.00	Nivolumab 100mg/10ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia
010.000.5084.00	Tracolumus 1.0 mg	Cápsulas	Inmunosupresor		Fonética
010.000.5082.01	Tracolumus 5.0 mg	Cápsulas	Inmunosupresor		Fonética
010.000.1051.01	Insulina humana regular 100 UI/mL	Solución inyectable.	Hipoglucemiante		Apariencia
010.000.1050.01	Insulina humana acción intermedia 100 UI/mL	Solución inyectable.	Hipoglucemiante		Apariencia







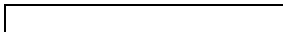

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 91



010.000.1766.00	Doxorubicina 2mg/ml	Solución inyectable.	Agente Antineoplásico		Apariencia
010.000.5450.00	Leuprorelina 22.5mg	Jeringa Prellenada	Análogos de la hormona liberadora de Gonadotropina		Apariencia

010.000.5626.00	Darbepoetina Alfa 30mcg / 0.3ml	Jeringa Prellenada	Antianémicos		Apariencia
010.000.5627.00	Darbepoetina Alfa 40mcg / 0.4ml	Jeringa Prellenada	Antianémicos		Apariencia
010.000.6013.00	Denosumab 120mg/1.7ml	Solución Inyectable	Agentes que afectan la estructura ósea y la mineralización		Apariencia Fonética
010.000.5653.00	Panitumumab 100mg/5ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia Fonética
010.000.6323.00	Durvalumab 120mg/2.4ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia
010.000.6324.00	Durvalumab 500mg/10ml	Solución Inyectable	Anticuerpo Monoclonal		Apariencia

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		

### 10.3 Código de colores para electrolitos concentrados.



CLORURO DE POTASIO 14.9%, Ampolleta de 10 ml.	ROJO 
FOSFATO DE POTASIO 15%, Ampolleta de 10 ml.	NARANJA 
SULFATO DE MAGNESIO 10%, Ampolleta de 10 ml.	VERDE 
BICARBONATO DE SODIO 7.5%, Ampolleta de 10 ml	AZUL 
CLORURO DE SODIO 17.7%, Ampolleta de 10 ml.	BLANCA 
GLUCONATO DE CALCIO 10%, Ampolleta de 10 ml.	AMARILLO 
BICARBONATO DE SODIO 7.5% frasco ampula de 50 ml.	SIN ETIQUETA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 93



#### 10.4 Listado de medicamentos Multidosis.

### LISTADO DE MEDICAMENTOS MULTIDOSIS PERIODOS DE VIGENCIA DESPUES DE SU APERTURA

No.	Medicamento	Periodo de vigencia
1	Insulina Humana NPH o Isofánica. Suspensión Inyectable 100 UI/mL. Envase con 5 mL	7 días en refrigeración (2-8 °C)
2	Insulina Humana de Acción Rápida Regular. Solución Inyectable 100 UI/mL. Envase con 5 mL	7 días en refrigeración (2-8 °C)
3	Insulina Glargina. Solución Inyectable con 3.64 mg equivalente a 100 UI/mL. Envase con 10 mL	7 días en refrigeración (2-8 °C)
4	Insulina Glulisina. Solución Inyectable con 3.49 mg equivalente a 100 UI/mL. Envase con 10 mL	7 días en refrigeración (2-8 °C)
5	Heparina. Solución Inyectable 10 000 UI/ 10 mL (1000 UI/mL). Envase con 10 mL	7 días a temperatura ambiente
6	Heparina. Solución Inyectable 25 000 UI/ 5 mL (5000 UI/mL). Envase con 5 mL	7 días a temperatura ambiente
7	Lidocaína. Solución Inyectable al 1% (10 mg/ mL). Envase con 50 mL	7 días a temperatura ambiente
8	Lidocaína. Solución Inyectable al 2% (20 mg/ mL). Envase con 50 mL	7 días a temperatura ambiente
9	Lidocaína. Solución tópica en spray al 10% (10 g/ 100 mL). Envase con 115 mL	<b>El mismo que la fecha de caducidad</b>
10	Lidocaína 2% con Epinefrina. Solución Inyectable con 20mg/0.005mg/mL. Envase con 50 mL	7 días a temperatura ambiente
11	Bupivacaína. Solución Inyectable al 0.5% (5 mg/ mL). Envase con 30 mL	36 horas a temperatura ambiente
12	Salbutamol. Solución para nebulización 5 mg/mL. Envase con 10 mL	21 días a temperatura ambiente
13	Bromuro de Ipratropio. Solución para nebulización 250 microgramos/mL. Envase con 20 mL	7 días a temperatura ambiente
14	Oximetazolina. Solución Nasal 0.5 mg/mL. Envase con 20 mL	21 días a temperatura ambiente <b>Uso exclusivo de la Consulta externa y Quirófanos del Servicio de Otorrinolaringología</b>
15	Oximetazolina. Solución Nasal 0.25 mg/mL. Envase con 20 mL	21 días a temperatura ambiente <b>Uso exclusivo de la Consulta externa y Quirófanos del Servicio de Otorrinolaringología</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 94

No.	Medicamento	Periodo de vigencia
16	Cloranfenicol. Solución Oftálmica 5 mg/mL. Envase de 15 mL	21 días a temperatura ambiente <b>Uso exclusivo de la Consulta externa y Quirófanos del Servicio de Oftalmología</b>
17	Ciprofloxacino/ Dexametasona. Suspensión Oftálmica (3 mg ciprofloxacino/ 1 mg dexametasona/mL).	21 días a temperatura ambiente <b>Uso exclusivo de la Consulta externa y Quirófanos del Servicio de Oftalmología</b>
18	Dexametasona. Solución Oftálmica 1 mg/mL. Envase de 5 mL	21 días a temperatura ambiente <b>Uso exclusivo de la Consulta externa y Quirófanos del Servicio de Oftalmología</b>
19	Glucosa solución inyectable al 50%. Envase con 50 mL.	24 horas en refrigeración (2-8 °C) <b>Uso exclusivo para el área de intervencionismo</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		Hoja: 95



## 10.5 Proceso para el desecho de sobrantes o remanentes de anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales

### CONCEPTO



Describir las acciones a seguir para llevar a cabo el desecho de sobrante o remanente de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales con la finalidad de evitar su reutilización.

### POLÍTICAS Y/O NORMAS.

1. Es responsabilidad de la Subdirección de Almacenes distribuir los insumos para llevar a cabo el proceso de desecho (bolsas color azul y contenedores etiquetados).
2. Es responsabilidad del Delegado Administrativo:
  - Solicitar los insumos necesarios (carrito de traslado, contenedor etiquetado y bolsas color azul) para realizar el proceso de desecho.
  - Entregar oportunamente al personal afanador los contenedores, así como las bolsas para que se coloquen en las áreas correspondientes.
  - Capacitar al personal afanador sobre las acciones que se deben de seguir para llevar a cabo la recolección, traslado y disposición final de los desechos.
  - Supervisar al personal afanador para que realice las actividades correspondientes.
  - Designar un lugar dentro del Servicio o área para el depósito temporal de las bolsas con desechos tóxicos.
- 3.- Es responsabilidad del personal afanador:
  - Retirar cada 24 hrs (en el turno matutino) las bolsas azules con los desechos tóxicos o antes si alcanza el 80% de su capacidad en el área de Terapia Intensiva. En los Quirófanos la bolsa con desechos tóxicos se retirará por turno (matutino, vespertino y nocturno) o antes si alcanza el 80% de su capacidad.
  - Colocar las bolsas retiradas de las áreas en el contenedor temporal designado.
  - Realizar el traslado y entrega de los residuos tóxicos al almacén temporal de RPBI para su pesaje y registro.
- 4.- Es responsabilidad del Jefe Médico, Jefe de Anestesiología y Jefe de Enfermería:
  - Difundir el procedimiento entre el personal a su digno cargo.
  - Supervisar que se lleve a cabo el correcto desecho de los sobrantes de anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales (lidocaína, lidocaína con epinefrina, ropivacaína, bupivacaína, propofol, dexmedetomidina, tiopental sódico, ketamina, etomidato, midazolam, diazepam, fentanilo, remifentanilo, sufentanilo, morfina, buprenorfina y nalbufina).



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	3. Procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación.		DR. EDUARDO LICEAGA

- 5.- Es responsabilidad del personal Anestesiólogo y personal de Enfermería llevar a cabo el desecho de sobrantes o remanentes de los anestésicos opioides (que se encuentre en una jeringa, previo retiro de la aguja) en una gasa o en un apósito y tirarlo en el contenedor específico para desechos tóxicos, así como los insumos que hayan tenido contacto con el anestésico: jeringas, guantes, bomba de infusión, etc.
- 6.- Cuando el anestésico se esté ministrando por infusión y sea suspendido por indicación médica o por fallecimiento del paciente, deberá de ser desechado junto con los insumos que se estén utilizando: metriset, línea de infusión, etc., en el contenedor de desechos tóxicos.
- 7.- Si se está utilizando aguja deberá de ser desechada en el contenedor específico para residuos punzocortantes.
- 8.- Las ampulas o frascos que contienen los anestésicos deberán de desecharse en el contenedor para desechos tóxicos; previo desecho del medicamento en una gasa o apósito; excepto aquellas ampulas vacías de anestésicos que se tienen que devolver.
- 9.- Los anestésicos opioides se podrán utilizar (si así se necesita) en más de un paciente, siempre y cuando al término del turno se deseche el sobrante.
- 10.- El personal Médico, Anestesiólogo y personal de Enfermería deberá de registrar, en la bitácora correspondiente, su uso y en su caso el remanente de los siguientes anestésicos: fentanilo, sufentanilo, remifentanilo y morfina.
- 11.- Para el caso del fentanilo aparte de anotarlo en la bitácora, se deberá de pegar la etiqueta anexa (que viene junto con la ampolleta) en la hoja de anestesiología (Anestesiólogo) o en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería (Personal de Enfermería)
- 12.- Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Generales y Nutrición a través del Departamento de Servicios Generales (Almacén de RPBI) recibir, registrar, almacenar y enviar a tratamiento los residuos tóxicos de este procedimiento.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.		Hoja: 97

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIVERSAL**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.		Hoja: 98

## 1. PROPÓSITO

1.1 Estandarizar la aplicación del Protocolo Universal en la práctica quirúrgica y en los procedimientos de alto riesgo e invasivos fuera del quirófano en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGME), con la finalidad de reducir eventos adversos y centinela.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de la Coordinación Médica valida el procedimiento, la Dirección Quirúrgica, Médica y Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, implementan el procedimiento; la Dirección de Educación y Capacitación en Salud, las Subdirecciones de Área supervisan que se cumplan los lineamientos y las Jefaturas de Servicio establecen y verifican el apego al procedimiento.

2.2. A nivel externo: Este procedimiento no aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El personal de salud deberá realizar la higiene de manos o lavado quirúrgico según aplique.

3.2 En el HGME los procesos esenciales que conforman el “Protocolo Universal” son:

- ✓ Marcado del sitio quirúrgico.
- ✓ Proceso de verificación pre-procedimiento.
- ✓ Tiempo fuera “time-out”, que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

3.3 Se deberá aplicar el Protocolo Universal (Marcado del sitio quirúrgico, Proceso de verificación pre-procedimiento y Tiempo fuera), en áreas quirúrgicas, y en procedimientos invasivos o de alto riesgo fuera de quirófano.

3.4 La Dirección Quirúrgica, gestiona la adquisición y abasto de los marcadores indelebles para piel.

3.5 La Dirección de Educación y Capacitación en Salud es responsable de verificar que el personal en formación se apegue a las políticas y lineamientos que se señalan en este procedimiento para la atención de pacientes.



3.6 La Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (LVSC) y la Lista de Verificación de la Seguridad en Procedimientos fuera del Quirófano (LVSPFQ) se deberá integrar al expediente clínico del paciente.

### **Marcado del sitio quirúrgico.**

3.7 El marcaje debe realizarse en el área donde se realizará el procedimiento o cirugía de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.

3.8 En el HGME se lleva a cabo el marcaje anatómico por el médico que realizará el procedimiento, antes de que el paciente ingrese a sala Quirúrgica (durante el periodo preoperatorio), previo consentimiento y autorización del paciente.

3.9 La marca estandarizada en el sitio quirúrgico será una señal tipo diana (única y exclusivamente en cirugía oftalmológica el marcado se realizará con un punto ( • ) arriba de la ceja del lado correspondiente), este debe realizarse estando el paciente despierto y consciente, de no ser así, se solicita apoyo del familiar, acompañante, cuidador o representante legal.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 99

#### Marcaje de sitio anatómico



3.10 Cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales (distinguir entre izquierda y derecha) o estructuras que contengan niveles múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral).



3.11 En caso de que el paciente sea menor de edad, se encuentre en estado de interdicción, presente alguna incapacidad establecida por la ley o barrera de comunicación, el marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

3.12 En el HGMEEL el médico proporcionará información acerca de la importancia y seguridad que implica el procedimiento y deberá de realizar el marcaje documental (Carta de Consentimiento Bajo Información para Marcado de Sitio Anatómico) cuando el paciente:

- Se rehusó al marcaje anatómico
- Cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles.
- En procedimientos dentales
- Recién nacidos prematuros

3.13 En cirugía oftalmológica el marcado se realizará por arriba de la ceja del lado correspondiente.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 100

3.14 En el caso de procedimientos programados en un mismo tiempo quirúrgico en distintos ojos, se señala con la marca estandarizada (punto) y el número uno para señalar el primer procedimiento y en el en segundo procedimiento el número dos, adicional a la marca estandarizada para señalar el sitio anatómico a intervenir.

Ejemplo: ojo derecho cirugía de catarata y ojo izquierdo cirugía de pterigión



3.15 El marcaje anatómico se puede omitir en situaciones de urgencia y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

3.16 En los procedimientos odontológicos, se realiza de forma documental en la odontograma; en la cirugía maxilofacial se realiza el marcado anatómico si corresponde.



### **Procedimientos en sala quirúrgica**

3.17 Es responsabilidad de la Jefatura de Servicio, Jefatura de Enfermería y Jefatura de Servicio de Anestesia. difundir y verificar la aplicación de este procedimiento que guía al personal de los diferentes servicios del HGMEL.

3.18 Es responsabilidad de la Jefatura de la Unidad Quirúrgica, Coordinación de Enfermería y Coordinación de Anestesia otorgar capacitación específica sobre el presente procedimiento al personal involucrado para el desarrollo de éste, de acuerdo con las necesidades del Servicio, así como supervisar su correcta implementación.

3.19 En las áreas quirúrgicas donde no se cuente con Enfermera Circulante, la implementación y el llenado de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía deberá realizarla el Médico a cargo del procedimiento y/o el Médico Anestesiólogo.

3.20 Es responsabilidad de todo el equipo quirúrgico, colaborar con la Enfermera Circulante o personal que coordina la sala, en el llenado de la LVSC en las diferentes fases.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 101

3.21 Es responsabilidad de la Jefatura de la Unidad Quirúrgica (quirófano) llevar a cabo las siguientes actividades:

- Verificar que el cirujano y los médicos residentes participen de manera activa en la implementación del Protocolo Universal y de la LVSC.
- Informar oportunamente a la Jefatura del Servicio, cuando se detecten desviaciones en el proceso, falta de apego al protocolo de seguridad, así como los relacionados con la operación.
- Es responsabilidad de la **Coordinación de Enfermería de la Unidad Quirúrgica** llevar a cabo las siguientes actividades:
  - ✓ Verificar que la Enfermera Circulante coordine el llenado de la LVSC.
  - ✓ Informar oportunamente a la Jefatura de Enfermería cuando se detecten desviaciones en el proceso, falta de apego al Protocolo Universal, así como de todos aquellos que estén relacionados con la cirugía.
- ✓ Es responsabilidad del personal de enfermería del área de preoperatorio o el área de recepción llevar a cabo las siguientes actividades:
  - Verificar la identificación correcta del paciente con nombre completo y fecha de nacimiento.
  - Revisar que el expediente clínico se encuentre completo y en orden.
  - Confirma la ausencia de prótesis, esmaltes, lentes de contacto, piercings, pertenencias o algún otro elemento que pueda interferir en el desarrollo correcto de la intervención quirúrgica.
  - Verificar la existencia del marcado del sitio quirúrgico (Diana) en la piel del paciente (marcado con tinta indeleble) y/o marcado documental.

3.22 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, se llevará a cabo el marcado en el modelo anatómico de la Carta de Consentimiento Bajo Información para Marcado de Sitio Anatómico.



3.23 En el HGMEL la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía y la Lista de Verificación de la Seguridad en Procedimientos fuera del Quirófano se aplicará en todos los pacientes a los que se les realice cualquier procedimiento dentro o fuera del quirófano.

3.24 En el HGMEL se lleva a cabo el Tiempo Fuera para verificar la información del paciente **justo antes de iniciar la incisión** para resolver cualquier duda.

## PROCEDIMIENTOS EN SALA QUIRÚRGICA

### Antes de la Inducción de la anestesia.

3.25 Es responsabilidad del personal **Médico Anestesiólogo, Médico Cirujano y Enfermera circulante** confirmar con el paciente verbalmente (si es posible) la identificación correcta del paciente preguntando cuál es su nombre completo, fecha de nacimiento, sitio anatómico, procedimiento quirúrgico a realizar y si existe su consentimiento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 102

- Revisar que el expediente clínico se encuentre completo (expediente correcto, consentimientos informados requisitados, resultados de estudios de laboratorio, solicitud de cruce sanguíneo, si corresponde, etc.).
- Verificar la existencia del marcado del sitio anatómico (Diana) en la piel del paciente (marcado con tinta indeleble) y/o de marcado documental.

### 3.26 Es responsabilidad del personal Médico Anestesiólogo:

- Confirmar el marcado del sitio anatómico con el médico cirujano.
- Realizar el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, anotando en la hoja de anestesia, la fecha de caducidad y el lote de los mismos, así como la aplicación de los correctos para la administración de medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo y el riesgo anestésico del paciente (neonato, pediátrico, adulto, adulto mayor, embarazada, etc).
- Llevar a cabo la doble verificación durante la preparación y ministración de medicamentos (opioides, sedantes, electrolitos concentrados, etcétera).
- Durante los procedimientos con técnica aséptica se tiene que utilizar el equipo completo de protección incluyendo: gorro, guantes, bata quirúrgica (estéril) y cubrebocas bien posicionado.
- Colocar y verificar la funcionalidad del oxímetro de pulso.
- Confirmar si el paciente tiene alergias conocidas.
- Verificar si el paciente tiene vía aérea difícil o riesgo de aspiración y si se cuenta con el material, equipo necesario.
- Identificar el riesgo de hemorragia: al menos en adultos mayor a 500 ml y en niños mayor a 7 ml/kg.
- Verificar y prever la disponibilidad de soluciones parenterales, vías centrales y/o periféricas permeables con el calibre de catéter adecuado de acuerdo con el procedimiento a realizar.
- Identificar la necesidad de hemocomponentes y en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

### 3.27 Es responsabilidad del personal Médico Cirujano:



- Que se realice la asepsia del sitio anatómico.
- Verificar la disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- Checar la disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios, especialmente en procedimientos con riesgo de presentar una hemorragia masiva.
- Verificar la disponibilidad y funcionamiento de los implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración estimada del procedimiento quirúrgico y la pérdida de sangre prevista.

## Tiempo fuera o Pausa Quirúrgica

### Antes de la incisión

### 3.28 Es responsabilidad del personal de Enfermería Circulante.

- ✓ Identificar a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico que pueden ser médico cirujano, ayudante de cirujano, médico anestesiólogo, enfermera quirúrgica y cualquier otro tipo de personal de salud, para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones (requisitado correcto de la LVSC).

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 103

### 3.29 Es responsabilidad de la Enfermera Quirúrgica

- La enfermera quirúrgica verifica la vigencia de esterilidad del instrumental quirúrgico e insumos, así como la revisión del buen estado de empaques y sellos para asegurar la esterilidad de los mismos.
- La enfermera Quirúrgica informa si existe algún problema con el instrumental, equipos y material, así como el conteo del mismo.

### 3.30 Es responsabilidad del personal Médico Cirujano:

- Confirma que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones).
- Confirma de manera verbal con el médico anestesiólogo y el personal de enfermería (quirúrgica y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio anatómico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.

### 3.31 Es responsabilidad del personal Médico Anestesiólogo:

- Realizar protocolos con la correcta técnica de asepsia y antisepsia, en cualquier procedimiento de anestesia, para evitar al máximo los factores que incrementan el riesgo de infección.
- Verificar (en caso de que aplique) que se haya ministrado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas.
- Informar la existencia de alguna enfermedad que genere un riesgo o complicación en el paciente.



## Fase 3 Salida

### Antes de que el paciente salga de la sala quirúrgica.

3.32 El cirujano, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, confirma que se ha aplicado la LVSC, a partir de confirmar verbalmente:

- El nombre del procedimiento realizado.
- El recuento completo del instrumental, textiles, agujas, etcétera.
- El etiquetado de las muestras con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha de la cirugía y descripción general de la muestra.
- Si hay problemas por resolver relacionados con el instrumental y los equipos que tienen que ser notificados.
- Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo llenar el formato de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente o Errores de Medicación.
- Principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento, documentándolos en el expediente clínico.

3.33 La LVSC debe ser llenada y firmada de forma correcta por todos los integrantes del equipo quirúrgico, anotando nombre completo. Debe ser integrada al expediente clínico del paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 104

### Tiempo Fuera para Procedimientos fuera de quirófano

3.34. La enfermera o el médico anesthesiólogo al recibe al paciente en área de procedimiento identifica al paciente correctamente.

**3.35 Tiempo fuera:** El Tiempo Fuera es responsabilidad del personal de Enfermería; en caso de que no se cuente con personal de enfermería deberá de ser realizado por el Médico a cargo del procedimiento o Médico Anesthesiólogo; se confirma al menos paciente correcto, procedimiento/tratamiento correcto y el sitio anatómico correcto; se realiza **justo antes de iniciar el procedimiento**.



Se realiza en al menos los siguientes procedimientos:

- Estudios de imagenología que requieren medios de contraste.
- Hemodinamia
- Endoscopias
- Toma de biopsia
- Procedimientos odontológicos ambulatorios
- Transfusión de sangre y hemocomponentes (lo realiza el personal de enfermería responsable del procedimiento), justo antes de iniciar la transfusión y verifica que se trate del paciente correcto, el procedimiento correcto, el acceso vascular funcional y correcto de acuerdo con el tipo de procedimiento, el tipo y Rh correcto y el hemocomponente correcto.
- Radioterapia; lo realiza la persona responsable del procedimiento y verifica justo antes de iniciar, que se trate del paciente correcto, procedimiento correcto, sitio correcto (marcaje anatómico) y dosis correcta.
- Colocación, manejo y retiro de accesos vasculares centrales y periféricos.
- Procedimientos odontológicos que requieran de anestesia y sedación.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. lo realiza la enfermera responsable del procedimiento y verifica al menos lo siguiente:
  - El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la AESP.1).
  - El procedimiento correcto.
  - Prescripción dialítica.
  - La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
  - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
  - Las alergias del paciente.
  - El riesgo de hemorragia e hipovolemia.
  - El filtro correcto.
  - Valoración del acceso vascular.
  - Serología.
  - Evaluación del sangrado.

3.36 El médico responsable de la atención en procedimientos fuera de quirófano:

- Confirma que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio anatómico correcto, en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 105

- Verifica que se cuenta con los estudios de imagen, en caso de que se requieran
- Prevé eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promueve que el paciente, familiar, cuidador o acompañante reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva


3.37 En el Hospital General de México dentro de los procedimientos invasivos fuera de quirófano que requieren cumplir con el protocolo universal o al menos el tiempo fuera se presentan ejemplos en los anexos.

### **Insumos Reutilizables**

3.38 En los servicios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, el reuso de dispositivos médicos solo es aplicable atendiendo a las instrucciones del fabricante, por situaciones de: inexistencia o desabasto del dispositivo médico (emergencia sanitaria). Además de las directrices del Departamento de Vigilancia Epidemiológica, se deberá observar lo siguiente:

- ✓ Apegarse a las recomendaciones emitidas por el fabricante y el CODECIN.
- ✓ Verificar el código asignado por Central de Equipos y Esterilización, documentarlo en hoja de cirugía segura.
- ✓ Dejar evidencia documental que permita realizar la trazabilidad de su uso en los pacientes.
- ✓ Revisar que el número de veces que el dispositivo sea utilizado no exceda de 3.
- ✓ Que incluya un indicador químico externo.
- ✓ Monitoreo de la esterilización según instrucciones del fabricante o ficha técnica el producto.
- ✓ Pruebas del funcionamiento e integridad del dispositivo médico.
- ✓ Empaque de la misma calidad del empaque original.




	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.

Hoja: 106

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

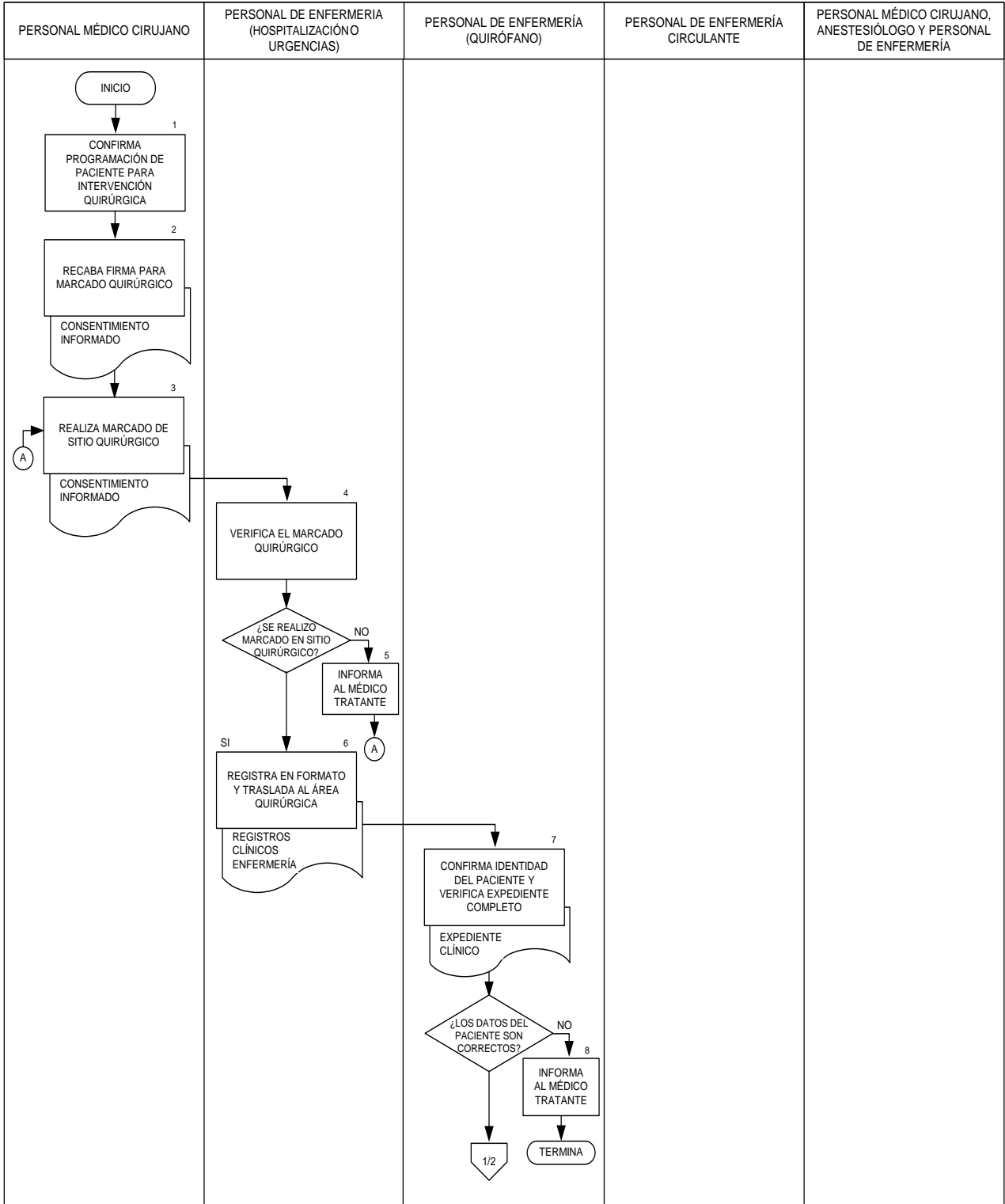
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico Cirujano	1	Confirma que el paciente esté programado para intervención quirúrgica.	● Consentimiento informado
	2	Recaba firma de consentimiento informado para marcado quirúrgico.	
	3	Realiza el marcado de sitio quirúrgico, en el área de hospitalización o preoperatorio previo a la entrada de la sala quirúrgica.	
Personal de Enfermería (hospitalización o urgencias)	4	Verifica el marcado quirúrgico.  ¿Se realizó el marcado de sitio quirúrgico?	● Formato de Registros Clínicos
	5	No: Informa al médico cirujano tratante y regresa a la actividad 3.	
	6	Si: Registra en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería y traslada al área quirúrgica. En el paciente pediátrico o interdicto se realiza el marcado quirúrgico en presencia del familiar, cuidador o tutor legal.	
Personal de Enfermería (quirófano)	7	Confirma identidad del paciente y verifica expediente clínico completo.  ¿Los datos del paciente son correctos?	● Expediente Clínico
	8	No: Informa al médico cirujano tratante y termina el procedimiento.	
	9	Si: Corroborar marcado de sitio quirúrgico e ingresa al paciente a la sala quirúrgica.	
Personal de Enfermería Circulante	10	Inicia la aplicación y llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad en Cirugía (ver anexo 10.2)	● Lista de Verificación
Personal Médico Cirujano, Anestesiólogo y Personal de Enfermería	11	Participan en la realización de la verificación pre-procedimiento	● Lista de Verificación



	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.

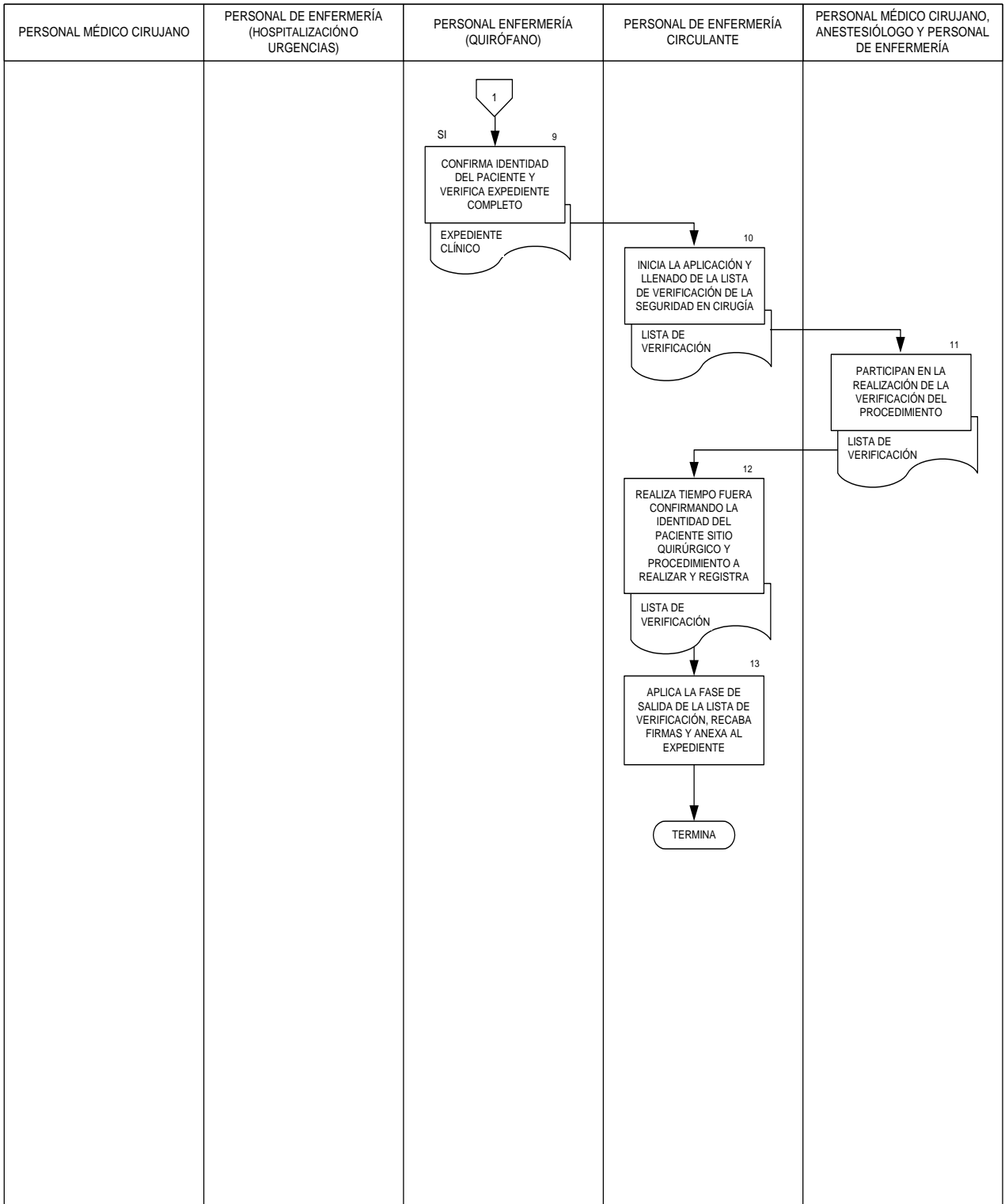
Hoja: 107



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería Circulante	12	Realiza "Tiempo fuera" (antes de la incisión cutánea) confirmando con el médico cirujano, anesthesiologo y enfermera quirúrgica, la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento a realizar, registrando en la casilla correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lista de Verificación</li> </ul>
	13	Aplica la fase de salida de la Lista de verificación, recaba firmas y anexa al expediente	
		<b>TERMINA</b>	

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.		Hoja: 109



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No aplica.
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica.
6.3 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)	No aplica.
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No aplica.
6.5 Acciones esenciales para la seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaria de Salud.	No aplica.
6.6 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No aplica.
6.7 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No aplica.

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato "Carta de Consentimiento Bajo Información para Cirugía".	5 años.	Archivo Clínico.	No aplica.
7.2 Formato "Carta de consentimiento bajo información para marcado quirúrgico"	5 años.	Archivo Clínico.	No aplica.
7.3 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	5 años.	Archivo Clínico.	No aplica.
7.4 Expediente clínico.	5 años.	Archivo General.	No aplica.

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Área de preoperatorio:** Área donde se realiza la recepción del paciente, antes de operarse, donde se le proporciona cuidados inmediatos de acuerdo al tipo de cirugía que se le va a realizar.



**8.2 Consentimiento informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

**8.3 Expediente clínico:** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

**8.4 Incisión:** Es el corte en las estructuras diversas anatómicas que abren el camino a la zona a intervenir.

**8.5 Interdicto:** Persona que se encuentra restringida para ejercer sus derechos con motivo de padecer alguna discapacidad mental.

**8.6 Marcado del sitio quirúrgico:** Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en la piel del paciente el área que será intervenida quirúrgicamente, este procedimiento se realiza únicamente

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 111

en el preoperatorio y tiene como objetivo prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

**8.7 Marcado documental:** Colocar una marca o señal inequívoca que identifique visualmente en los formatos; Consentimiento informado para marcado de sitio quirúrgico y Registros clínicos de Enfermería, el área que será intervenida quirúrgicamente en el paciente.

**8.8 Paciente:** Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

**8.9 Unidad quirúrgica:** Conjunto de secciones técnicas y administrativas que incluye: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, central de equipos y esterilización y servicios anexos, destinados a dar la atención al paciente candidato a cirugía cumpliendo con esto los objetivos de prevención, curación.

#### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2024	Se actualizó todo el procedimiento.



#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico.

10.2 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía

10.3 Lista de Verificación de la Seguridad en Procedimientos Fuera de Quirófano

10.4 Lista de procedimientos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 112

### 10.1 Carta de Consentimiento bajo información para marcado de sitio quirúrgico.



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
DR. EDUARDO LICEAGA  
DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA  
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005



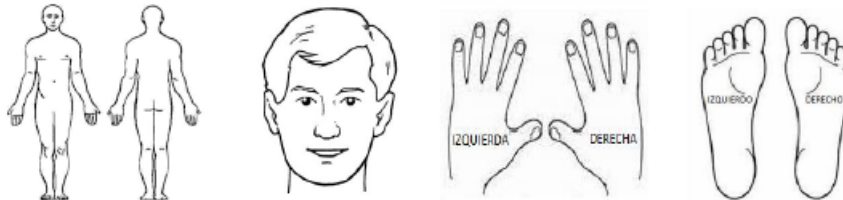
**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Expediente Clínico Único (ECU): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del familiar responsable: \_\_\_\_\_  
 Representante Legal: \_\_\_\_\_

*El marcado del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en su cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el área que será intervenida quirúrgicamente.*

Por lo anterior, manifiesto que me explicaron a mi entera satisfacción la importancia del marcado del sitio a operar, permitiéndome formular preguntas referentes a este procedimiento, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo al médico cirujano tratante: \_\_\_\_\_ marque en mi cuerpo, el sitio para la realización de la cirugía: \_\_\_\_\_  
 Así también, corroboro que la marca hecha en el esquema coincide con la de mi cuerpo (área a operar)



Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y Cedula Profesional del Médico Cirujano Tratante.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Familiar Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigos  
Quien se identifica con:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigos  
Quien se identifica con:

Nota: la presenta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley correspondiente.



### 10.2 Listas de Verificación de la Seguridad en la Cirugía

<b>PROTOCOLO UNIVERSAL</b> <b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA</b> <small>LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005</small>	<b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>																																																																																												
<p style="text-align: center;"><b>ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FASE 1: ENTRADA</b></p> <p><b>1. EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN PRESENCIA DEL PACIENTE, HAN CONFIRMADO:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">-Identidad del paciente</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Sitio quirúrgico</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Procedimiento</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Consentimiento informado</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>2. ¿EL ANESTESIOLOGO HA CONFIRMADO CON EL CIRUJANO QUE ESTE MARCADO EL SITIO QUIRURGICO?</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>3. EL CIRUJANO HA CONFIRMADO LA REALIZACIÓN DE ASEPSIA DEL SITIO QUIRURGICO:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>4. EL ANESTESIOLOGO HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA AL REVISAR:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">-Medicamentos</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Equipo (Funcionalidad y condiciones óptimas)</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Riesgo anestésico</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>5. HA COLOCADO Y COMPROBADO QUE FUNCIONE EL OXÍMETRO DE PULSO CORRECTAMENTE:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>6. HA CONFIRMADO Y/O DESCARTADO ALERGIAS CONOCIDAS:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>7. VÍA AÉREA DIFÍCIL:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>8. EXISTE RIESGO DE HEMORRAGIA: &gt;500ML (7ML/KG EN NIÑOS CENTRALES)</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>9. EXISTE NECESIDAD DE HEMODERIVADOS Y SOLUCIONES:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>	-Identidad del paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Sitio quirúrgico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Procedimiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Consentimiento informado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Medicamentos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Equipo (Funcionalidad y condiciones óptimas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Riesgo anestésico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>ANTES DE LA INCISIÓN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FASE 2: PAUSA QUIRURGICA</b></p> <p><b>10. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CIRCULANTE HA IDENTIFICADO A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRURGICO PARA QUE SE PRESENTEN POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN, SIN OMISIONES:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">-Cirujano</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Ayudante de cirujano</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Anestesiólogo</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Personal de Enfermería Quirúrgico</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Otros:</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>TIEMPO FUERA</b></p> <p><b>11. EL CIRUJANO HA CONFIRMADO DE MANERA VERBAL CON EL ANESTESIOLOGO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">-Paciente correcto</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Procedimiento correcto</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Sitio quirúrgico correcto</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-Posición correcta</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>-En órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo según corresponda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p>-En caso de estructura múltiple, se ha especificado el nivel a operar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>12. EL ANESTESIOLOGO HA VERIFICADO QUE SE HAYA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CONFORME A LAS INDICACIONES MÉDICAS:</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>13. ¿EL CIRUJANO HA VERIFICADO QUE CUENTA CON LOS ESTUDIOS DE IMAGEN QUE REQUIERE?</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>14. PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:</b></p> <p><b>EL CIRUJANO HA INFORMADO:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">-Los pasos críticos o no sistematizados</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-La duración de la operación</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-La pérdida de sangre prevista</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">N/A <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>EL ANESTESIOLOGO HA INFORMADO:</b></p> <p>-La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>EL PERSONAL DE ENFERMERÍA HA INFORMADO:</b></p> <p>-La fecha y método de esterilización del equipo e instrumental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p>-La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>	-Cirujano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Ayudante de cirujano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Anestesiólogo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Personal de Enfermería Quirúrgico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Otros:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Paciente correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Procedimiento correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Sitio quirúrgico correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Posición correcta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-Los pasos críticos o no sistematizados	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-La duración de la operación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	-La pérdida de sangre prevista	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FASE 3: SALIDA</b></p> <p><b>15. EL CIRUJANO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, EN PRESENCIA DEL ANESTESIOLOGO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, HA APLICADO LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA Y HA CONFIRMADO VERBALMENTE:</b></p> <p>-El nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p>-El recuento completo de instrumental, gasas y agujas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p>-El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p>-Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p> <p><b>16. EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUIRURGICO, HAN COMENTADO AL PERSONAL CIRCULANTE:</b></p> <p>-Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>-El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>-Los riesgos del paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>17. ¿OCURRIERON INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>18. ¿SE REGISTRO EL INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?</b></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>19. EQUIPO QUIRURGICO QUE REALIZA LA VERIFICACION:</b></td> <td style="width: 40%;"><b>NOMBRE COMPLETO</b></td> <td style="width: 30%;"><b>FIRMA</b></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. QUIRURGICA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CIRCULANTE</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>20. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:</b></p> <p><b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b></p> <p><b>F. NACIMIENTO:</b></p> <p><b>NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO UNICO (ECU):</b></p> <p><b>CIRUGIA REALIZADA:</b></p> <p><b>OBSERVACIONES:</b></p>	<b>19. EQUIPO QUIRURGICO QUE REALIZA LA VERIFICACION:</b>	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>FIRMA</b>	CIRUJANO			ANESTESIOLOGO			E. QUIRURGICA			CIRCULANTE		
-Identidad del paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Sitio quirúrgico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Procedimiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Consentimiento informado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Medicamentos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Equipo (Funcionalidad y condiciones óptimas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Riesgo anestésico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Cirujano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Ayudante de cirujano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Anestesiólogo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Personal de Enfermería Quirúrgico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Otros:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Paciente correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Procedimiento correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Sitio quirúrgico correcto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Posición correcta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-Los pasos críticos o no sistematizados	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-La duración de la operación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
-La pérdida de sangre prevista	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>																																																																																										
<b>19. EQUIPO QUIRURGICO QUE REALIZA LA VERIFICACION:</b>	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>FIRMA</b>																																																																																											
CIRUJANO																																																																																													
ANESTESIOLOGO																																																																																													
E. QUIRURGICA																																																																																													
CIRCULANTE																																																																																													





### 10.3 Lista de Verificación de la Seguridad en Procedimientos Fuera de Quirófano

PROTOCOLO UNIVERSAL <b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO</b> LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005 HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA								
ANTES DE ENTRAR A LA SALA DE PROCEDIMIENTOS	ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO	ANTES DE SALIR DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS						
ENTRADA	TIEMPO FUERA	SALIDA						
1. SE HA CONFIRMADO: -IDENTIDAD DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A -SITIO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A -PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A -CONSENTIMIENTO FIRMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 2. SE REALIZA LA OCALIZACIÓN DEL SITIO PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	10. EL PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y DE ENFERMERÍA, CONFIRMAN VERBALMENTE: IDENTIDAD DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SITIO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDIMIENTO A REALIZAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS 11. EL PERSONAL MÉDICO REVISÓ: LOS PASOS CRÍTICOS IMPREVISTOS DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 12. EL ANESTESIÓLOGO REVISÓ: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 13. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISÓ: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADOS Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 14. SE CUENTA CON ESTUDIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	15. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO MÉDICO NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 16. SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE Y ECU) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 17. EL PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 18. ¿SE PRESENTÓ ALGÚN INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 19. ¿SE REALIZÓ LA NOTIFICACIÓN DEL INCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A						
EL ANESTESIÓLOGO CONFIRMA: 3. DISPONIBILIDAD DE FUENTE DE OXÍGENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 4. OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 6. VÍA AÉREA DIFÍCIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 7. ¿EXISTE RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 8. RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML. (7 ML/KG EN NIÑOS) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A 9. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESOS INTRAVENOSOS Y LÍQUIDOS ADECUADOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	20. EQUIPO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">MÉDICO RESPONSABLE</td> <td style="width: 30%;">Firma</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIÓLOGO:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERSONAL DE ENFERMERÍA</td> <td></td> </tr> </table> 21. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____ OBSERVACIONES: _____		MÉDICO RESPONSABLE	Firma	ANESTESIÓLOGO:		PERSONAL DE ENFERMERÍA	
MÉDICO RESPONSABLE	Firma							
ANESTESIÓLOGO:								
PERSONAL DE ENFERMERÍA								



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 115

#### 10.4 Lista de procedimientos.



Procedimiento	LVSC	Marcaje	Tiempo Fuera
Transfusión de hemocomponentes			X
Instalación y retiro de sonda vesical			X
Instalación y retiro de accesos vasculares centrales y periféricos.			X
Procedimiento para retiro de cuerpo extraño y curación de absceso	X		
Toma de Biopsia		X	X
Punción lumbar		X	X
Aspirado de médula ósea	X		X
Liberación del túnel del carpo	X	X	X
Retiro de nevus		X	X
Retiro de quistes	X	X	X
Curaciones de Herida Quirúrgica			X
Curaciones de Líneas Intravasculares		X	X
Cistoscopias			X
Biopsia transrectal			X
Instalación de catéter transrectal			
Instalación para catéter tenckhoff	X	X	X
Instalación, retiro de catéter para hemodiálisis.	X	X	X

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 116



Procedimiento	LVSC	Marcaje	Tiempo Fuera
Instalación de sonda pleural	X	X	X
Intubación Endotraqueal	X		X
Paracentesis		X	X
Broncoscopia	X		X
Biopsia de hueso	X	X	X
Instalación de catéter puerto.	X	X	X
Quimioterapia			X
Sesión de Hemodiálisis	X		X
Estudios con medio de contraste			X
Toma de biopsia guiada por ultrasonido		X	X
Cateterismo percutáneo de las vías biliares	X	X	X
Drenaje de absceso		X	X
Colocación de catéter para vías biliares y nefrostomía	X	X	X
Embolizaciones	X	x	X
Arteriografía	X	X	X

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	4. Procedimiento para la seguridad en los procedimientos, a través de la implementación del Protocolo Universal.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 117

Procedimiento	LVSC	Marcaje	Tiempo Fuera
Safenoablación	X	x	X
Fibrobroncoscopia	X		X
Endoscopia	X		X
Colocación de gastrostomía	X	X	X
CEPRE	X		X
Raspado dental	X	documental	X
Inicio de endodoncia	X	documental	X
Extracciones	X	documental	X
Biopsia renal	X	X	X
Colonoscopia	X		X
Retiro de puntos		X	X
Retiro de drenajes		X	X
Plasmaféresis			X
Nebulizaciones ambulatorias			X
Colocación de marcapaso transvenoso.	X	X	X

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 118

**5. PROCEDIMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 119

## 1. PROPÓSITO

1.1 Reforzar los componentes de la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de las manos, que permita la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), en el Hospital General de México “Eduardo Liceaga”, a través de la correcta y oportuna higiene de manos en el personal clínico, no clínico, pacientes, familiares, personal en formación y visitantes a fin de fomentar una cultura sólida y esencial para la seguridad de los pacientes, con base en la legislación aplicable vigente y las recomendaciones basadas en evidencia emitidas por los organismos especializados en salud como es la OMS.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Departamento de Epidemiología a través de la vigilancia epidemiológica, supervisa, evalúa y conduce la ejecución de programas y procesos que se realizan para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). La Coordinación de la Dirección Médica, la Dirección Quirúrgica, la Dirección Médica, la Dirección de Apoyo al Diagnóstico, las Subdirecciones Médicas y de Enfermería, Coordinación de Delegados y Servicios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” son responsables de la implementación de las acciones que correspondan y favorezcan el acceso del personal clínico y no clínico a los insumos que permitan lograr el cumplimiento de los procesos implicados en la Prevención y Control de Infecciones.

2.2 A nivel externo este procedimiento no aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1 Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: médico, enfermera, laboratorista, nutriólogo, técnico radiólogo, inhaloterapia, rehabilitación, entre otros; en atención indirecta (no clínico) camillero, afanador, administrativo, cocinero, auxiliar de cocina, personal de ensamble de alimentos, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplique este procedimiento.

3.2 El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) es responsable de:

- Coordinar y supervisar el sistema de Prevención de Infecciones de manera integral.
- Analizar la información y tomar de decisiones en las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- Evaluar y analizar la implementación de los paquetes de acciones para la prevención de las IAAS.

3.3 El Departamento de Vigilancia Epidemiológica es responsable de:

- Identificar, concentrar, integrar, validar, analizar y difundir la información epidemiológica de las infecciones nosocomiales a los Servicios del hospital y al CODECIN
- Coordinar las actividades de Prevención y Control de las IAAS en las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del hospital, Identificando y analizando los factores de riesgo, así como documentarlo.
- Observar y analizar la ocurrencia, distribución y comportamiento de las IAAS, manejo la información relacionada.
- Identifica áreas de oportunidad y trabajar en conjunto con los responsables del Comité de Antimicrobianos para mejorar el uso racional de los mismos.
- Realiza el informe general del análisis de datos para proponer mejoras y exponerlo ante el CODECIN.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		

- Llevar a cabo el Programa Integral de Higiene de manos en el HGMEL.
- Capacitar a todo el personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” al personal clínico y no clínico, estudiantes, en el servicio de adscripción, con respecto a la importancia de la higiene de manos basada en los cinco momentos para la higiene de manos, previa coordinación con el Jefe Médico, Jefe de Enfermería y/o Delegado Administrativo, de manera semestral.
- Capacitar a pacientes, familiares, cuidadores o acompañantes y visitantes.
- Otorgar los recordatorios visuales de la técnica de higiene de manos y los cinco momentos, para colocar en las áreas destinadas para este fin.
- Recolectar las muestras para medir las concentraciones de cloro libre residual del agua en las áreas de los diferentes servicios. (Procedimiento para la determinación de cloro libre residual) del Manual de procedimientos de Epidemiología.
- Notificar al área de mantenimiento las fechas de cloración del agua y dar seguimiento a las recomendaciones, en el caso de un resultado no satisfactorio.

#### 3.4 La Dirección de Recursos Materiales y Conservación es responsable de:

- Colocar y mantener la infraestructura y mobiliario adecuados para cumplir con la higiene de manos en el HGMEL.
- Colaborar con el Departamento de Vigilancia Epidemiológica en las actividades correspondientes para llevar a cabo el procedimiento de medición de cloro libre residual las diferentes cisternas y servicios del HGMEL.
- Cumplir con las actividades y recomendaciones pertinentes, cuando el resultado de la medición de cloro libre residual no sea el satisfactorio, de acuerdo con la NOM 045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Garantizar la existencia de los insumos requeridos para llevar a cabo con la higiene de manos (jabón, papel en sus diferentes presentaciones, soluciones base alcohol, recordatorios visuales).



#### 3.5 El almacén de varios es responsable de:

- Distribuir los insumos para la higiene de manos, a través del Delegado Administrativo y/o función equivalente en los diferentes servicios y áreas del HGMEL

#### 3.6 La Subdirección de enfermería es responsable de:

- Llevar a cabo la medición del indicador institucional: AESP/MISP 5 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) “Apego a la higiene de manos”.
- Preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Elaborar informes de resultados
- El personal evaluador del indicador institucional: AESP/MISP 5 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) “Apego a la higiene de manos”, deberá:
  - Conocer la técnica de higiene de manos con agua y jabón y soluciones con base alcohol.
  - Identificar los cinco momentos para la higiene de manos.
  - Conocer la metodología del indicador MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos.
  - Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
  - Entregar los instrumentos evaluados a quien elabora el informe de resultados.



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 121

3.7 La Dirección de Educación y Capacitación en Salud y la Subdirección de Enfermería serán responsables de:



- Otorgar la capacitación sobre higiene de manos al personal en formación que se encuentre dentro de las instalaciones del HGMEI, con fines de aprendizaje.
- Informar al personal en formación, que se encuentre en proceso de aprendizaje teórico-práctico, sobre el compromiso de cumplir y conocer el presente procedimiento.
- Reforzar el compromiso del personal en formación para otorgar educación para la salud al paciente y familiar con relación a la higiene de manos

3.8 Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsables de:

- Conocer y difundir la técnica de higiene de manos con agua y jabón y con soluciones base alcohol entre el personal a su cargo.
- Programar capacitación en coordinación del Departamento de Epidemiología, para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Supervisar que los prestadores de atención clínica y no clínica den cumplimiento a las políticas del procedimiento.

3.9 El prestador de atención médica es responsable de:

- Apegarse a las estrategias que derivan de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las adecuaciones derivadas, en el HGMEI.
- No portar alhajas en manos y brazos.
- Mantener uñas cortas y sin esmalte.
- Evitar usar agua caliente, al ejecutar la técnica de higiene de manos, ya que el riesgo de dermatitis es mayor.
- Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con agua y jabón y soluciones con base alcohol.
- Realizar el procedimiento con agua y jabón durante 40 a 60 segundos
- Ejecutar los 5 momentos para la Higiene de manos, que marca la OMS, de la siguiente manera:
  1. Antes del contacto directo con el paciente.
  2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
  3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales.
  4. Después del contacto con el paciente.
  5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente.
- Consultar los recordatorios visuales si es necesario, al ejecutar la técnica de higiene de manos.
- Otorgar la Educación para la Salud con relación a la técnica de higiene de manos al paciente y familiar o responsable al ingreso del paciente.
- Promover la higiene de manos entre los visitantes del paciente.
- Documentar en el FRCE la enseñanza para el autocuidado del paciente, en el tema de higiene de Manos.
- Conocer las siguientes consideraciones, con relación al uso de guantes:
  - a) No sustituir el uso de guantes por la limpieza de las manos por fricción o lavado (categoría IB).
  - b) Antes y después del uso de guantes se realizará la higiene de manos.
  - c) Utilizar guantes siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.
  - d) Si se está utilizando guantes durante la atención a un paciente, cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del paciente del mismo paciente o al medio ambiente; o bien, entre un procedimiento y otro con el mismo paciente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 122

- e) Quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente. No usar los mismos para atender a más de un paciente.
- f) Los guantes desechables deben usarse una sola vez y no lavarse para utilizarse de nuevo.

3.10 El Delegado Administrativo o función equivalente, es responsable de:

- Realizar el reporte correspondiente ante la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de las fallas o descompostura de la infraestructura y el mobiliario para la higiene de manos.
- Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos.
- Solicitar los recordatorios visuales de la técnica de higiene de manos y los cinco momentos, y colocar en las áreas destinadas para este fin en el servicio.
- Solicitar el mobiliario y/o dispensadores faltantes para las áreas destinadas para a higiene de manos.
- Mantener una estricta limpieza de las áreas destinadas para que el personal realice la técnica de higiene de manos.
- Colocar las soluciones base alcohol, en los dispensadores.
- Colocar los insumos en las jaboneras y dispensadores de papel y/o toallas desechables, para ejecutar la higiene de manos en las áreas.
- Seguir las siguientes recomendaciones al realizar el cambio de jabón y/o papel:
  - 1) Antes de realizar el cambio de los insumos el personal asignado a esta tarea debe cumplir con la higiene de manos.
  - 2) Colocarse cubrebocas para realizar la tarea.
  - 3) Nunca debe llenarse un dispensador de jabón sin previo aseo o cuando esta se encuentre con restos del jabón anterior al cambio.
  - 4) El dispensador de jabón debe lavarse, con jabón y enjuagarse al chorro de agua, secar posterior a esto.
  - 5) Al término del llenado se instala el dispensador de jabón en la base correspondiente y se coloca la fecha de cambio del producto.
  - 6) La permanencia del jabón no puede rebasar los 30 días de colocación, si es así se desecha y se coloca nuevo producto.
  - 7) Los dispensadores de papel y/o sanitas, para secado de manos, deben limpiarse con un trapo impregnado de solución de hipoclorito de cloro al 6%, cada que se cambie el producto.

3.11 El Departamento de Trabajo Social será responsable de:


- Educar al paciente y familiar en la entrevista con el paciente, familiar o responsable sobre el apego a la higiene de manos.

3.12 La Subdirección de Seguridad y Protección Civil, será responsable de:

- Otorgar las soluciones base alcohol al personal de vigilancia, que se encuentra en los diferentes accesos del HGMEI para de personal, visitantes, pacientes y familiares.

3.13 Es responsabilidad del personal de las áreas de hospitalización y terapias intensivas en las que se manejen catéter venoso central [CVC], Catéter Urinario [CU], Ventilación Mecánica [VM] y pacientes quirúrgicos, llevar a cabo las actividades de los paquetes preventivos Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

3.14 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería documentar en el expediente clínico del paciente y formatos correspondientes las intervenciones realizadas.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

Hoja: 123

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


##### HIGIENE DE MANOS

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN)	1	Coordina y supervisa el sistema de Prevención de Infecciones de manera integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden del día</li> <li>• Minuta de acuerdos</li> <li>• Lista de asistencia</li> <li>• Presentación de resultados de la implementación de paquetes preventivos</li> </ul>
	2	Analiza la información y se toman de decisiones en las reuniones ordinarias y extraordinarias.	
	3	Evalúa y analiza la implementación de los paquetes de acciones para la prevención de las IAAS.	
Departamento de Epidemiología	4	Identifica concentra, integra, valida, analiza y difunde la información epidemiológica de las infecciones nosocomiales a los Servicios del hospital y al CODECIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe mensual de IAAS</li> <li>• Plan anual de PCI</li> <li>• Informe mensual de IAAS</li> <li>• Presentación de resultados de CODECIN</li> <li>• Minuta de acuerdos</li> </ul>
	5	Coordina las actividades de Prevención y Control de IAAS en las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del hospital, Identifica y analiza los factores de riesgo y lo documenta.	
	6	Observa y analiza la ocurrencia, distribución y comportamiento de las IAAS, maneja la información relacionada, identifica áreas de oportunidad, trabaja en conjunto con los responsables del Comité de Antimicrobianos para mejorar el uso racional, realiza el informe general del análisis de datos para proponer mejoras y exponerlo ante el CODECIN.	
Dirección de Recursos Materiales y Conservación, Subdirecciones correspondientes a través de los Delegados Administrativos de cada servicio.	7	Asegura el abasto hospitalario de insumos y el mantenimiento del equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua, así como la infraestructura necesaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licitaciones, documental y oficios correspondientes a compras, mantenimientos y otros generados.</li> </ul>
	8	Garantiza la existencia de insumos en la Institución para la aplicación de los paquetes para la prevención de IAAS y los procesos relacionados.	
	9	Distribuye los insumos para higiene de manos, a través del delegado administrativo en los diferentes servicios y áreas del HGMEL.	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).


Hoja: 124

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	10	Colabora con el departamento de epidemiología en las actividades correspondientes para llevar a cabo el procedimiento de la medición de cloro libre residual de las diferentes cisternas y servicios del HGMEI.	
Dirección de Educación y Capacitación en Salud, la Dirección de Recursos Humanos y el Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería y la Coordinación de delegados en coordinación con el Departamento de Epidemiología	11	Realiza programación de capacitación de higiene de manos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas anuales de capacitación.</li> <li>• Listas de asistencia</li> <li>• Constancias, oficios de invitación y otro documental generado.</li> </ul>
	12	Capacitan al personal de salud y personal en formación en la importancia de la higiene de manos; de implementar programas de capacitación continua en los que se incluyan los temas de Prevención y Control de IAAS, los paquetes de acciones preventivas; precauciones basadas en mecanismos de transmisión, medidas de bioseguridad para los trabajadores, uso racional de antimicrobianos, limpieza y desinfección de áreas, manejo de ropa hospitalaria y manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI).	
	13	Se coordinarán con otros Departamentos que impartan educación a la comunidad hospitalaria para dirigir pláticas o intervenciones educativas dirigidas al personal y a pacientes, familiares, cuidadores y visitantes (proveedores, evaluadores, etc), según corresponda.	
	14	Reforzar el compromiso del personal en formación para otorgar educación para la salud al paciente y familiar con relación a la higiene de manos.	
Departamento de Epidemiología	15	Lleva a cabo el programa integral de Higiene de manos en el HGMEI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédula Institucional de Evaluación del cumplimiento de la Higiene de Manos</li> <li>• Informes periódicos de cumplimiento de la Higiene de manos</li> </ul>
	16	Realiza supervisiones periódicas y del Programa de Higiene de Manos.	
	17	La Unidad de Vigilancia Epidemiológica retroalimenta con respecto al apego a la Higiene de Manos a los Servicios del Hospital y al personal directivo.	
	18	La UVEH coordina las acciones del Programa, difunde material alusivo y hace	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	

Hoja: 125

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
	19	<p>seguimiento de la infraestructura y observancia de prácticas relacionadas, así como distribuye material de recordatorio visual.</p> <p>La UVEH fomenta una cultura de seguridad de la atención al paciente y del personal prestador de atención.</p>	
Jefaturas de Servicio, Jefaturas de Enfermería y Delegaciones Administrativas	20	Implementan el Programa de Higiene de Manos en las actividades que les corresponden e implementan los paquetes de acciones para la prevención de IAAS; supervisan su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetarios y otros formatos de solicitud de material</li> <li>• Solicitud de trabajo (de mantenimiento)</li> </ul>
	21	Realiza solicitud de insumos necesarios y facilitan su disponibilidad.	
	22	Realizar el reporte correspondiente ante la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de las fallas o descomposturas de la infraestructura y el mobiliario para la higiene de manos.	
Subdirección de Enfermería	23	Prepara los instrumentos de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédulas de evaluación</li> </ul>
	24	<p>El personal evaluador del indicador deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer las técnicas de higiene de manos</li> <li>- Identificar los 5 momentos para la higiene de manos</li> <li>- Conocer la metodología del indicador</li> <li>- Conocer el instrumento de evaluación, así como su correcto llenado</li> </ul>	
	25	Entrega los instrumentos de evaluación para la elaboración del informe	
	26	Lleva a cabo la medición del indicador institucional: Acción Esencial de Seguridad del Paciente 5 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) "Apego a la higiene de manos"	
	27	Elabora informes, análisis y resultados.	

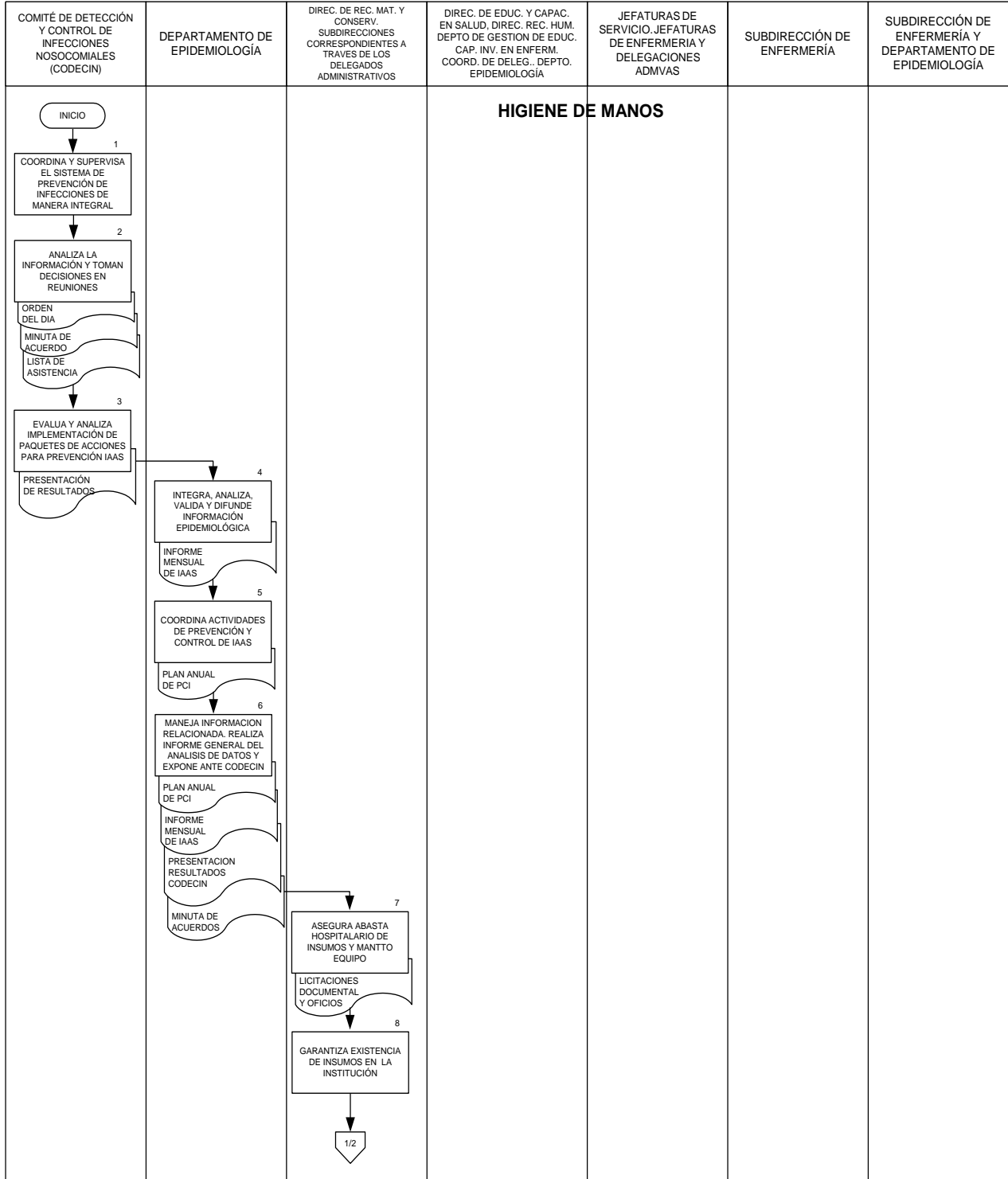
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	



Hoja: 126

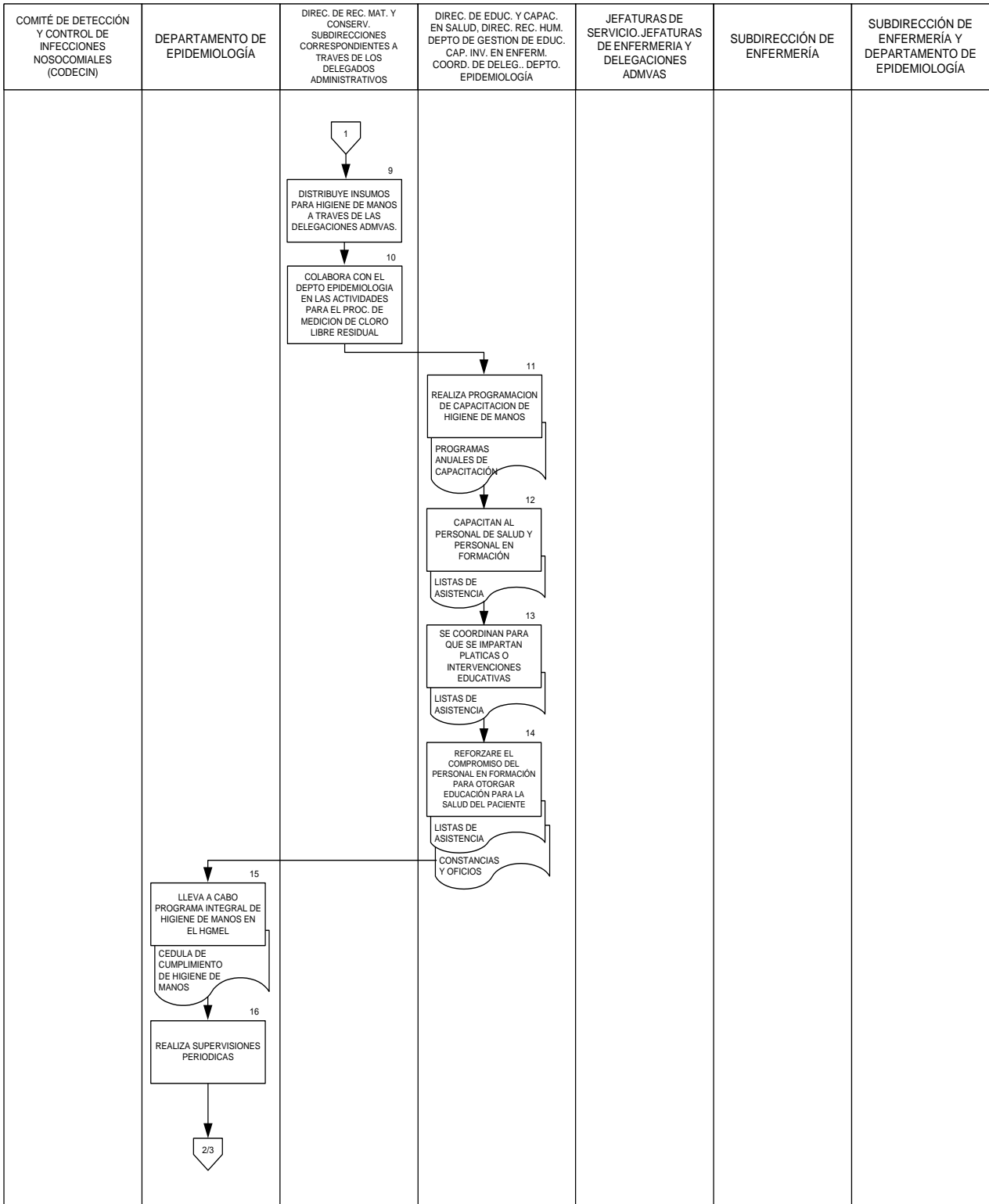
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Enfermería y el Departamento de Epidemiología	28	Realizan de forma coordinada el plan de mejora.	
Todo el personal de la institución (clínico y no clínico)	29	Realiza la Higiene de Manos en los 5 momentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordatorios visuales</li> <li>• Código de Ética y de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"</li> <li>• Manuales de Procedimientos Institucionales</li> </ul>
	30	Consulta los recordatorios visuales si es necesario, al ejecutar la técnica de higiene de manos.	
	31	Apegarse a las estrategias que derivan de las recomendaciones de la OMS y de las adecuaciones derivadas del HGMEI.	
	32	Realiza sus actividades en apego al Código de Ética de las Personas Servidoras Públicas del Gobierno Federal, al Código de Ética y de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y a los Manuales de Procedimientos Institucionales.	
	33	Realiza la higiene de manos a toda persona que ingresa a la institución-	
<b>PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS IAAS</b>			
Departamento de Epidemiología	34	Aplica la herramienta institucional para la evaluación de los Paquetes de Acciones para la prevención de las IAAS. Aplica en la Institución la Cedula Única de Gestión de aplicación periódica de la DGCES, solicitando la información necesaria a las áreas correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédulas de Evaluación</li> <li>• Oficios</li> <li>•</li> </ul>
CODECIN	35	Valida las actualizaciones en las políticas y procedimientos propuestas por sus participantes. Promueve el buen manejo de antisépticos, valida los dispositivos desechables que serán de reuso, así como las políticas o procedimientos para su limpieza y esterilización; políticas o procedimientos para la esterilización de otro material-equipos médicos y políticas de cualquier otro proceso en el que se puedan presentar factores de riesgo que contribuyan a la generación de IAAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta de acuerdos</li> </ul>
<b>TERMINA</b>			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 127



### 5. DIAGRAMA DE FLUJO

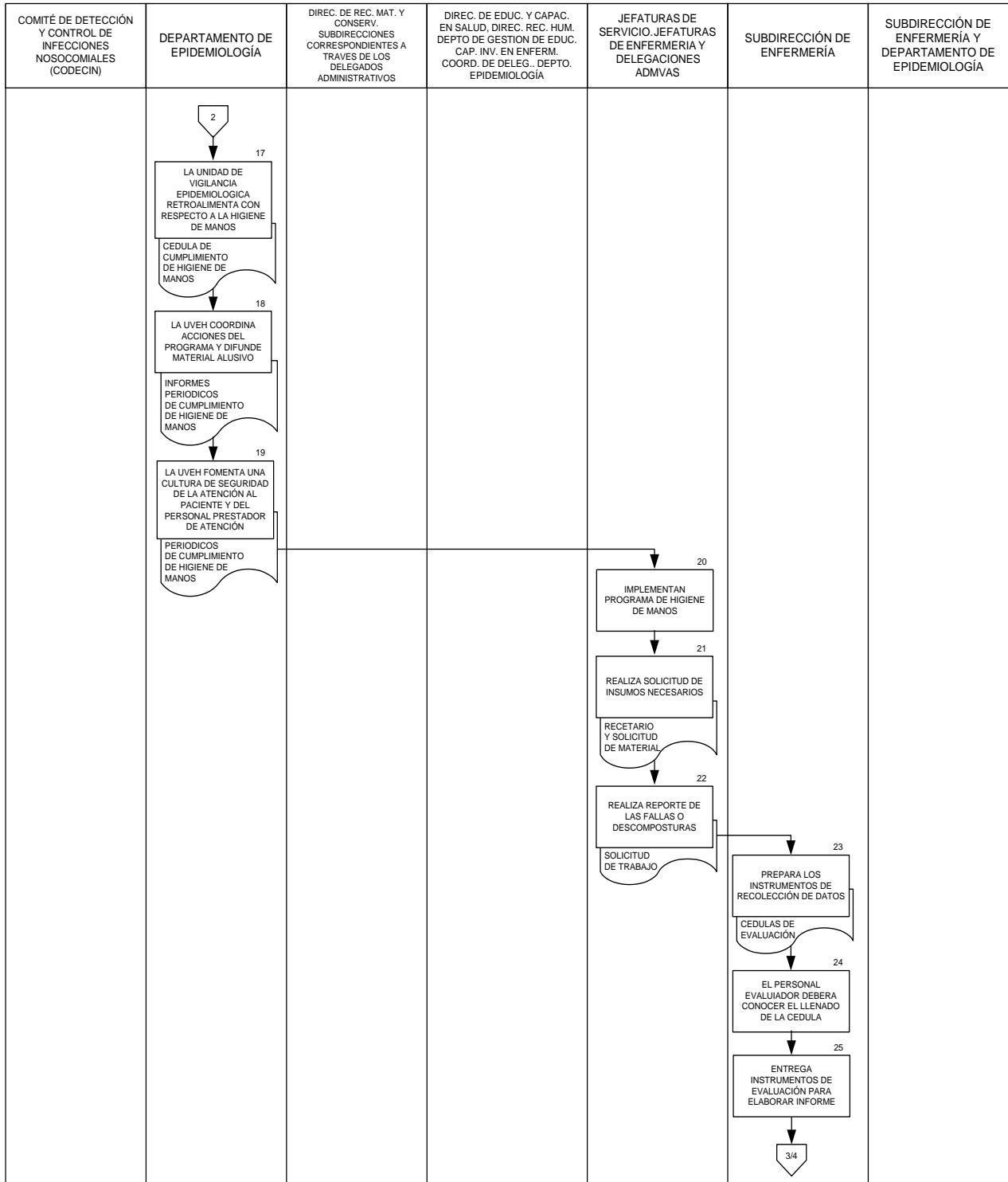


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 128







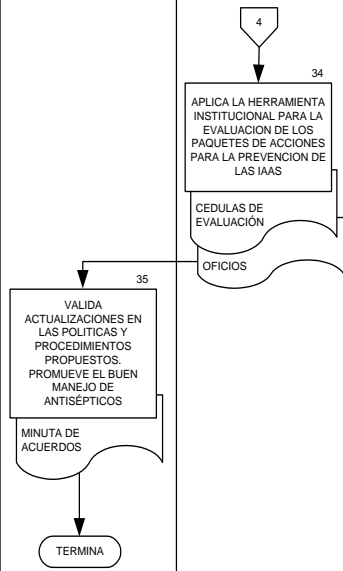
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 129





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		

COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (CODECIN)	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA	DIREC. DE REC. MAT. Y CONSERV. SUBDIRECCIONES CORRESPONDIENTES A TRAVES DE LOS DELEGADOS ADMINISTRATIVOS	DIREC. DE EDUC. Y CAPAC. EN SALUD, DIREC. REC. HUM. DEPTO DE GESTION DE EDUC. CAP. INV. EN ENFERM. COORD. DE DELEG. DEPTO. EPIDEMIOLOGÍA	JEFATURAS DE SERVICIO, JEFATURAS DE ENFERMERIA Y DELEGACIONES ADMVAS	SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	TODO EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (CLÍNICO Y NO CLÍNICO)
					<pre> graph TD     Start3{{3}} --&gt; 26[LLEVA A CABO LA MEDICION DEL INDICADOR INSTITUCIONAL]     26 --&gt; 27[ELABORA INFORMES, ANALISIS Y RESULTADOS]     27 --&gt; 28[REALIZA EN FORMA COORDINADA EL PLAN DE MEJORA]     28 --&gt; 29[REALIZA LA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS]     29 --&gt; 30[CONSULTA RECORDATORIOS VISUALES DE SER NECESARIO]     30 --&gt; 31[APEGARSE A LAS ESTRATEGIAS QUE DERIVAN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS]     31 --&gt; 32[REALIZA ACTIVIDADES EN APEGO AL CODIGO DE ETICA Y MANUALES DE PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES]     32 --&gt; 33[TODA PERSONA QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN, REALIZA HIGIENE DE MANOS]     33 --&gt; End45{{4/5}}           </pre>	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		

COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (CODECIN)	DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA	DIREC. DE REC. MAT. Y CONSERV. SUBDIRECCIONES CORRESPONDIENTES A TRAVES DE LOS DELEGADOS ADMINISTRATIVOS	DIREC. DE EDUC. Y CAPAC. EN SALUD, DIREC. REC. HUM. DEPTO DE GESTION DE EDUC. CAP. INV. EN ENFERM. COORD. DE DELEG. DEPTO. EPIDEMIOLOGÍA	JEFATURAS DE SERVICIO, JEFATURAS DE ENFERMERIA Y DELEGACIONES ADMVAS	SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	TODO EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (CLÍNICO Y NO CLÍNICO)
<b>PAQUETE DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS IAAS</b>						
						

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 132

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 DOF. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Mod.2023).	No aplica
6.2 Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).	No aplica
6.3 Manual técnico de referencia para la higiene de las manos, OMS.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención, y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.5 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica
6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No aplica
6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No Aplica.
6.8 Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. OMS.	No Aplica.



## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos de evaluación Paquetes de Acciones para la Prevención de IAAS.	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica
7.2 Formatos de evaluación de Higiene de Manos	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica
7.3 Formatos de evaluación de PCI (factores de riesgo de IAAS)	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica
7.4 Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	5 años	Departamento de Epidemiología	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cédula Única de Gestión:** Tiene el propósito del análisis de la información obtenida y permitir detectar los riesgos para favorecer la toma de decisiones. Se ve reflejado el éxito de las acciones de mejora implementadas.

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 133

**8.3 CODECIN:** Comité de Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales.

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

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

**8.6 Fluidos corporales:** Sangre; excreciones (por ejemplo, orina, heces, vómitos); meconio; secreciones tales como saliva, lágrimas, esperma, calostro, leche, secreciones mucosas, cerumen, vérnix; exudados y trasudados como, por ejemplo, fluido linfático, pleural, líquido cefalorraquídeo, fluido ascítico, fluido articular, pus (excepto sudor); muestras orgánicas de tejidos, células, órganos, médula ósea, placenta.

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

**8.8 Indicador:** Una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

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



**8.10 Infección nosocomial:** El proceso infeccioso que se presenta después de 48 hrs del ingreso del paciente al hospital o después de transcurridas 48 a 72 hrs. del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio.

**8.11 Mejora Continua:** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes y usuarios.

**8.12 Paquetes de acciones para prevención de IAAS:** grupo de prácticas clínicas basadas en evidencia, relacionadas con un proceso asistencial y que si se realizan conjuntamente producen un resultado sinérgico; se deben aplicar todas las medidas del paquete, todas las veces. Estos paquetes de medidas que ayudan a prevenir las infecciones intrahospitalarias. También llamadas en términos anglosajones como "care bundles".

**8.13 Prestador de atención médica:** Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente. Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

**8.14 Seguridad del paciente:** Atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 134

**8.15 Supervisión:** Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de estas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

#### 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Febrero 2024	Se cambia el nombre del procedimiento a “Procedimiento para la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)” y el procedimiento “Para evaluar la higiene de manos en el prestador de atención médica” se agrega como anexo. Se modifica todo el procedimiento.

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

**10.1** Cedula Única de Gestión de aplicación periódica (DGCES)

**10.2** Cartel de los Cinco Momentos.

**10.3** Cartel de los Cinco Momentos en Consultorio Médico

<b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>  DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 135



### 10.1 Cedula Única de Gestión de aplicación periódica (DGCES)



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

### Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
1.1 Entidad Federativa:				
1.2 Jurisdicción (Nombre y número):				
1.3 Nombre oficial del hospital:				
1.4 CLUES:				
1.5 Dirección:				
1.6 Nombre del director o responsable de la unidad:				
1.7 Teléfono de la unidad:				
1.8 Nombre del responsable para el llenado de la cédula:				
1.9 Correo electrónico del director o responsable de la unidad:				
1.10 Tipo de UCI (pediátrica/ Adultos)				
1.11 Número de camas				
1.12 Período evaluado, indicar mes y año (DD -MMM -AAAA):				
2. ASPECTOS NORMATIVOS				
Criterios a verificar en la unidad (periodicidad semestral)			Sí (Marcar con una X)	No (Marcar con una X)
2.1	¿Hubo como mínimo una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología por cada 100 camas censables o menos? (NOM -045 -SSA2 -2005).			
2.2	¿La persona designada entregó la Cédula Única de Gestión para Identificar el Grado de Cumplimiento de los Procesos que Intervienen en la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud debidamente requisitada al CODECIN?			
2.3	¿Existe evidencia del acta que certifique las sesiones del CODECIN?			
2.4	¿Existe una área específica y adecuada para la preparación de terapia endovenosa?			
2.5	¿El área de preparación de medicamentos tiene acceso restringido? (NOM -022 -SSA3 -2012)			
2.6	¿Cuenta con algún programa de capacitación dirigido a pacientes, familiares, visitantes y personal de salud, referente a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud?			
2.7	¿Existe un manual de procedimientos específicos para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en la unidad?			
Criterios a verificar en la unidad (periodicidad mensual)				
2.8	¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón antiséptico líquido, toallas desechables y alcohol gel al 70% en áreas críticas para la correcta higiene de manos?			
2.9	¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón líquido, toallas desechables y alcohol gel al 70% en otras áreas del hospital, para la higiene de manos acorde a la Guía Multimodal de la OMS?			
Si la respuesta es negativa, detalle el área y los faltantes:				

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para Reducción del Riesgo de Inversiones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		Hoja: 136

3. CAPACITACIÓN							
Criterios a verificar en la unidad del mes inmediato anterior	Resp. Si/No	En caso de ser "SI" la respuesta a cada uno de los criterios a verificar, deberá requisitar el resto de las columnas:				Evaluación de resultados	
		Fecha del Curso	Número de cursos aplicados	Tema:	Número de Asistentes	Si	No
3.1 ¿Se realizan cursos de capacitación en temas de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud dirigido al paciente, familiares y visitantes?							
3.2 ¿Se realizan cursos de capacitación en temas de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, dirigidos al personal de la unidad?							
3.3 ¿Se realizan cursos de capacitación para realizar la adecuada técnica de asepsia, antisepsia, limpieza, desinfección y esterilización, dirigidos al personal involucrado en el proceso por turno considerando a todos los profesionales de la salud?							
3.4 ¿Se realiza capacitación para el uso racional de antimicrobianos acorde a las necesidades identificadas por la unidad?							

4. ASPECTOS PRIORITARIOS		
Criterios a verificar en la unidad del mes inmediato anterior	SI <small>(Marcar con una X)</small>	NO <small>(Marcar con una X)</small>
4.1 ¿Se lleva a cabo un programa integral de higiene de manos basado en la normatividad vigente?		
4.2 ¿Cuenta con un formato que evidencie el apego a la técnicas de higiene de manos en los 5 momentos de acuerdo al programa de higiene de manos?		
4.3 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado para la correcta toma de muestras de laboratorio y cultivos?		
4.4 ¿Existe evidencia de la realización de dos hemocultivos periféricos tomados al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha clínica de bacteriemia?		
4.5 ¿Existe evidencia de la realización de hemocultivos periférico y de catéter, cultivo de soluciones tomadas al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha de bacteriemia asociada a contaminación de soluciones?		
4.6 ¿Se lleva a cabo un programa de manejo integral de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), en apego a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002?		
4.7 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado para prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud?		
4.8 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado de bioseguridad para los trabajadores del hospital con énfasis en atención de accidentes laborales por material punzocortante?		
4.9 ¿Cuenta con evidencia documental del monitoreo de la cloración del agua en las áreas operativas del hospital según la NOM-197-SSA1-2000?		
4.10 ¿Se lleva a cabo un proceso estandarizado para el manejo y transporte de la ropa hospitalaria?		

5. INDICADORES (reporte del mes inmediato anterior)		
Nombre del Indicador	Fórmula	Tasa
5.1 Tasa de Bacteriemia asociada al uso de catéter venoso central	$\frac{\text{Número total de bacteriemias asociadas al uso de catéter venoso central}}{\text{Número de días catéter vía central}} \times 1,000 \text{ días catéter}$	
5.2 Tasa de Infección de Vías Urinarias Asociada al Uso de Cateter Urinario	$\frac{\text{Número total de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical}}{\text{Número total de días sonda vesical}} \times 1,000 \text{ días sonda}$	
5.3 Tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica	$\frac{\text{Número total de neumonías asociadas a ventilación mecánica}}{\text{Número total de días ventilador}} \times 1,000 \text{ días ventilador}$	
5.4 Tasa de Infección en Sitio Quirúrgico	$\frac{\text{Número total de infecciones en sitio quirúrgico}}{\text{Número total de procedimientos quirúrgicos realizados}} \times 100 \text{ procedimientos quirúrgicos}$	












	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para la reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)..	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 141

Prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud


# Está en tus manos

**Lávate con agua y jabón**

Duración de todo el procedimiento: **40 - 60 segundos**




1




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

**Desinfectate con alcohol gel**

Duración de todo el procedimiento: **20 - 30 segundos**




1



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


Cada acción debe repetirse 5 veces

**2**




Frota las palmas de las manos entre sí

**3**




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

**4**




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

**5**




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

**6**




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

**7**




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

**8**



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



Deja secar sin agitar

Una vez secas, tus manos son seguras

Organización Mundial de la Salud

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



Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 5

**GOBIERNO DE MÉXICO**

**SALUD**

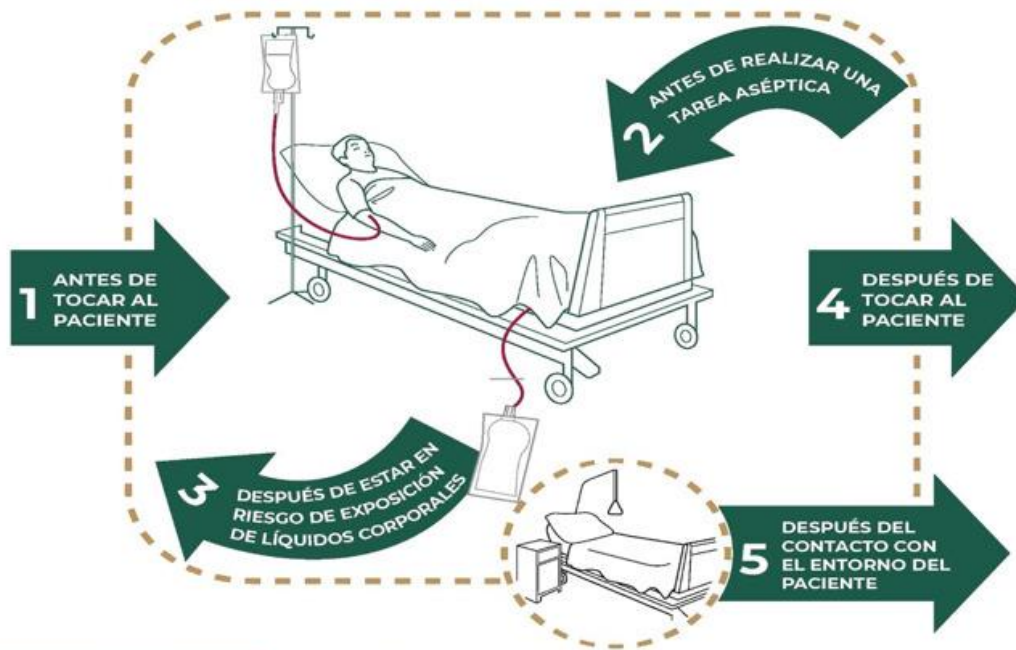
SECRETARÍA DE SALUD

gob.mx/salud

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 0
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	5. Procedimiento para la reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)..		

## 10.2 Cartel de los Cinco Momentos.

# LOS 5 MOMENTOS para la Higiene de las Manos



<b>1</b> ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b> ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica y antes del uso de guantes. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b> DESPUÉS DE ESTAR EN RIESGO DE EXPOSICIÓN DE LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de retirarse los guantes tras el manejo de líquidos corporales. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b> DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar a un paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>5</b> DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.

### 10.3 Cartel de los Cinco Momentos en Consultorio Médico

# LOS 5 MOMENTOS para la Higiene de las Manos

Atención ambulatoria

<b>1</b>	<b>ANTES DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos antes de tocar al paciente <b>¿POR QUÉ?</b> Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos
<b>2</b>	<b>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica y antes del uso de guantes <b>¿POR QUÉ?</b> Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente
<b>3</b>	<b>DESPUÉS DE ESTAR EN RIESGO DE EXPOSICIÓN DE LÍQUIDOS CORPORALES</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos inmediatamente después de retirarse los guantes tras el manejo de líquidos corporales <b>¿POR QUÉ?</b> Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente
<b>4</b>	<b>DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos después de tocar a un paciente <b>¿POR QUÉ?</b> Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente
<b>5</b>	<b>DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b> Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente. <b>¿POR QUÉ?</b> Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente



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

Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 5



[gob.mx/salud](https://www.gob.mx/salud)





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL</b> <i>de MÉXICO</i>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 145

**6. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.	<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Hoja: 146

## 1. PROPÓSITO

1.1 Identificar, prevenir y reducir el daño al paciente por causa de caídas en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga, mediante la evaluación revaloración y la implementación de acciones necesarias para reducir el riesgo de caída.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica organiza la atención médica en los Servicios a través de sus diferentes Direcciones; la Dirección de Administración y Finanzas coordina los procesos internos de planeación, programación, presupuestación, evaluación y control de los Recursos Humanos, Materiales y Financieros para el logro de metas y plan de trabajo institucional; la Dirección Médica, la Dirección Quirúrgica y la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento son responsables de la operación de los Servicios de atención a pacientes; La Dirección de Educación y Capacitación en Salud, forma y actualiza al personal de salud en programas de calidad; La Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos coordina los procesos a través de la integración de procedimientos y difusión de la información hospitalaria; de la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones del Personal de Enfermería relacionadas al cuidado de los pacientes; el Departamento de Trabajo Social, desempeña funciones de asistencia y educación para la salud favoreciendo el acceso a los servicios de salud, y la Coordinación de Delegados administra los recursos humanos y materiales para el ejercicio de los servicios.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1 Es responsabilidad de la Institución a través de las Direcciones y Subdirecciones verificar los factores de riesgo que están asociados a caída, así como gestionar los recursos necesarios para reducir el riesgo de caída:

- Las áreas de baños y regaderas deben contar con barras de sujeción, piso o tapetes antiderrapante.
- Señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo, etc.
- Las escaleras y rampas deben contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- Las áreas de tránsito deben estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.
- Todas las áreas de atención al paciente y la central de enfermeras deben contar con adecuada iluminación.
- Los dispositivos de apoyo para la deambulación, como bastones, andaderas, etc. (en los servicios donde se disponga de este recurso) deben contar con gomas en los puntos de apoyo.
- Mantener los pisos secos y colocar señalización cuando el suelo este mojado.

3.2 Es responsabilidad del Personal que labora en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” reportar a su Jefe Inmediato, las fallas, descomposturas o falta de equipo que se relacione a caídas.

3.3 Es responsabilidad del Personal de Enfermería, en las áreas de hospitalización:

- Valorar el riesgo de caídas al primer contacto y evaluación inicial.
- Revalorar el riesgo de caídas en todos los pacientes:
  - a. Al inicio de cada turno.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 147

- b. En el cambio de área o servicio.
- c. Cambio en el estado de salud.
- d. Cambio o modificación del tratamiento farmacológico.
- e. Al egreso del paciente.
- Documentar la valoración en:
  - La escala de riesgo de caídas Macdems para paciente neonato.
  - La escala de riesgo de caídas Humpty Dumpty modificada para paciente pediátrico, quirúrgico y obstetra.
  - La escala de valoración de riesgo de caídas para paciente adulto del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, para hospitalización.
  - La escala de valoración de riesgo de caídas para paciente adulto del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para paciente ambulatorio.
- Todas las escalas antes mencionadas están incluidas en los Formatos de Registros Clínicos de Enfermería.
- Colocar la alerta visual (tarjeta o sticker) en la cabecera de la cama/tarjeta de identificación y en el brazalete de identificación (sticker) del paciente hospitalizado, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado: color rojo (alto riesgo) o naranja (moderado riesgo). Al paciente con bajo riesgo no se le coloca alerta visual.

3.4 Es responsabilidad del Personal Médico (base, residente, interno), Radiólogo o Laboratorista en áreas de atención ambulatoria, identificar factores de riesgo de caída del paciente en aquellas áreas que no se cuente con personal de Enfermería asignado.

3.5 Es responsabilidad del Personal de Salud (Médico, Enfermería, Camillería, Laboratorio, Radiología, etc.) implementar las **“Acciones para prevenir caídas”** atendiendo a cada grupo etario:

- **Acciones generales para los pacientes de bajo riesgo:**
  - a. Informar al paciente y familia del riesgo de sufrir una caída, así como el significado de la alerta visual.
  - b. Elevar los **barandales** de cama, camilla o cuna y asegurarse de que esté colocado el **freno**.
  - c. Para el traslado del paciente, valorar el estado de salud y determinar el uso de **camilla o silla de ruedas**.
  - d. Colocar **interruptor** del timbre y luz (si se tiene disponible), al **alcance** del paciente.
  - e. Colocar **banco de altura** para uso inmediato cerca de la cama o camilla del paciente.
  - f. Colocar los **objetos personales** como botella con agua, papel higiénico, entre otros, al **alcance** del paciente.
  - g. **Recomendar** que el paciente use **calzado antiderrapante**.
  - h. Determinar la utilización de **silla de baño** (si se tiene disponible), durante el **baño del paciente en regadera**.
  - i. **Mantener al alcance del paciente**, siempre que sea posible, los **aditamentos** de ayuda que utilice para la deambulación (bastones, andadera, lentes, entre otros).
  - j. Recomendar no realizar **cambios bruscos** de postura y/o **incorporar al paciente** de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en la cama o camilla.
  - k. **Explicar** al **paciente y familiar** o acompañante, el **proceso de incorporación** desde la posición en decúbito.
  - l. **Retirar** de la habitación el **equipo o mobiliario** que no se esté utilizando y que represente un **riesgo de caída** para el paciente.
  - m. Colocar la **cama o camilla** en la **posición más baja** (si es posible).
- **Acciones adicionales para pacientes con moderado riesgo:**
  - a. Acciones para pacientes de bajo riesgo.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.		

- b. Gestionar o autorizar **pase de 24 horas**, e informar que siempre debe **permanecer un familiar con el paciente**.
  - c. Informar al **familiar** que, para **mobilizar al paciente**, deberá **solicitar el apoyo** de un integrante del equipo de salud.
  - d. **Acompañar al paciente** durante la **deambulaci3n**, durante el **baño** y uso del **sanitario**.
  - e. **Informar al familiar** que deber1 **elevant los barandales de cama, camilla o cuna** antes de retirarse del 1rea y **notificar** al personal de **Enfermer1a o M1dico**.
- **Acciones adicionales para pacientes con alto riesgo:**
    - a. Acciones para pacientes con bajo y moderado riesgo
    - b. **Informar el nivel de riesgo** de ca1da e **intervenciones realizadas**, al **Personal de Enfermer1a o M1dico** que recibe al paciente, durante la **entrega-recepci3n de paciente** (cambio de turno, cambio de 1rea o servicio).
    - c. **Observar continuamente** al paciente, principalmente durante la **deambulaci3n, baño** y uso de **sanitario**.
    - d. **Trasladar** al paciente en **camilla** y **permanecer en compa1a** del **personal de salud** o un **familiar**, de acuerdo con su estado de salud y asegurarse de que est1 **colocado el freno**.
    - e. En **1reas de atenci3n ambulatoria** (Consulta Externa, Radiolog1a, Quimioterapia, etc.)
      - o Dar **preferencia** en la **sala de espera**, para que **permanezcan sentado**.
      - o **Priorizar la atenci3n a pacientes** con **aditamentos de apoyo** para la **deambulaci3n**.
      - o **Vigilancia continua** por M1dico, Enfermer1a y Radi3logo.


3.6 Es responsabilidad del Personal M1dico y de Enfermer1a proporcionar educaci3n al paciente y su familia sobre las **“Acciones para prevenir ca1das”** y documentar en el expediente cl1nico del paciente hospitalizado.

3.7 Es responsabilidad del Personal M1dico, Enfermer1a, Radi3logo y Trabajador Social orientar al paciente y su familia sobre las **“Acciones para prevenir ca1das”**, en 1reas de atenci3n ambulatoria.

3.8 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo, en su 1mbito de competencia, supervisar y documentar (libreta de entrega de turno, reporte diario, libreta de supervisi3n, etc.), las actividades establecidas en este procedimiento con el personal a su cargo.

3.9 Es responsabilidad del Personal que labora en el Hospital General de M1xico “Dr. Eduardo Liceaga” notificar los incidentes mediante el Formato Institucional de Notificaci3n de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente al Departamento de Evaluaci3n de Calidad de la Atenci3n M1dica (*Ver Procedimiento para el reporte y an1lisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente*, del Manual de Procedimientos de la Direcci3n de Planeaci3n y Desarrollo de Sistemas Administrativos).


3.10 Todo el personal del Hospital General de M1xico “Dr. Eduardo Liceaga”, deber1 conducirse conforme a lo establecido en el C3digo de 1tica de las Personas Servidoras P1blicas del Gobierno Federal, as1 como al C3digo de Bio1tica y al C3digo de 1tica y de Conducta vigente.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.

Hoja: 149



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Salud	1	Reporta fallas, descomposturas o falta de equipo que se relacione a caídas.	
Personal de Enfermería	2	Realiza valoración del riesgo de caídas en el paciente hospitalizado al primer contacto y evaluación inicial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de Registros Clínicos de Enfermería</li> </ul>
	3	Revalora el riesgo de caída en el paciente hospitalizado al inicio de cada turno, en el cambio de área o servicio, cambio en el estado de salud, cambio o modificación del tratamiento farmacológico.	
	4	Documenta resultado de la valoración en la escala de riesgo de caídas del Formato de Registro Clínicos de Enfermería.	
	5	Clasifica el nivel de riesgo de caída del paciente de acuerdo con la escala que corresponda.	
	6	Coloca alerta visual (tarjeta o sticker) en la cabecera de la cama/tarjeta de identificación y en el brazalete de identificación (sticker) de acuerdo con la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Color rojo a paciente con alto riesgo.</li> <li>• Color naranja a paciente con moderado riesgo.</li> <li>• Sin alerta visual al paciente con bajo riesgo.</li> </ul>	
	7	Realiza las <b>“Acciones para prevenir caídas”</b> de acuerdo con el nivel de riesgo identificado.	
	8	Documenta un Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente con moderado y alto riesgo de caída en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería.	
	Personal de Salud	9	
10		Implementa <b>“Acciones para prevenir caídas”</b> en el paciente hospitalizado con bajo, moderado o alto riesgo de caídas.	
Personal Médico (base, residente, interno),	11	Identifica factores de riesgo de caída en el paciente en áreas de atención ambulatoria que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Acciones para</li> </ul>

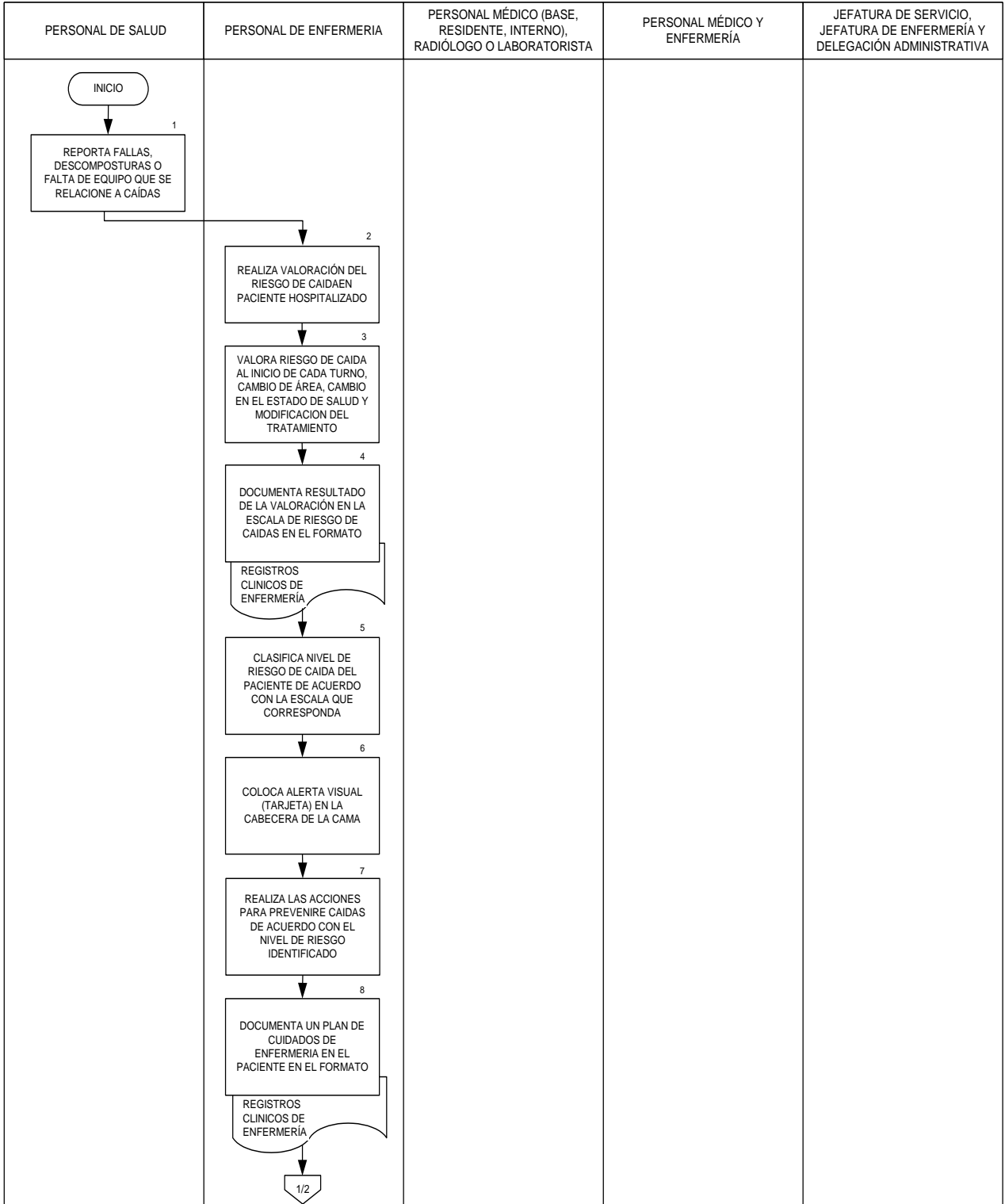
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.

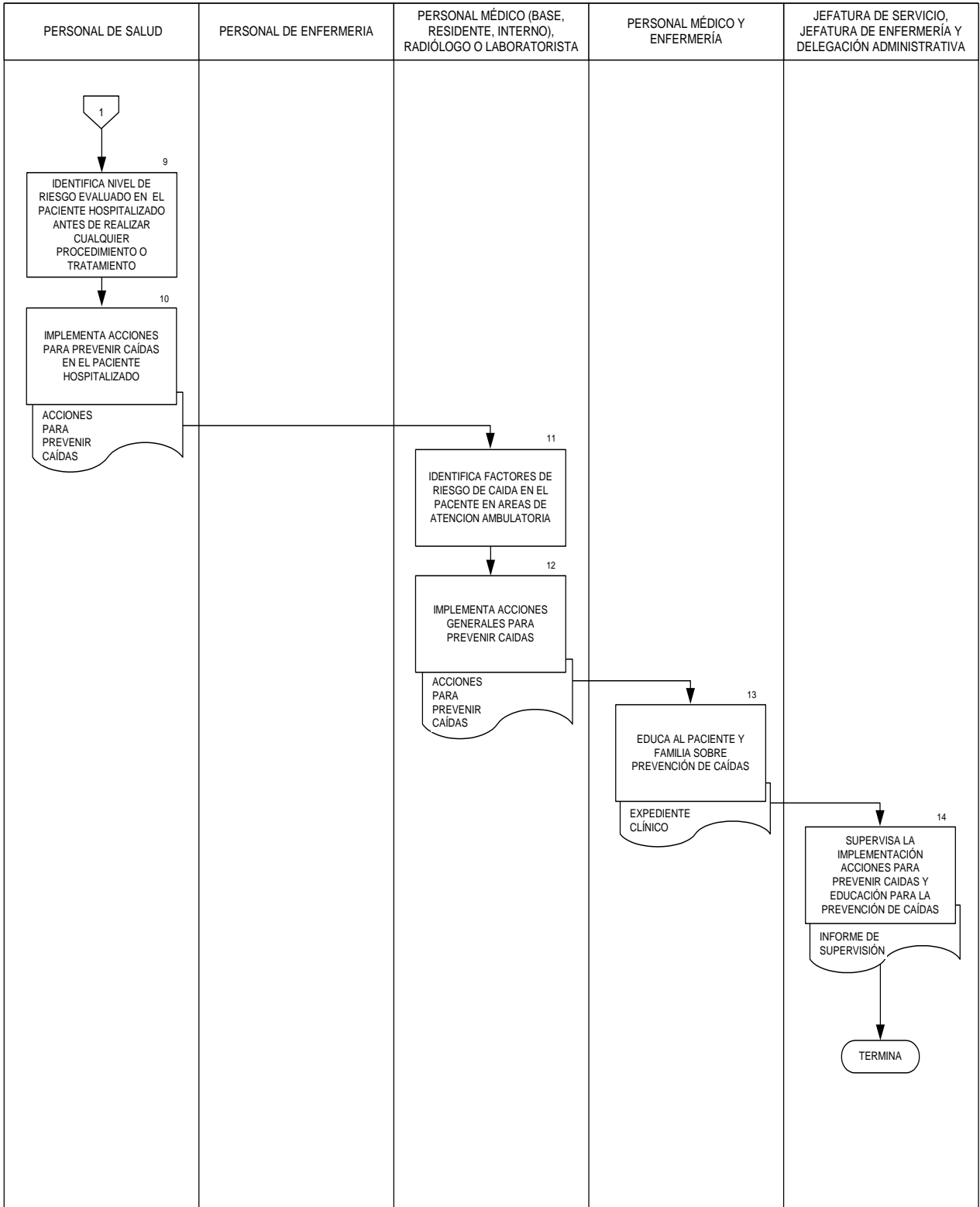
Hoja: 150

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Radiólogo o Laboratorista	12	no se cuente con personal de Enfermería asignado.  Implementa <b>“Acciones generales para prevenir caídas”</b>	prevenir caídas”
Personal Médico y Enfermería	13	Educa al paciente y familia sobre prevención de caídas.	• Expediente Clínico
Jefatura de Servicio, Jefatura de Enfermería y Delegación Administrativa	14	Supervisa entre el personal a su cargo la implementación <b>“Acciones para prevenir caídas”</b> y educación para la prevención de caídas.  <b>TERMINA</b>	• Informe de Supervisión



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 151

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO







 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.	No aplica
6.3 Modelo Único de Evaluación de la Calidad: Criterios y Estándares Anexo B CUNCEEC. Consejo de Salubridad General.	No aplica
6.4 Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaría de Salud.	No Aplica
6.5 Recomendaciones específicas para Enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	No Aplica
6.6 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No aplica
6.7 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería	5 años	Archivo clínico	No Aplica
7.2 Expediente clínico	5 años	Archivo clínico	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



**8.1 Educación al Paciente:** enseñanza que se le proporciona al usuario de la institución de acuerdo con su condición clínica y organización del Hospital.

**8.2 Escala de Riesgo de caída:** Es la herramienta que tiene como objetivo evaluar el riesgo de caídas del agente de autocuidado durante su hospitalización, considerando los criterios de: edad, antecedentes de caídas, diagnóstico, fuerza muscular, deambulación, horas de pos operados, sedación, deterioro cognitivo, polifarmacia, efectos de reducción, visión y problemas de comunicación. La escala de caídas evalúa los factores de riesgo intrínsecos (agente de autocuidado) y extrínsecos (entorno), lo que permite a la valoración de Enfermería determinar el riesgo (de 1 a 3) que corresponde a cada uno de los parámetros de la escala.

**8.3 Evaluación inicial:** Proceso a través del cual se obtiene información para ser analizada y permite elaborar un plan de atención específico para cada paciente, que se efectivo, oportuno y asertivo. La evaluación inicial se da dentro de las primeras 24 horas de hospitalizado.

**8.4 Gestionar:** Se refiere al modo en que se planifica, organiza, dirige y controla, a nivel general o particular, una organización de Servicios de Salud.

**8.5 Incidentes Relacionados a la Seguridad del Paciente (IRSP):** evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	6. Procedimiento para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 154

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

**8.7 Paciente:** A todo aquel usuario beneficiario de directo de la atención médica.

**8.8 Personal de Salud:** Persona que proporciona atención directa e indirecta al paciente.

**8.9 Posición en decúbito:** se refiere a la postura que la persona adopta estando acostada. Se define de acuerdo la parte que descansa sobre la superficie: decúbito dorsal o supino (sujeto recostado sobre el dorso), decúbito lateral izquierdo (sujeto recostado sobre el lado izquierdo), decúbito lateral derecho (sujeto recostado sobre el lado derecho) o decúbito ventral o prono (sujeto descansando boca abajo, sobre el abdomen).

**8.10 Prevención de caída:** Se refiere a todas las acciones que se proporcionan al paciente con la finalidad de evitar su precipitación al suelo en contra de su voluntad; para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

**8.11 Revaloración de Enfermería:** Son todas aquellas valoraciones subsecuentes a la valoración de Enfermería.

**8.12 Riesgo de caída:** Aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

**8.13 Supervisar:** Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de estas, en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

**8.14 Tarjeta de Identificación:** Medio gráfico impreso que se coloca en la cabecera de la cama del paciente y contiene datos como nombre y apellidos completos, fecha de nacimiento, número de expediente clínico, edad, grupo sanguíneo y factor Rh, fecha de ingreso, hora de ingreso, alergias y riesgo de caídas del paciente.

**8.15 Valoración de Enfermería:** Obtención y análisis de la información sobre el estado de salud de la persona, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud que se realiza al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
1	Julio 2023	Se modificó redacción de la política 3.3, 3.4, 3.5 3.7 y la actividad 3.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería Área de hospitalización

10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería Consulta Externa















## 10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería Consulta Externa

**FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERIA**  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
**CONSULTA EXTERNA**  
 HABITUS EXTERIOR  
**FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**


**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD




**HOSPITAL GENERAL de MÉXICO**  
DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años SEXO: FEMENINO  MASCULINO   
 TIPO DE CONSULTA: PRIMERA VEZ  SUBSECUENTE  EXPEDIENTE CLÍNICO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO O NÚMERO DE CONSULTORIO: \_\_\_\_\_ HORA DE CITA PROGRAMADA: \_\_\_\_\_

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">REQUISITOS UNIVERSALES</th> <th colspan="5"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>SIGNOS VITALES</b></td> <td style="text-align: center;">Horario</td> <td style="text-align: center;">40°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Temperatura</td> <td style="text-align: center;">39°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">38°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">37°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">36°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Presión Arterial</td> <td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Frecuencia Respiratoria</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Frecuencia Cardíaca</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Saturación de oxígeno</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">REACTIVOS</td> <td style="text-align: center;">Glucemia capilar</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">Otros:</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	REQUISITOS UNIVERSALES							<b>SIGNOS VITALES</b>	Horario	40°C					Temperatura	39°C					38°C					37°C					36°C					35°C					Presión Arterial		/	/	/	/	Frecuencia Respiratoria						Frecuencia Cardíaca						Saturación de oxígeno						REACTIVOS		Glucemia capilar						Otros:				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="11" style="text-align: center;">ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y COMPORTAMIENTO "CAMPBELL"</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Localización: _____</td> </tr> </tbody> </table>	ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR																						0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y COMPORTAMIENTO "CAMPBELL"		(Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea)		RESULTADO		Localización: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESCALA VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">FACTORES DE RIESGO</td> <td style="text-align: center;">Valoración</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Antecedente de caídas</td> <td style="text-align: center;">1-2</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Fuerza muscular</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Deambulación</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Deterioro cognitivo</td> <td style="text-align: center;">1-2</td> </tr> <tr> <td>Polifarmacia</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Efectos de medicación</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Visión</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td>Problemas de comunicación</td> <td style="text-align: center;">1-3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TOTAL</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Identificación del riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bajo riesgo= menor a 13 puntos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moderado riesgo= de 14 a 16 puntos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alto riesgo= mayor a 17 puntos.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ESCALA VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS		FACTORES DE RIESGO	Valoración	Edad	1-3	Antecedente de caídas	1-2	Diagnóstico	1-3	Fuerza muscular	1-3	Deambulación	1-3	Deterioro cognitivo	1-2	Polifarmacia	1-3	Efectos de medicación	1-3	Visión	1-3	Problemas de comunicación	1-3	<b>TOTAL</b>		Identificación del riesgo		Bajo riesgo= menor a 13 puntos		Moderado riesgo= de 14 a 16 puntos		Alto riesgo= mayor a 17 puntos.	
REQUISITOS UNIVERSALES																																																																																																																																																									
<b>SIGNOS VITALES</b>	Horario	40°C																																																																																																																																																							
	Temperatura	39°C																																																																																																																																																							
		38°C																																																																																																																																																							
		37°C																																																																																																																																																							
		36°C																																																																																																																																																							
		35°C																																																																																																																																																							
		Presión Arterial		/	/	/	/																																																																																																																																																		
Frecuencia Respiratoria																																																																																																																																																									
Frecuencia Cardíaca																																																																																																																																																									
Saturación de oxígeno																																																																																																																																																									
REACTIVOS		Glucemia capilar																																																																																																																																																							
		Otros:																																																																																																																																																							
ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR																																																																																																																																																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																															
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y COMPORTAMIENTO "CAMPBELL"																																																																																																																																																									
(Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea)																																																																																																																																																									
RESULTADO																																																																																																																																																									
Localización: _____																																																																																																																																																									
ESCALA VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS																																																																																																																																																									
FACTORES DE RIESGO	Valoración																																																																																																																																																								
Edad	1-3																																																																																																																																																								
Antecedente de caídas	1-2																																																																																																																																																								
Diagnóstico	1-3																																																																																																																																																								
Fuerza muscular	1-3																																																																																																																																																								
Deambulación	1-3																																																																																																																																																								
Deterioro cognitivo	1-2																																																																																																																																																								
Polifarmacia	1-3																																																																																																																																																								
Efectos de medicación	1-3																																																																																																																																																								
Visión	1-3																																																																																																																																																								
Problemas de comunicación	1-3																																																																																																																																																								
<b>TOTAL</b>																																																																																																																																																									
Identificación del riesgo																																																																																																																																																									
Bajo riesgo= menor a 13 puntos																																																																																																																																																									
Moderado riesgo= de 14 a 16 puntos																																																																																																																																																									
Alto riesgo= mayor a 17 puntos.																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN NUTRICIONAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ayuno</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Peso:</td> <td>_____ kilogramos</td> </tr> <tr> <td>Talla:</td> <td>_____ metros</td> </tr> <tr> <td>Perímetros</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	VALORACIÓN NUTRICIONAL		Ayuno	_____	Peso:	_____ kilogramos	Talla:	_____ metros	Perímetros	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">ÍNDICE DE MASA CORPORAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>CLASIFICACIÓN</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Resultado:</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bajo peso</td> <td style="text-align: center;">18.4</td> <td>Obesidad mayor o igual a 30 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td style="text-align: center;">18.5-24.9</td> <td>tipo: _____</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td>Desnutrición menor a 18.4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preobeso</td> <td style="text-align: center;">25.1-29.9</td> <td>tipo: _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ÍNDICE DE MASA CORPORAL				<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>Resultado:</b>			Bajo peso	18.4	Obesidad mayor o igual a 30 <input type="checkbox"/>	Normal	18.5-24.9	tipo: _____	Sobrepeso	25	Desnutrición menor a 18.4 <input type="checkbox"/>	Preobeso	25.1-29.9	tipo: _____																																																																																																																										
VALORACIÓN NUTRICIONAL																																																																																																																																																									
Ayuno	_____																																																																																																																																																								
Peso:	_____ kilogramos																																																																																																																																																								
Talla:	_____ metros																																																																																																																																																								
Perímetros	_____																																																																																																																																																								
ÍNDICE DE MASA CORPORAL																																																																																																																																																									
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>Resultado:</b>																																																																																																																																																								
	Bajo peso	18.4	Obesidad mayor o igual a 30 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																						
	Normal	18.5-24.9	tipo: _____																																																																																																																																																						
	Sobrepeso	25	Desnutrición menor a 18.4 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																						
Preobeso	25.1-29.9	tipo: _____																																																																																																																																																							



  

INTERVENCIONES/ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	MÓDULO DE SIGNOS VITALES		CONSULTORIO	
	MATUTINO	VESPERTINO	MATUTINO	VESPERTINO
Actividades específicas de la especialidad: _____				
Apoyo educativo para prevención de caídas _____				
Asistencia al médico durante la consulta: _____				
Derivación al servicio de urgencias médico-quirúrgicas. Hora: _____				
Educación para la salud: _____				
Enseñanza sobre los medicamentos prescritos _____				
Enseñanza proceso enfermedad: _____				
Enseñanza: _____				
Escucha activa: _____				
Identificación de riesgos _____				
Identificación del paciente _____				
Orientación para pruebas diagnósticas _____				
Orientación e información adicional _____				
Otras: _____				
<b>OBSERVACIONES</b>				
Nombre (s), apellidos completos y firma de la enfermera(o).				
<b>TURNOS</b>	<b>MODULO DE SIGNOS VITALES</b>		<b>CONSULTORIO</b>	
PRIMER TURNO:				
SEGUNDO TURNO:				

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	 DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 160

**7. PROCEDIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN, NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELA**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 161

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer las actividades para realizar el reporte y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que ocurren durante los procesos de atención en el Hospital General de México “Eduardo Liceaga”, con la finalidad de conocer patrones, tendencias y la causa-raíz que los ocasionan, y que nos permita implementar estrategias de mejora que ayuden a prevenirlos, mitigarlos y/o extinguirlo, aumentando así la seguridad y calidad de la atención en nuestros pacientes.

### Objetivo General

Promover la cultura de seguridad del paciente entre el personal clínico y no clínico e implementar un Sistema de Notificación, Análisis y Seguimiento de Eventos Adversos, Cuasifallas y Eventos Centinela, para el análisis causa raíz, así como de patrones y tendencias, de la información generada en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, para favorecer la toma de decisiones y la implementación de mejoras para prevenir la recurrencia y aprender de los errores.

### Objetivo Específico

Concientizar y sensibilizar al personal de salud para promover una cultura de seguridad y calidad de la atención médica.

Promover la identificación de eventos centinela (EC), eventos adversos (EA) y cuasifallas (C) para su notificación a través del formato.

Analizar los mecanismos de producción de EC, EA y C durante el proceso de atención médica para retroalimentar al personal involucrado y establecer las acciones de mejora que favorezcan su prevención.

Proponer, priorizar y proporcionar información útil para la mejora de la seguridad del paciente y de la calidad de los servicios.

Diseñar e implementar estrategias de mejora identificando los riesgos y problemas para posteriormente ir al análisis, y modificar conductas a fin de reducir el número de eventos adversos.

Orientar y promover acciones en favor de la responsabilidad social del personal de salud.

## 2. ALCANCE



2.1 A nivel interno: es aplicable a todo el personal clínico y no clínico en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGMEI).

2.2 A nivel externo: El procedimiento no aplica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Dirección General, la Dirección de Coordinación Médica, la Dirección de Administración y Finanzas, las Direcciones Quirúrgica, Médica, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento aprueban la aplicación del procedimiento.

3.2 La Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica coordina los trabajos para llevar a cabo la actualización del procedimiento.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 162

3.3 Es responsabilidad de los Directores, Subdirectores, Jefes de Servicio, Jefes de Enfermería, Jefes de Departamento, Supervisores, Coordinadores y personal con funciones de Delegados Administrativos, difundir, promover y apoyar el REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, de manera NO PUNITIVA, CONFIDENCIAL y VOLUNTARIA, asegurando que todos el personal clínico y no clínico que efectúa un reporte, esté libre de represalias o castigos como resultado de éste.

3.4 Los Jefes de Servicio, Jefes de Enfermería, Jefes de Departamento, Supervisores, Coordinadores y personal con funciones de Delegados Administrativos supervisan la aplicación correcta del procedimiento en su ámbito de competencia.

3.5 La Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica (UCYSAM) y la Subdirección de Enfermería a través de Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica (DECAM), la Coordinación de Calidad y Seguridad en enfermería y la Coordinación de Farmacia Hospitalaria respectivamente asesorarán a las áreas operativas respecto a las capacitaciones en materia de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).

3.6 La UCYSAM a través del DECAM, asesorará a los Jefes de Servicio, Jefes de Enfermería, Jefes de Departamento, y personal con funciones de Delegados Administrativos y en los trabajos de actualización y difusión de las definiciones operativas cada año.

3.7 La UCYSAM autorizará las actualizaciones en el procedimiento y formato, los cuales se darán a conocer en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

3.8 Para el reporte de los IRSP, se utilizarán las herramientas *“Formato para el reporte de Errores de Medicación”* y *“Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)”*.

3.9 La Coordinación de Farmacia Hospitalaria realizará la recepción de reportes mediante el *“Formato para el Reporte de Errores de Medicación”* así como el registro, resguardo de la información referente a Cuasifallas y Errores de Medicación.

3.10 La Coordinación de Farmacia Hospitalaria investigará aquellos reportes de Cuasifallas y Errores de Medicación que al obtener más información pudieran reclasificarse como Eventos Centinela, esto con la finalidad de iniciar inmediatamente el Análisis Causa Raíz correspondiente.



3.11 La Coordinación de Farmacia Hospitalaria será responsable de analizar las Cuasifallas y Errores de Medicación mediante Patrones y Tendencias; los Eventos Centinela por Análisis Causa Raíz.

3.12 El DECAM realizará la recepción de reportes mediante el *Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)”* así como el registro, resguardo de la información referente a Cuasifallas y Errores de Medicación.

3.13 El DECAM investigará aquellos reportes de Eventos Adversos que al obtener más información pudieran reclasificarse como Eventos Centinela, esto con la finalidad de iniciar inmediatamente el Análisis Causa Raíz correspondiente.

3.14 El DECAM será responsable de analizar las Cuasifallas y Eventos Adversos mediante Patrones y Tendencias; los Eventos Centinela por Análisis Causa Raíz.

3.15 Los Errores de Medicación, los Eventos Adversos y Cuasifallas se analizarán mediante Patrones y Tendencias al menos cada 6 meses.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 163

3.16 El Departamento de Vigilancia Epidemiológica deberá notificar a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria, las Cuasifallas y Errores derivados del proceso de vacunación.

3.17 El HGMEL considera como las segundas víctimas al personal de salud que está involucrado en un Evento Adverso, Cuasifalla, Centinela y/o Error de Medicación; cuando los profesionales presentan afección física, emocional, psicológica y/o laboral, sienten miedo, dudas acerca de su capacidad para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad (trastorno de stress postraumático) a consecuencia de los incidentes, para evitar dichas afecciones o mitigarlas y apoya al personal a recibir medidas de soporte, cuando lo solicita y acepta.

3.18 La UCySAM a través el DECAM presentará a las Áreas y/o Servicios involucrados, el resultado de los Análisis de Patrones y Tendencias, así como de los de Causa Raíz, las conclusiones, las recomendaciones considerando segunda víctima, el consenso de las acciones de mejora y su seguimiento.

3.19 La UCySAM a través de la Coordinación de Farmacia Hospitalaria presentará a las Áreas y/o Servicios involucrados, el resultado de los Análisis de Patrones y Tendencias, así como de los de Causa Raíz, las conclusiones, las recomendaciones considerando segunda víctima, el consenso de las acciones de mejora y su seguimiento.

3.20 La Coordinación de Farmacia Hospitalaria presentará a la UCYSAM el Análisis de Patrones y Tendencias de Cuasifallas y Errores de Medicación de manera trimestral en la tercera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero, así también elaborará las recomendaciones y el seguimiento a las estrategias de mejora que ayuden a prevenir y disminuirlos.



3.21 El DECAM presentará a la UCYSAM el Análisis de Patrones y Tendencias de Cuasifallas y Eventos Adversos de manera trimestral en la tercera semana de los meses de abril, julio, octubre y enero, así también elaborará las recomendaciones y el seguimiento a las estrategias de mejora que ayuden a prevenir y disminuirlos.

3.22 Las Áreas y/o Servicios deberán reportar y notificar los IRSP asociados a catéteres y lesiones en tejidos al DECAM y enviarán una copia del reporte con el sello de recibido a la Clínica de Accesos Intravasculares (CAI) y/o Clínica Multidisciplinaria de Heridas y Estomas (CMHE) según corresponda.

3.23 El COCASEP presentará los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela, con el fin de identificar patrones y tendencias para el diseño e implementación de las acciones de mejora.

3.24 Para el HGMEL dentro de sus definiciones operativas considera los Eventos Centinela, que se analizan mediante la metodología de Análisis Causa-Raíz en un periodo no mayor a 45 días, y que corresponde a todo hallazgo que involucra la muerte imprevista o la pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente, atendiendo a lo siguiente:

- Muerte imprevista que no se relaciona con el curso natural de la enfermedad del paciente o el problema subyacente del paciente.
- Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente, o como resultado de una intervención
- Cirugía en el sitio anatómico incorrecto, procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 164

- Muerte materna.
- Muerte neonatal
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio de paciente.
- Violación sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
- Entrega de Cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

3.25 Los resultados del registro de Cuasifallas, Eventos Adversos, Errores de Medicación y Centinela se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, con el fin de establecer las acciones de mejora.



3.26 Los resultados del análisis de las Cuasifallas, Eventos Adversos, Errores de Medicación y Centinela se presentarán a través de la UCySAM al cuerpo directivo y al personal del HGMEI al menos una vez al año en una sesión general.

3.27 El Jefe de Servicio, Departamento, Área y/o Unidad, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo serán responsables de:

- Incluir en la orientación o inducción al puesto, los temas relacionados con la identificación y reporte de IRSP y Errores de Medicación.
- Exhortar al personal a su cargo al reporte de IRSP y Errores de Medicación.
- Fomentar la notificación de IRSP y Errores de Medicación en el personal a su cargo.
- Enviar los Formatos para el reporte de IRSP en original y copia al DECAM que le sean entregados por el personal a su cargo.
- Enviar los Formatos para el reporte Errores de Medicación en original y copia a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria que le sean entregados por el personal a su cargo.
- Implementar y verificar las actividades de control y/o barreras de seguridad para reducir la probabilidad de que el o los IRSP y Errores de Medicación, vuelvan a ocurrir por la misma causa.
- Reportar al DECAM y a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria el avance de las acciones de mejora convenidas en el tiempo estipulado.


3.28 Es responsabilidad de todo el personal, incluyendo al recurso humano en formación:

- Reportar en tiempo y forma, en los formatos correspondientes, todos los IRSP y Errores de Medicación que identifique.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 165

- Entregar los Formatos para el reporte de IRSP en original y copia al DECAM o al Jefe de Área para que los remita al DECAM.
- Entregar los Formatos para el reporte Errores de Medicación en original y copia a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria o al Jefe de Área para que los remita a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria.
- Reportar inmediatamente al DECAM o a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria los Eventos Centinela, según corresponda.


3.29 Todo el personal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", deberá conducirse conforme a lo establecido en el Código de Ética de la Administración Públicas Federal, así como al Código de Bioética y al Código de Ética y de Conducta vigente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.

Hoja: 166

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal del Hospital y recurso humano en formación	1	Identifican y reportan los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP) y los Errores de Medicación (EM). <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los Errores y Cuasifallas de Medicación se reportan en el <i>Formato para el reporte de Errores de Medicación</i> y se entregan a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria o al Jefe de Área.</li> <li>➤ Las Cuasifallas, Eventos Adversos y Eventos Centinela se reportan en el <i>Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)</i> y se entregan al DECAM o al Jefe de Área.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato para el reporte de Errores de Medicación.</li> <li>• Formato para el reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).</li> </ul>
	2	Los Eventos Centinela de IRSP se notifican INMEDIATAMENTE al DECAM.	
	3	Los Eventos Centinela de Errores de Medicación se notifican INMEDIATAMENTE a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria.	
Jefatura de Servicio, Departamento, Área y/o Unidad, Jefatura de Enfermería y Delegación Administrativa.	4	Recibe en original el Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente o el Formato para el reporte de Errores de Medicación y verifica el correcto llenado.  ¿Esta requisitado correctamente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente</li> <li>• Formato para el reporte de Errores de Medicación.</li> </ul>
	5	No: Devuelve al personal que lo elaboró para su corrección. Regresa a la actividad 1.	
	6	Si: Envía al DECAM o a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria.	
DECAM o Coordinación de Farmacia Hospitalaria.	7	Recibe en original el Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente o el Formato para el Reporte de Errores de Medicación y valida la información de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente</li> <li>• Formato para el reporte de Errores de Medicación.</li> <li>• Base de datos.</li> <li>• Informe Trimestral.</li> </ul>
	8	Clasifica y registra en la base de datos.	
	9	Elabora el informe trimestral del Análisis de Patrones y Tendencias, y lo envía a la UCYSAM.	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.

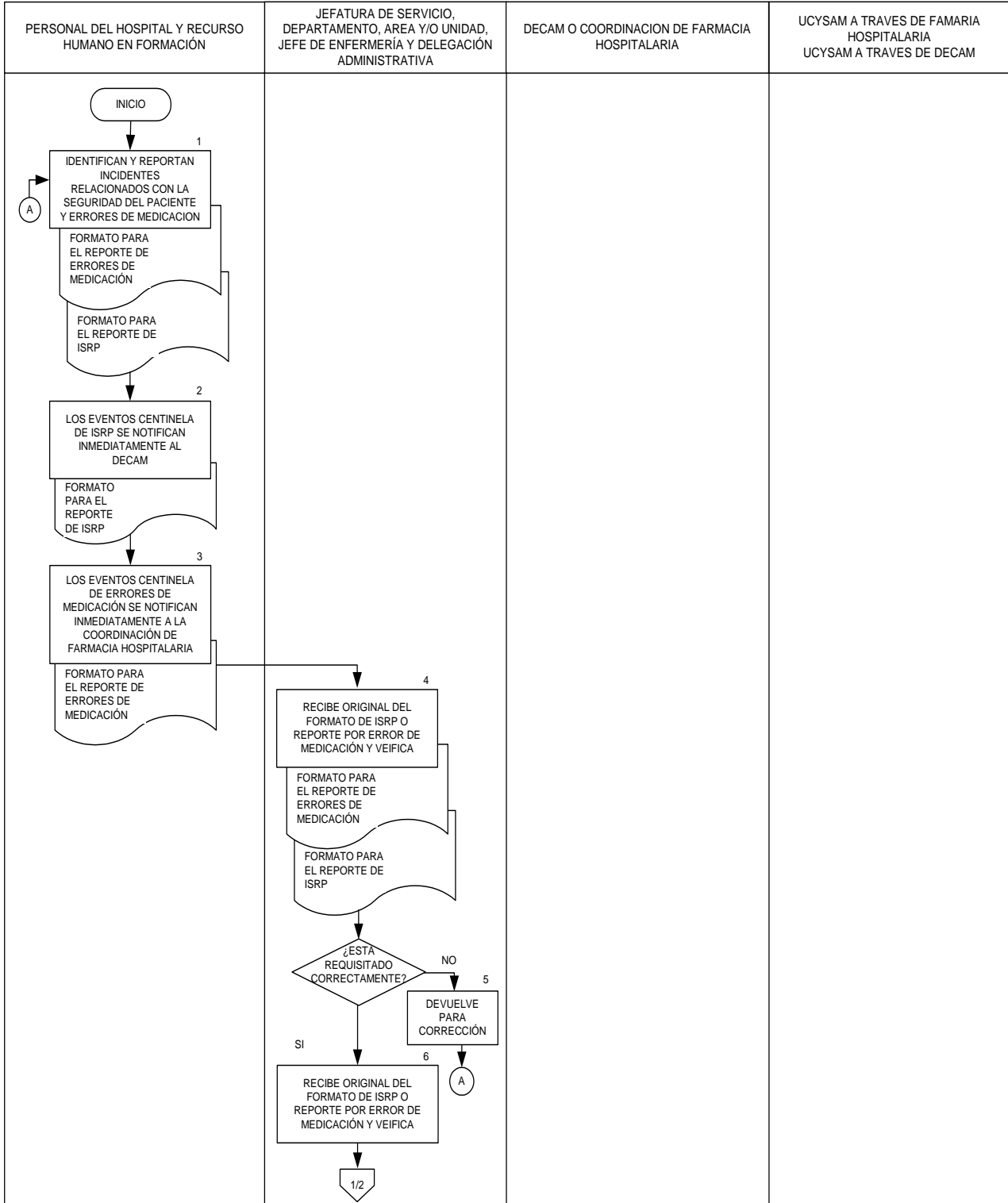
Hoja: 167

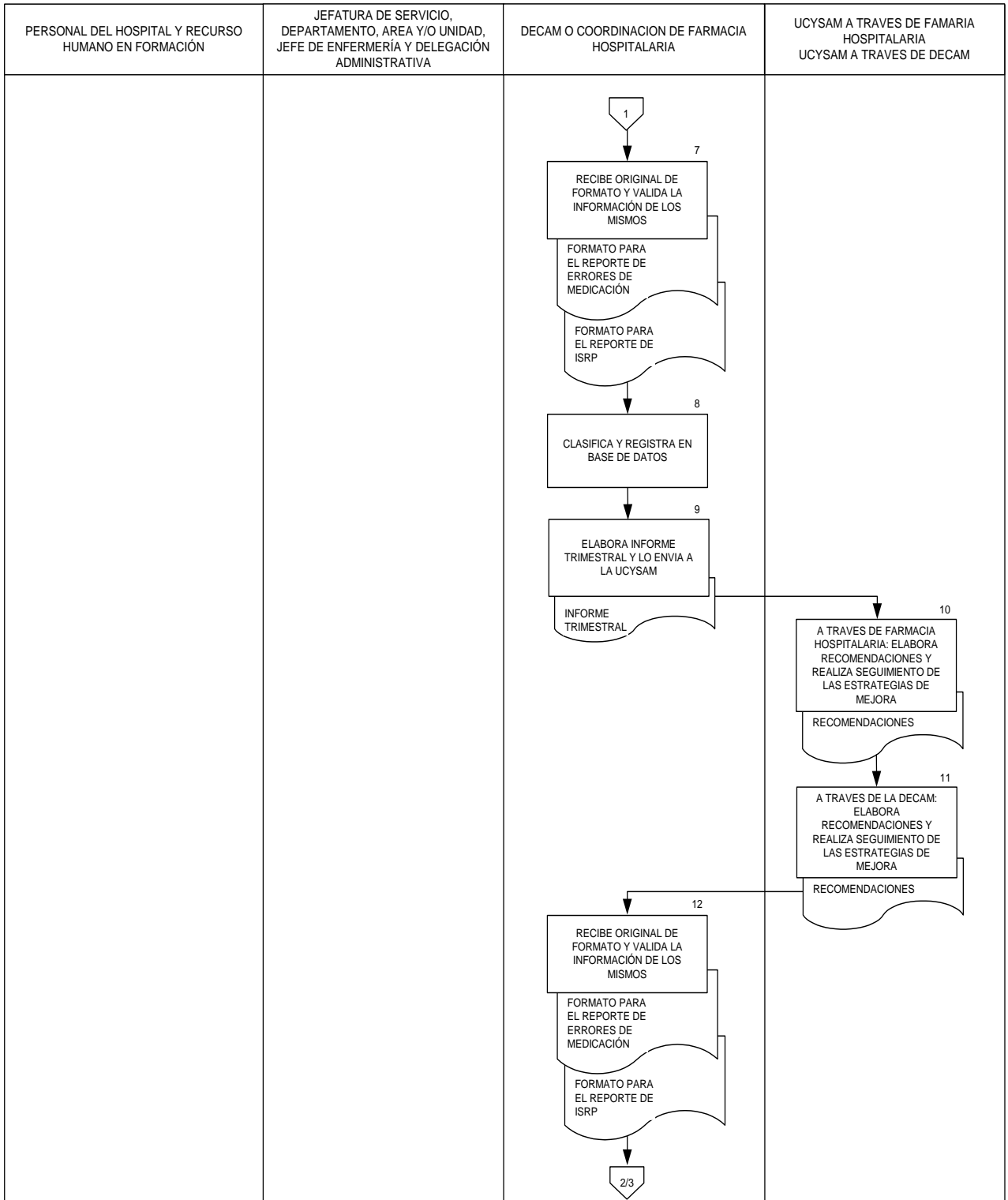
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
UCYSAM a través de Farmacia Hospitalaria	10	Elabora las recomendaciones y realiza el seguimiento de las estrategias de mejora que ayuden a disminuir y prevenir Cuasifallas, Errores de Medicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones</li> </ul>
UCYSAM a través del DECAM	11	Elabora las recomendaciones y realiza el seguimiento de las estrategias de mejora que ayuden a disminuir y prevenir Cuasifallas, Eventos Adversos.	
DECAM o Coordinación de Farmacia Hospitalaria.	12	Recibe en original el Formato para el Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente o el Formato para el Reporte de Errores de Medicación y valida la información de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos.</li> <li>• Formato para el reporte IRSP.</li> <li>• Formato para el reporte de Errores de Medicación.</li> <li>• Expediente de Investigación. Minuta de acuerdos.</li> </ul>
		¿Es un Evento Centinela?	
	13	No: Registra la Cuasifalla, Evento Adverso o Error de Medicación y efectúa el Análisis de Patrones y Tendencias.	
	14	Si: Gestiona inmediatamente el inicio del Análisis Causa Raíz a fin de entregar el resultado del mismo en un periodo no mayor a 45 días.	
	15	Realiza la investigación con el personal del Área(s) o Servicio(s) involucrados con apego a la metodología Análisis Causa Raíz.	
	16	Define y acuerda el Plan de Acción con las recomendaciones y el seguimiento a las estrategias de mejora.	
17	Se incluye el número de Eventos Centinela en el informe trimestral a la UCYSAM.		
		<b>TERMINA</b>	



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 168



### 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 170

PERSONAL DEL HOSPITAL Y RECURSO HUMANO EN FORMACIÓN	JEFATURA DE SERVICIO, DEPARTAMENTO, AREA Y/O UNIDAD, JEFE DE ENFERMERÍA Y DELEGACIÓN ADMINISTRATIVA	DECAM O COORDINACION DE FARMACIA HOSPITALARIA	UCYSAM A TRAVES DE FARMARIA HOSPITALARIA UCYSAM A TRAVES DE DECAM
		<pre> graph TD     2[2] --&gt; D{¿ES UN EVENTO CENTINELA?}     D -- NO --&gt; 13[REGISTRA Y EFECTUA ANALISIS]     D -- SI --&gt; 14[GESTIONA INICIO DEL ANALISIS A FIN DE ENTREGAR RESULTADO EN UN PERIODO NO MAOR A 45 DIAS]     14 --&gt; 15[REALIZA INVESTIGACIÓN CON APEGO A LA METODOLOGIA ANALISIS CAUSA RAIZ]     15 --&gt; 16[DEFINE Y ACUERDA PLAN DE ACCION CON RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA]     16 --&gt; 17[SE INCLUYE EL NUMERO DE EVENTOS CENTINELA EN EL INFORME TRIMESTRAL A LA UCYSAM]     17 --&gt; T(TERMINA) </pre>	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 171

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	No Aplica
6.2 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente) (Manejo y Uso de Medicamentos). Consejo de Salubridad General, Edición 2023.	No Aplica
6.3 Código de Ética de la Administración Pública Federal.	No Aplica
6.4 Código de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	No Aplica
6.5 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato para el reporte de errores de medicación	5 años	Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica	No Aplica
7.2 Formato de notificación de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).	5 años	Coordinación de Farmacia Hospitalaria	No Aplica
7.3 Base de datos de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).	5 años	Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica	No Aplica
7.4 Base de datos de Errores de Medicación (EM)	5 años	Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica	No Aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

**8.2 DECAM:** Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica.

**8.3 Cuasifalla:** Situación con capacidad de producir daño que no ocurre y no alcanza al paciente, debido a que fue evitada por casualidad o por una intervención oportuna.

**8.4 Cuasifalla de Medicación:** error de medicación que puede causar daño que no ocurre y no alcanza al paciente debido a que fue evitado por casualidad o por una intervención oportuna.

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 172

**8.6 Evento Adverso:** Lesión causada durante el proceso de atención o por una complicación, no por la enfermedad y que da lugar a una hospitalización prolongada, una discapacidad en el momento del alta médica o a ambas cosas.

**8.7 Evento Adverso Relacionado a la Medicación:** error de medicación que resultó en daño temporal pero significativo al paciente, que prolongó la hospitalización y/o precisó estudios auxiliares, intervención o monitoreo.

**8.8 Evento Centinela:** Incidente imprevisto en el que se produce muerte o un daño grave\* al paciente.

**8.9 Evento Centinela Relacionado a la Medicación:** error de medicación que resulta en daño permanente, que compromete la vida o que resulta en la muerte del paciente.

**8.10 IRSP:** Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente, es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.



**8.11 Reacción Adversa a Medicamentos (RAM):** Respuesta a un fármaco que es nociva y no intencionada y que tiene lugar cuando este se administra en dosis utilizadas normalmente en seres humanos para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, o para la modificación de una función fisiológica.

**8.12 Segunda Víctima:** son aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso inesperado, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierten en víctimas en el sentido que quedan traumatizados por el evento.

**8.13 UCySAM:** Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Julio 2021	Se reestructuró el procedimiento. Se modificó el título del procedimiento, el propósito, el alcance, políticas y normas de operación, la descripción del procedimiento, los registros, definiciones del glosario y anexos.
1	Mayo 2022	Se actualizaron los documentos de referencia.
2	Junio 2022	Se modificó todo el procedimiento y se actualizaron los documentos de referencia.
1	Agosto 2023	Se modificó el procedimiento y se actualizaron los documentos de referencia

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		DR. EDUARDO LICEAGA

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato para el reporte de Errores de Medicación.
- 10.2 Instructivo de llenado del Formato para el reporte de Errores de Medicación.
- 10.3 Tipo de Error de Medicación
- 10.4 Algoritmo para la Clasificación de los Tipos de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente de Errores de Medicación.
- 10.5 Categorías de gravedad de los Incidentes Relacionados con Errores de Medicación
- 10.6 Formato para el reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- 10.7 Instructivo de llenado del Formato para el reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- 10.8 Algoritmo para la Clasificación de los Tipos de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- 10.9 Categoría de gravedad de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- 10.10 Definiciones operativas de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- 10.11 Definiciones operativas de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente concernientes con cuasifallas y errores de medicación.

### 10.1 Formato para el reporte de Errores de Medicación. (Lado A)

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**"FORMATO PARA EL REPORTE DE ERRORES DE MEDICACIÓN"**

La información recabada en este documento no es de carácter punitivo y servirá para identificar áreas de oportunidad e implementar acciones de mejora.

**DATOS GENERALES**

Nombre del paciente: <b>1</b> _____	Fecha de nacimiento: <b>2</b> / ____ / ____
ECU: <b>3</b> _____	Edad: <b>4</b> _____
Sexo: H( <b>5</b> ) ( ) F( )	Diagnóstico: <b>6</b> _____
Paciente: Hospitalizado ( ) Ambulatorio ( ) Otro ( )	Fecha del incidente: <b>8</b> _____
Turno: <b>10</b> Matino ( ) Vespertino ( ) Nocturno ( )	Hora del incidente: <b>9</b> _____
Servicio que notifica: <b>11</b> _____	Servicio a cargo del paciente: <b>13</b> _____
Servicio donde ocurrió: <b>12</b> _____	

**DATOS DEL MEDICAMENTO**  
*(Nombre genérico, presentación, dosis, vía, frecuencia/hora, dilución, etc.)*

**14**

Marque con una "X" el tipo de error que corresponda.

**TIPO DE ERROR DE MEDICACIÓN**

<p style="text-align: center;"><b>I. ALMACENAMIENTO /RESGUARDO</b> <b>15</b></p> <p>Medicamento caduco <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamento mal conservado <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>II. PRESCRIPCIÓN</b></p> <p>Medicamento con nombre comercial <input type="checkbox"/></p> <p>Prescripción incompleta <input type="checkbox"/></p> <p>Presentación incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Vía de administración incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia/hora incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Unidades de medida incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Uso de abreviaturas <input type="checkbox"/></p> <p>No se prescribe medicamento necesario <input type="checkbox"/></p> <p>Se prescribe medicamento innecesario <input type="checkbox"/></p> <p>Se prescribe medicamento contraindicado <input type="checkbox"/></p> <p>Duplicidad terapéutica <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>III. TRANSCRIPCIÓN</b></p> <p>Medicamento diferente a lo prescrito <input type="checkbox"/></p> <p>Presentación incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis diferente a lo prescrito <input type="checkbox"/></p> <p>Vía de administración diferente a lo prescrito <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia/hora diferente a lo prescrito <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>IV. DISTRIBUCIÓN</b></p> <p>No se surte el medicamento <input type="checkbox"/></p> <p>Retraso en la entrega del medicamento <input type="checkbox"/></p> <p>Se surte medicamento incorrecto <input type="checkbox"/></p> <p>Se surte presentación incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Se surte dosis incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Se surte medicamento LASA sin alerta visual <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>VI. PREPARACIÓN</b></p> <p>Solución incorrecta para el medicamento <input type="checkbox"/></p> <p>Dilución incorrecta del medicamento <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamento incorrecto <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetado incorrecto o incompleto <input type="checkbox"/></p> <p>Técnica de preparación incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>VII. ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>Omisión de la administración <input type="checkbox"/></p> <p>Técnica de administración incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamento incorrecto <input type="checkbox"/></p> <p>Presentación incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Vía de administración incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Hora de administración incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Velocidad de administración incorrecta <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamento no indicado <input type="checkbox"/></p> <p>Paciente equivocado <input type="checkbox"/></p> <p>Omisión del boleo del medicamento <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>VII. CONTROL</b></p> <p>Monitorización insuficiente del tratamiento <input type="checkbox"/></p> <p>Duración incorrecta del tratamiento <input type="checkbox"/></p> <p>Interacción medicamento - medicamento <input type="checkbox"/></p> <p>Interacción medicamento - alimento <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>VIII. OTRO</b></p>
---	---

**16**

**Describe brevemente ¿Qué sucedió?, ¿Cómo pasó?, ¿Presentó algún problema el paciente?, etc.**

**NOTIFICADOR** **17**

Enfermería  Farmacéutico  Médico  Administrativo  Otro: \_\_\_\_\_



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		
		DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 175

**(Lado B)**



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"  
"FORMATO PARA EL REPORTE DE ERRORES DE MEDICACIÓN"**

**CAUSAS 18**

Marque con una "X" *todas* las causas que han contribuido

Delegación de funciones	<input type="checkbox"/>	Fisiopatológicos o clínicos	<input type="checkbox"/>
Falta de responsabilidad	<input type="checkbox"/>	Comportamiento o actitud	<input type="checkbox"/>
Falta de Personal	<input type="checkbox"/>	Barrera de Comunicación	<input type="checkbox"/>
Comunicación	<input type="checkbox"/>	Habilidades	<input type="checkbox"/>
No existe recurso	<input type="checkbox"/>	Conocimiento	<input type="checkbox"/>
Fallas en el diseño del procedimiento	<input type="checkbox"/>	Distracción	<input type="checkbox"/>
No se cuenta con un procedimiento	<input type="checkbox"/>	Exceso de confianza	<input type="checkbox"/>
Falta de capacitación en el procedimiento	<input type="checkbox"/>	Factores de salud	<input type="checkbox"/>
Falta de supervisión del proceso	<input type="checkbox"/>	Políticas y lineamientos Federales	<input type="checkbox"/>
Instalaciones o estructura física	<input type="checkbox"/>	Recibió tratamiento fuera de la institución	<input type="checkbox"/>
Equipamiento Biomédico	<input type="checkbox"/>	Ambientales	<input type="checkbox"/>
Materiales e insumos	<input type="checkbox"/>	Proveedores	<input type="checkbox"/>
Sistemas electrónicos y tecnologías	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>

Marque con una "X"

**PERSONAL INVOLUCRADO 19**

Enfermería	<input type="checkbox"/>
Persona externa a la institución	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>
Administrativo	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>

**ÁREA FÍSICA DONDE OCURRIÓ EL ERROR 20**

Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Sala de Quirófano	<input type="checkbox"/>
Recuperación	<input type="checkbox"/>
Sala de Quimioterapia	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>

**PERSONA A QUIEN SE LE INFORMA DEL ERROR 21**

Jefe Médico     Jefe de Enfermeras     Médico Responsable     Delegado Administrativo   
 Otro: \_\_\_\_\_

**ACCIONES INMEDIATAS PARA MITIGAR EL DAÑO (en caso de realizar acciones)**

**En el Paciente:** \_\_\_\_\_ **22**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**En el Servicio:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 176

## 10.2 Instructivo de llenado del Formato para el reporte de Errores de Medicación.



### Consideraciones generales:

- a) Llenar el reporte a mano con letra legible y con bolígrafo de tinta azul o negra.
- b) La información recabada en este documento no es de carácter punitivo y servirá para identificar áreas de oportunidad e implementar acciones de mejora.



<b>1.</b>	<b>Nombre del Paciente</b>	Escribir el nombre completo del paciente iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del paciente.
<b>2.</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	Registrar con números arábigos la fecha de nacimiento del paciente, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año de nacimiento. <i>Ejemplo: 20/04/1989.</i>
<b>3.</b>	<b>ECU</b>	Anotar el número del Expediente Clínico Único del paciente.
<b>4.</b>	<b>Edad</b>	Registrar la edad del paciente en años; meses y/o días si se trata de un recién nacido, neonato o lactante.
<b>5.</b>	<b>Sexo</b>	Seleccionar y marcar con una "X" en la opción que corresponda. <b>H= Hombre</b> y <b>M= Mujer</b> .
<b>6.</b>	<b>Diagnóstico</b>	Escribir en este apartado el o los diagnósticos del paciente.
<b>7.</b>	<b>Paciente</b>	Seleccionar y marcar con una "X" en la opción que corresponda: <i>Hospitalizado:</i> paciente que recibe atención médica y cuenta con un ingreso administrativo; <i>Ambulatorio:</i> paciente que recibe atención médica en áreas de consulta externa, laboratorio, radiología, clínica del dolor, quimioterapia ambulatoria, rehabilitación, etc.; <i>Otro:</i> Pacientes en áreas de observación o filtro de los servicios de Urgencias Médica, etc.
<b>8.</b>	<b>Fecha del incidente</b>	Indicar la fecha con número arábigos en la que se presentó el error de medicación, iniciando con dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año. <i>Ejemplo: 06/02/2021.</i>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 177

<b>9.</b>	<b>Hora del incidente</b>	Registrar la hora en que se presentó el error de medicación. <i>Ejemplo: 18:00</i>
<b>10.</b>	<b>Turno</b>	Seleccionar y marcar con una “X” en la opción que corresponda al turno en que se presentó el error.
<b>11.</b>	<b>Servicio que notifica</b>	Escribir el Servicio en donde se detectó el error de medicación.
<b>12.</b>	<b>Servicio donde ocurrió</b>	Escribir el Servicio en donde ocurrió el error de medicación (en caso de que error de medicación haya ocurrido en otro Servicio).
<b>13.</b>	<b>Servicio a cargo del paciente</b>	Solo en caso de ser un paciente que está siendo tratado por un Servicio diferente al que se encuentra hospitalizado, se deberá especificar ese Servicio tratante, de lo contrario dejar el rubro en blanco.
<b>14.</b>	<b>Datos del Medicamento</b>	Registrar el nombre genérico del medicamento, la presentación, dosis, vía, frecuencia/hora, dilución, etc. <i>Ejemplo: Ceftriaxona solución inyectable 500 mg por vía intramuscular cada 24 horas por tres días.</i>
<b>15.</b>	<b>Tipo de error de medicación</b>	Seleccionar la fase del sistema de medicación y marque con una “X” el tipo de error de medicación identificado. <i>En caso de que el error de medicación detectado NO coincida con los tipos de error de medicación que se mencionan el formato, se deberá de redactar en el apartado de VIII. OTRO.</i>
<b>16.</b>	<b>Describa brevemente ¿qué sucedió?, ¿cómo pasó?, ¿presentó algún problema el paciente?, etc.</b>	En este apartado se deberá describir los hechos ocurridos de manera clara y precisa del error de medicación detectado.
<b>17.</b>	<b>Notificador</b>	Marcar con una “X” para especificar si el notificador es del área de enfermería, farmacéutico, médico o administrativo, en caso de detectar otro prestador de atención se deberá especificar en el apartado de Otro.
<b>18.</b>	<b>Causas</b>	Seleccionar la (s) causa (s) y marque con una “X”.
<b>19.</b>	<b>Personal involucrado</b>	Marcar con una “X” para especificar el personal que estuvo involucrado o que contribuyó a que se presente el error de medicación.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 178

<b>20.</b>	<b>Área física donde ocurrió el error</b>	Marcar con una "X" para especificar el área física en que se encontraba el paciente al momento de que se presentara el error de medicación.
<b>21.</b>	<b>Persona a quien se le informa del error</b>	Marcar con una "X" para especificar a qué personaje se le informa del error de medicación que se presentó.
<b>22.</b>	<b>Acciones inmediatas para mitigar el daño (en caso de realizar acciones)</b>	Registrar las acciones o intervenciones que se realizaron al momento de percatarse del error de medicación con el objetivo de disminuir el daño al paciente, así como para evitar que vuelva a ocurrir en el servicio.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 179

### 10.3 TIPO DE ERROR DE MEDICACIÓN.



Seleccione la fase del sistema de medicación y marque con una “X” el tipo de error de medicación identificado. *En caso de que el error de medicación detectado NO coincida con los tipos de error de medicación que se mencionan el formato, se deberá de redactar en el apartado de VIII. OTRO.*

#### I. FASE DE ALMACENAMIENTO/RESGUARDO.

- **Medicamento caduco:** se refiere a errores provocados por almacenar o resguardar medicamentos más allá de su fecha de caducidad.
- **Medicamento mal conservado:** se refiere a errores que ocurren cuando los medicamentos de red fría no son conservados entre 2-8°C de temperatura. También hace referencia a aquellos que se originan cuando los medicamentos no se conservan a temperatura ambiente (25°C-30°C) y para aquellos medicamentos fotosensibles que no son protegidos de la luz, así como aquellos medicamentos cuyo envase primario se encuentre alterado o en mal estado. Las insulinas, heparinas, filgastrim, quimioterapias y mezclas intravenosas, son los medicamentos en los que más comúnmente se presenta este tipo de error.

#### II. FASE DE PRESCRIPCIÓN.

- **Medicamento con nombre comercial:** se refiere a errores causados por prescribir medicamentos con nombre comercial. La prescripción se deberá de generar con el nombre completo del medicamento especificando la denominación genérica y evitando en lo posible las siglas.
- **Prescripción incompleta:** se refiere a errores que se cometen por una prescripción que no indica la dosis del medicamento, las unidades de medida, la presentación, la vía de administración, la frecuencia de administración, así como la duración del tratamiento si fuera el caso.
- **Presentación incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando se prescribe un medicamento con una forma farmacéutica errónea o inexistente en el mercado.
- **Dosis incorrecta:** se refiere a errores provocados por la prescripción de una dosis mayor o menor a la dosis ponderal que pudiera ocasionar algún tipo de toxicidad en el paciente o ineffectividad terapéutica.
- **Vía de administración incorrecta:** se refiere a errores provocados cuando se prescribe un medicamento con una vía de administración diferente a la indicada en las guías de práctica clínica.
- **Frecuencia/Hora incorrecta:** se refiere a errores provocados por una frecuencia de administración incorrecta a la indicada en las guías de práctica clínica, políticas o normas institucionales.
- **Unidades de medida incorrecta:** se refiere a errores provocados por utilizar unidades de medida no aceptadas internacionalmente, así como con escritura ilegible o incompletas. Se debe prescribir la dosis exacta en gramos (g), miligramos (mg), microgramos (µg), mililitros (ml), unidades internacionales (UI), etc., utilizando siempre la simbología oficial de Sistema Internacional de Unidades. En el caso de dosis fraccionadas se debe utilizar números enteros con puntos decimales.
- **Uso de abreviaturas:** se refiere a errores causados por prescribir medicamentos con abreviaturas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 180



- **No se prescribe medicamento necesario:** se refiere a errores que se producen cuando al paciente no se prescribe un medicamento que es necesario, pudiendo esto traer como consecuencia un posible problema o complicación de salud.
- **Se prescribe medicamento innecesario:** se refiere a errores que se producen cuando al paciente se le prescribe un medicamento que no necesita, pudiendo esto traer como consecuencia un posible problema de salud.
- **Se prescribe medicamento contraindicado:** se refiere a errores causados cuando se prescriben medicamentos que están contraindicados en el paciente debido a su edad, condición clínica (desnutrición, obesidad, embarazo, lactancia, etc.), patologías concomitantes (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipertensión, diabetes, etc.) así como por alergias a medicamentos. En este apartado se incluyen también las interacciones medicamento-medicamento y medicamento-alimento documentadas.
- **Duplicidad terapéutica:** se refiere a errores que se originan cuando en un plan farmacoterapéutico se encuentran dos medicamentos con el mismo principio activo o diferentes principios activos, pero con la misma acción farmacológica y que cuya asociación no aporta ventajas significativas frente a la monoterapia.

### III. FASE DE TRANSCRIPCIÓN.

- **Medicamento diferente a lo prescrito:** este tipo de errores pueden ocurrir durante la transcripción de la hoja de indicaciones médicas al kardex de enfermería, a la hoja de registros clínicos de enfermería o a los recetarios.
- **Presentación incorrecta:** hace referencia a aquellos errores provocados por una transcripción incorrecta, incompleta o ambigua de la presentación del medicamento, al realizar el registro en la hoja de indicaciones médicas, recetario electrónico, kardex de enfermería o hoja de registros clínicos de enfermería.
- **Dosis diferente a lo prescrito:** este tipo de errores puede ocurrir durante la transcripción incorrecta, incompleta o ambigua de la dosis del medicamento, al realizar el registro en la hoja de indicaciones médicas, recetario electrónico, kardex de enfermería o hoja de registros clínicos de enfermería.
- **Vía de administración diferente a lo prescrito:** este tipo de errores puede ocurrir durante la transcripción incorrecta, incompleta o ambigua de la vía del medicamento, al realizar el registro en la hoja de indicaciones médicas, recetario electrónico, kardex de enfermería o hoja de registros clínicos de enfermería.
- **Frecuencia/hora diferente a lo prescrito:** este tipo de errores puede ocurrir durante la transcripción incorrecta, incompleta o ambigua de la frecuencia del medicamento, al realizar el registro en la hoja de indicaciones médicas, recetario electrónico, kardex de enfermería o hoja de registros clínicos de enfermería.

### IV. FASE DE DISTRIBUCIÓN.

- **No se surte el medicamento:** se refiere a errores provocados por fallos en los sistemas de surtido o inexistencia en la farmacia de la institución, por lo que el medicamento solicitado no se entrega al servicio correspondiente, provocando que la medicación del paciente se retrase o se omita.
- **Retraso en la entrega del medicamento:** se refiere a errores provocados por fallos en los sistemas de surtido en donde el medicamento solicitado, se entrega con demora al servicio correspondiente provocando que la medicación del paciente se retrase o se omita.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 181

- **Se surte un medicamento incorrecto:** se refiere a aquellos errores provocados por fallos en los sistemas de surtido en donde se entrega al servicio de hospitalización, un medicamento que no se solicitó en el recetario correspondiente.
- **Se surte una presentación incorrecta:** se refiere a aquellos errores provocados por fallos en los sistemas de surtido en donde se entrega al servicio de hospitalización, un medicamento con presentación o forma farmacéutica que no coincide con lo solicitado en el recetario correspondiente.
- **Se surte dosis incorrecta:** se refiere a aquellos errores provocados por fallos en los sistemas de surtido en donde se entrega al servicio de hospitalización, una cantidad de unidades o piezas del medicamento que no coinciden con lo solicitado en el recetario correspondiente.
- **Se surte un medicamento LASA sin alerta visual:** se refiere errores provocados cuando se surte un medicamento LASA (Look Alike Sound Alike) ya que, por el diseño y color de la forma farmacéutica, por similitud fonética, por similitud ortográfica e incluso por la forma y color de la caja o envase secundario, es probable una confusión entre un medicamento y otro.



## V. FASE DE PREPARACIÓN.

- **Solución incorrecta para el medicamento:** hace referencia a errores que ocurren cuando se utiliza un diluyente incorrecto para la reconstitución de un medicamento que se comercializan como polvos. *Nota: Todos los medicamentos se deben reconstituir con el diluyente que se proporciona en la presentación original.*
- **Dilución incorrecta del medicamento:** se refiere a errores que ocurren cuando se diluye un medicamento de uso parenteral con la solución y volumen incorrecto, provocando con ello problemas de incompatibilidad y estabilidad entre el medicamento y la solución, por *ejemplo: precipitación, cristalización y cambios de coloración.*
- **Medicamento incorrecto:** se refiere a errores que se presentan cuando se prepara un medicamento por otro.
- **Dosis incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando se prepara una dosis mayor o menor a la prescrita.
- **Etiquetado incorrecto o incompleto:** hace referencia a errores que ocurren cuando se termina de preparar el medicamento y se omite colocar el membrete de identificación con los datos del medicamento o con datos incompletos o erróneos.
- **Técnica de preparación incorrecta:** hace referencia a errores que ocurren cuando se preparan medicamentos con técnica diferente a las recomendaciones del fabricante, como son utilización de equipo fotosensible, protección de la luz, tiempo de viabilidad antes de la ministración, etc.

## VI. FASE ADMINISTRACIÓN.

- **Omisión de la administración:** hace referencia al error que ocurren cuando no se administra el medicamento al paciente.
- **Técnica de administración incorrecta:** hace referencia a errores que ocurren cuando la técnica, así como el equipo y/o dispositivo para la administración del medicamento son inadecuados o incorrectos.
- **Medicamento incorrecto:** se refiere a errores que se presentan cuando al paciente correcto se le ministra un medicamento por otro.
- **Presentación incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando se administra un medicamento con forma farmacéutica (presentación) diferente a la prescrita.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 182

- **Vía de administración incorrecta:** hace referencia a errores que ocurren cuando se administra un medicamento por la vía incorrecta de acuerdo a la forma farmacéutica o bien a la indicada por el médico.
- **Dosis incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando al paciente se le administra un medicamento en una dosis mayor o menor, que no coincide con prescrita. Con este tipo de errores se sobrepasa la dosis total diaria indicada o dosis infra terapéuticas.
- **Hora de administración incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando un medicamento es administrado fuera del horario que correspondiente a la frecuencia indicada por el médico.
- **Velocidad de administración incorrecta:** se refiere a errores que ocurren cuando un medicamento a solución intravenosa se administra en un tiempo mayor o menor al indicado en su ficha técnica o a la indicada por el médico.
- **Medicamento no indicado:** hace referencia a errores que ocurren cuando se administra un medicamento que el médico no prescribió y que por lo tanto no aparece en la hoja de indicaciones médicas, así como administración de un medicamento para el cual no existe signo o síntoma alguno que sustenten su ministración. De igual forma contempla los casos de automedicación por parte del paciente.
- **Paciente equivocado:** se refiere a errores que ocurren cuando se ministra un medicamento al paciente incorrecto por no identificar correctamente al paciente justo antes de la ministración.
- **Omisión del boleo del medicamento:** hace referencia a errores que ocurren al omitir el registro de la administración del medicamento con el boleo correspondiente. El boleo debe realizarse justo después de haber administrado el medicamento. Una omisión del boleo podría suponer que el medicamento no ha sido administrado.

## VII. FASE DE CONTROL.

- **Monitorización insuficiente del tratamiento:** se refiere a errores que ocurren al no vigilar la respuesta del paciente a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento sobre los signos, síntomas, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, función renal, función hepática, perfiles hormonales, medición de niveles plasmáticos de fármacos, así como Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM). Cabe mencionar que, con el monitoreo adecuado, la dosis y el tipo de medicamento se pueden ajustar según la respuesta y las necesidades del paciente.
- **Duración incorrecta del tratamiento:** hace referencia a errores que ocurren cuando la duración del tratamiento es menor o mayor a lo indicado en las guías de práctica clínica o en la ficha técnica del medicamento. **Nota 1:** *Quedan excluidos aquellos casos particulares en los que la prolongación del tratamiento esté justificada y en el que el beneficio sea mayor que el riesgo.* **Nota 2:** *Quedan excluidos aquellos casos en los que la interrupción del tratamiento esté justificada debido a la falta de respuesta terapéutica, resistencia microbiana, reacción alérgica a medicamentos, así como a RAM's moderadas y severas.*
- **Interacción medicamento – medicamento:** hace referencia a errores causados por interacciones medicamentosas que ocurren a pesar de ser advertidas con antelación al médico tratante, enfermera, paciente y/o familiar del paciente. Se incluyen también todas las interacciones medicamento-medicamento que ocurren por falta de monitorización del tratamiento.
- **Interacción medicamento – alimento:** hace referencia a errores causados por interacciones entre medicamentos y alimentos que ocurren a pesar de ser advertidas con antelación al médico tratante, enfermera, nutricionista, paciente y/o familiar del paciente. Se incluyen también todas las interacciones medicamento-alimento que ocurren por falta de monitorización del tratamiento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 183

**DESCRIBA BREVEMENTE ¿QUÉ SUCEDIÓ?, ¿CÓMO PASÓ?, ¿PRESENTÓ ALGÚN PROBLEMA EL PACIENTE?, ETC.**

- En este apartado se deberá describir los hechos ocurridos de manera clara y precisa del error de medicación detectado.

**4.- NOTIFICADOR.**

- c) Marque con una “X” para especificar si el notificador es del área de enfermería, farmacéutico, médico o administrativo, en caso de detectar otro prestador de atención se deberá especificar en el apartado de Otro.

**5.- CAUSAS.**

- d) Seleccione la (s) causa (s) y marque con una “X”.

**6.- PERSONAL INVOLUCRADO.**

- e) Marque con una “X” para especificar el personal que estuvo involucrado o que contribuyó a que se presente el error de medicación.

**7.- ÁREA FÍSICA DONDE OCURRIÓ EL ERROR.**

- f) Marque con una “X” para especificar el área física en que se encontraba el paciente al momento de que se presentara el error de medicación.

**8.- PERSONA A QUIEN SE LE INFORMA DEL ERROR.**

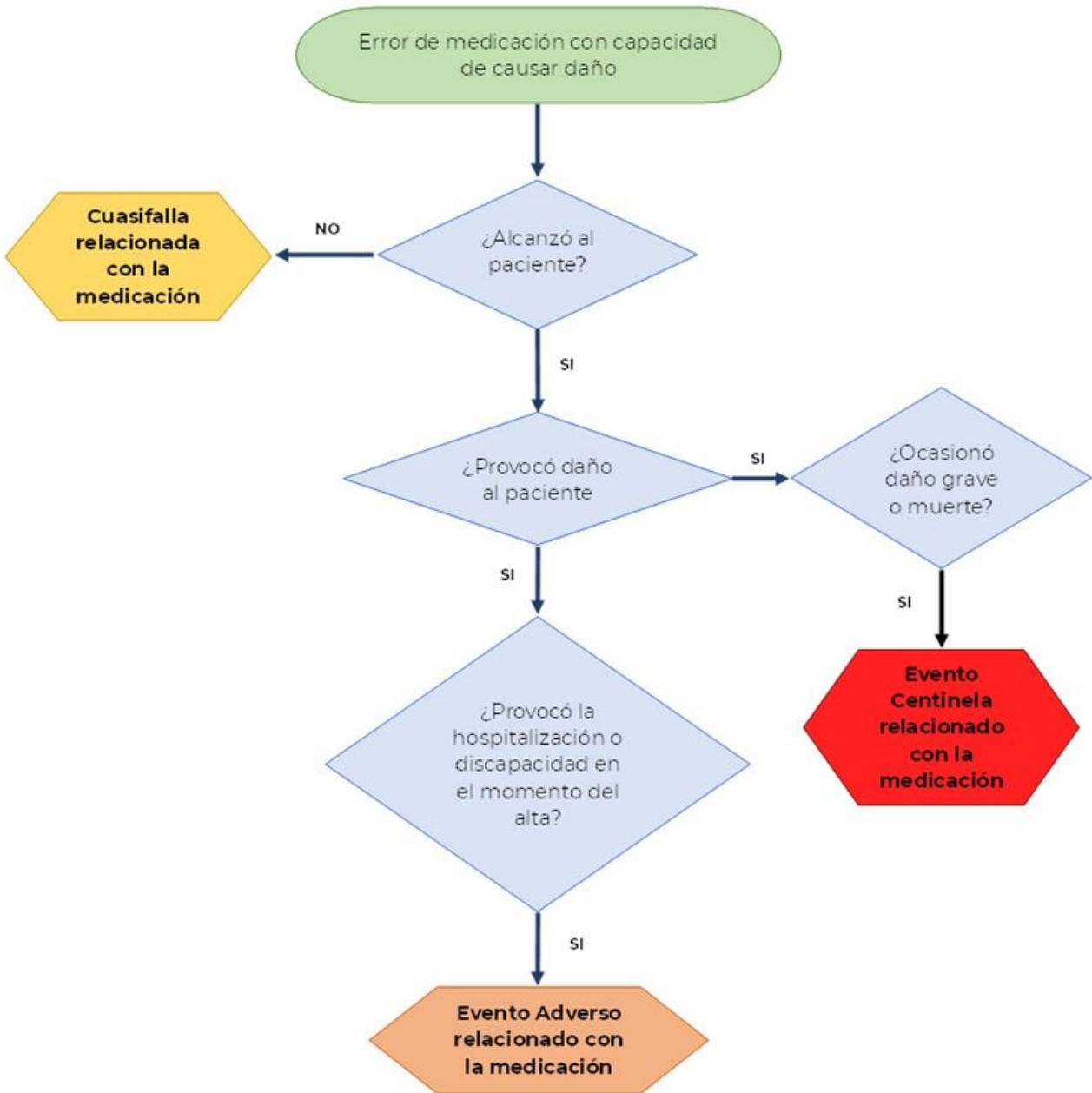
- g) Marque con una “X” para especificar a qué personaje se le informa del error de medicación que se presentó.



**9.- ACCIONES INMEDIATAS PARA MITIGAR EL DAÑO (en caso de realizar acciones).**

- Registrar las acciones o intervenciones que se realizaron al momento de percatarse del error de medicación con el objetivo de disminuir el daño al paciente, así como para evitar que vuelva a ocurrir en el servicio.

**10.4 Algoritmo para la clasificación de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente con Errores de Medicación en función de su gravedad**

**“Algoritmo para la clasificación de los Errores de Medicación en función de su gravedad”**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		



### 10.5 Categorías de gravedad de los Incidentes Relacionados con Errores de Medicación

<b>CATEGORÍA DE GRAVEDAD EN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>TIPO DE INCIDENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Cuasifalla de Medicación</b>	Error de medicación que puede causar daño que no ocurre y no alcanza al paciente debido a que fue evitado por casualidad o por una intervención oportuna.
<b>Evento Adverso Relacionado</b>	Error de medicación que resultó en daño temporal pero significativo al paciente, que prolongó la hospitalización y/o precisó estudios auxiliares, intervención o monitoreo.
<b>Evento Centinela a la Medicación</b>	Error de medicación que resulta en daño grave o permanente, que compromete la vida o que resulta en la muerte del paciente.
*Daño grave alteración de un órgano o función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.	









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		DR. EDUARDO LICEAGA

### 10.7 Instructivo de llenado del Formato para el reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.



- A. Marcar con una (X) en donde corresponda.
- B. Llenar el formato a mano con letra legible y con bolígrafo de tinta azul o negra.
- C. La información recabada en este documento no es de carácter punitivo y servirá para identificar áreas de oportunidad e implementar acciones de mejora.

No.	DATO	ANOTAR
1.	<b>Nombre del paciente</b>	Anotar el nombre completo del paciente por <i>nombre (s), apellido paterno y apellido materno</i>
2.	<b>E.C.U.</b>	Anotar el número de expediente clínico único del paciente
3.	<b>Edad</b>	Anotar la edad del paciente en años y en días y meses si se trata de un recién nacido, neonato y/o lactante.
4.	<b>Fecha de nacimiento</b>	Anotar la fecha de nacimiento del paciente por <i>día, mes y año</i> .
5.	<b>Sexo</b>	Seleccionar la opción que corresponda, hombre (H) o mujer (M).
6.	<b>Diagnósticos</b>	Anotar el o los diagnósticos que tiene el paciente.
7.	<b>Tipo de paciente:</b>	Seleccionar la opción que corresponda, <i>hospitalizado, ambulatorio, corta estancia u otro</i> .
8.	<b>Fecha del incidente:</b>	Anotar el día, mes y año en el que ocurrió el incidente.
9.	<b>Hora</b>	Anotar la hora en la que ocurrió el incidente, procurando que sea la más aproximada posible.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 189

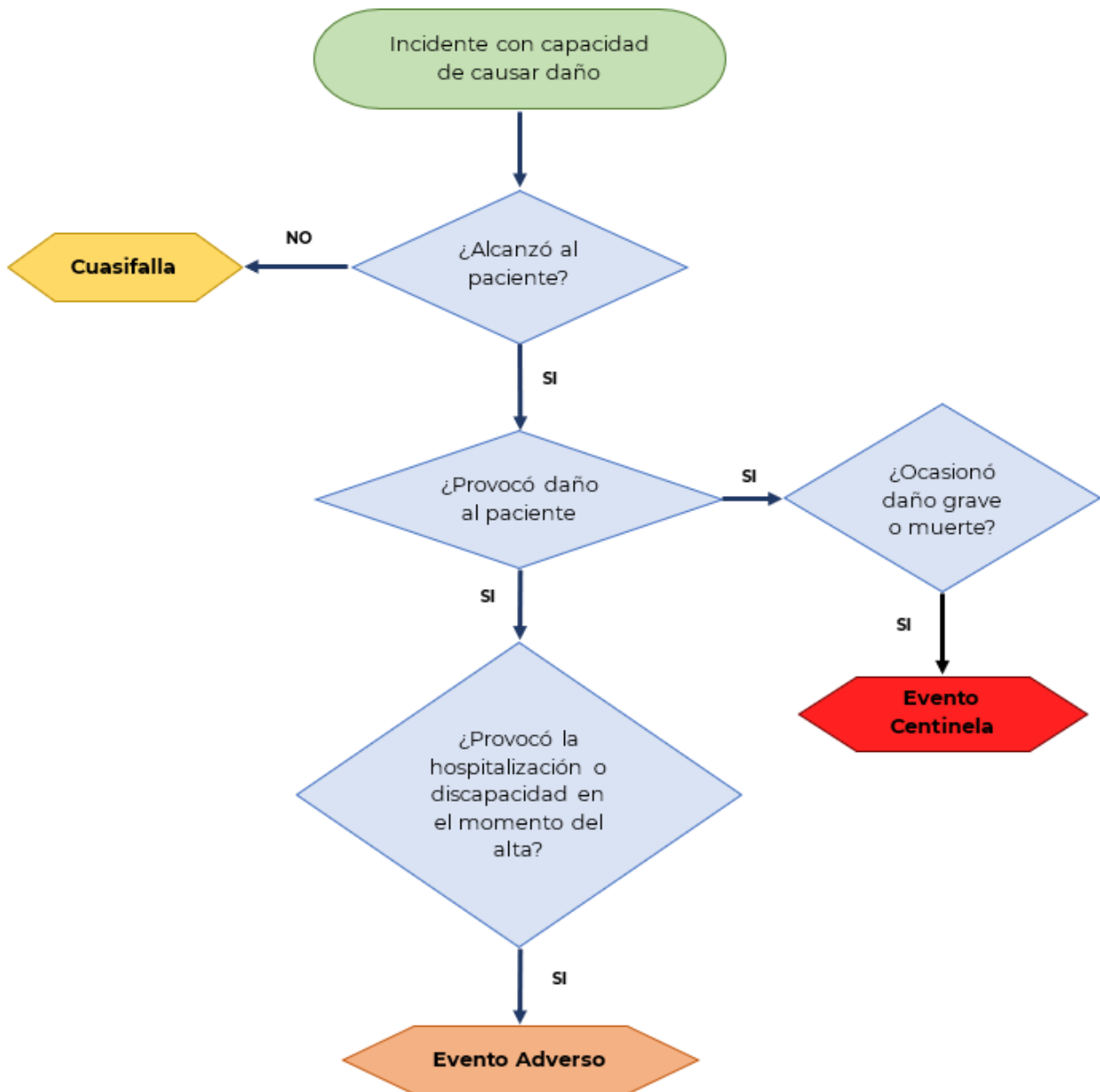
<b>10.</b>	<b>Turno</b>	Anotar el turno en el que ocurrió el incidente.
<b>11.</b>	<b>¿Quién notifica?</b>	Seleccionar la opción que corresponda al personal que detectó el incidente
<b>12.</b>	<b>Servicio que notifica</b>	Anotar el Servicio que notifica el incidente
<b>13.</b>	<b>Servicio donde ocurrió</b>	Anotar el Servicio en el que se encontraba el paciente cuando ocurrió el incidente.
<b>14.</b>	<b>Área física</b>	Seleccionar la opción que corresponda al área física en la que ocurrió el incidente
<b>15.</b>	<b>Servicio responsable del paciente</b>	Anotar el Servicio que se encuentra a cargo del paciente al momento del incidente.
<b>16.</b>	<b>Descripción de qué y cómo ocurrió:</b>	Redactar específicamente las características del incidente, explicando qué ocurrió y cómo ocurrió.
<b>17.</b>	<b>Causas del incidente o factores contribuyentes</b>	Seleccionar la opción que corresponda de <i>sistémicas</i> o <i>externas</i> . Se puede seleccionar una opción o varias.
<b>18.</b>	<b>Descripción específica de las causas del incidente</b>	Anotar de forma específica cuál o cuáles fueron las causas del incidente.
<b>19.</b>	<b>Sugiera medidas a implementar para reducir el riesgo de que vuelva ocurrir</b>	Anotar brevemente sus sugerencias.
<b>20.</b>	<b>Datos clínicos relevantes o resumen clínico del paciente (opcional)</b>	Redactar de manera breve y concisa los datos clínicos más relevantes o el resumen clínico del paciente solo si se cuenta al alcance con esta información.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 190



<b>21.</b>	<b>Categoría por gravedad del incidente</b>	Seleccionar la opción que según corresponda, <i>Cuasifalla, Evento Adverso y Evento Centinela.</i>
<b>22.</b>	<b>Personal involucrado o que intervino en el incidente</b>	Seleccionar la opción que según corresponda, <i>Médico Adscrito, Médico Residente, Médico Interno, Enfermera, Enfermera en formación, Administrativo, Técnico, Camillero, Personal de Almacén, Paciente, Familiar del paciente, Lo desconoce u Otro</i>
<b>23.</b>	<b>Acciones inmediatas realizadas para mitigar el daño</b>	Describir las medidas tomadas para limitar, reducir o corregir el daño en el paciente causado por el incidente.
<b>24.</b>	<b>Notificación al Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica</b>	Apartado específico del Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica para colocar el sello de recibido en el Departamento.
<b>25.</b>	<b>Personal a quien se le informa el incidente</b>	Seleccionar la opción que según corresponda, <i>Jefe Médico, Delegado Administrativo, Jefe de Enfermeras, Médico Tratante u Otro</i>

### 10.8 Algoritmo para la clasificación de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente

**“Algoritmo para la clasificación de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP) en función de su gravedad”**





(IRSP) en función de su gravedad

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 192



### 10.9 Categorías de gravedad de los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)

<b>CATEGORÍA DE GRAVEDAD DE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>TIPO DE INCIDENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Cuasifalla</b>	Situación en la que un error podría haber derivado en un accidente, una lesión o una complicación, pero no ocurre en el paciente por una intervención oportuna.
<b>Evento Adverso</b>	Lesión causada al paciente durante el proceso de atención ya sea derivado por el tratamiento o por una complicación, no por la enfermedad de fondo y que da lugar a una hospitalización prolongada, o a una discapacidad.
<b>Evento Centinela</b>	Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión grave ya sea física o psíquica al paciente, una lesión grave* comprende específicamente la pérdida de un órgano, una extremidad o una función.
*Daño grave alteración de un órgano o función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		Hoja: 193



### 10.10 Definiciones operativas de Incidentes Relacionadas con la Seguridad del Paciente en HGM.

<b>CUASIFALLAS</b>
1. Detección de diagnóstico incorrecto de Infección Asociada a la Atención de la Salud.
2. Error en la fecha u hora de la cita del paciente, detectado previo a la consulta.
3. Confusión de medicamentos tipo LASA que se detecta previo a su administración.
4. Identificación de personal con desconocimiento de la técnica o procedimiento a realizar.
5. Falta de detección de alergias durante la evaluación inicial.
6. Detección de evaluación incorrecta del riesgo de caídas.
7. Detección de dosis de medicamento mayor y/o menor a la correcta en la prescripción.
8. Detección de dosis de medicamento mayor y/o menor a la correcta previo a la administración.
9. Detección de dieta incorrecta antes de su dotación al paciente.
10. Detección de error en el calibre del dispositivo invasivo (catéter central, catéter periférico, sondas, etc.) antes de iniciar el procedimiento.
11. Detección de error en la requisición de la solicitud de hemocomponentes.
12. Detección de error en la transcripción de las indicaciones médicas (Formato de Registros Clínicos de Enfermería, membretes, Kardex, etc.).
13. Detección de error en las indicaciones médicas antes de su ejecución.
14. Detección de etiquetado incorrecto de muestras (laboratorio, biopsias, tubos piloto, etc.) antes de su envío al laboratorio.
15. Detección de etiquetado incorrecto de hemoderivados previo a su salida de banco de sangre.
16. Detección oportuna de falla de equipo biomédico (monitores, ventiladores, bombas de infusión, arco en C, etc.) antes de su uso.
17. Detección oportuna de falla en la red fría.
18. Detección oportuna de falta de apego al tiempo fuera antes de iniciar procedimientos invasivos por aérea médica.
19. Detección oportuna de la falta de camillero para traslado y movilización al paciente.
20. Identificación del personal (Médico, Enfermería, Nutrición etc.) con falta de conocimiento o habilidades a la valoración del paciente.
21. Falta de revisión de fechas de caducidad de esterilización
22. Detección de resultados de laboratorio no actualizados antes de iniciar un tratamiento y/o procedimiento.
23. Detección de la identificación incorrecta del paciente antes de un momento crítico.
24. Detección de expediente o carnet incorrecto previo a la atención.
25. Detección de paquetes y material estéril sin etiquetar por fecha de preparación y caducidad.
26. Identificación de falta de ayuno previo procedimiento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 194



27. Identificación de paciente sin barandales en la cama y/o camilla.
28. Detección de la falta de cuidados para prevenir lesiones por presión.
29. Detección de medicamentos no etiquetados.
30. Identificación de la omisión de la higiene de manos.
31. Identificación de error en la técnica de higiene de manos.
32. Identificación de falta de nombre y firma del personal de salud o paciente en los formatos institucionales (Formato de Registros Clínicos de Enfermería, Indicaciones médicas, recetarios, etc.)
33. Identificación de inconsistencias en la requisición de la carta de consentimiento bajo información, previo a la atención del paciente.
34. Detección de la falta o equivocación del marcaje quirúrgico previo al procedimiento.
35. Identificación de la falta de premedicación de pacientes que así lo requieran por el procedimiento a realizar (transfusión, aplicación de quimioterapia, etc.)
36. Identificación de preparación inapropiada del paciente para la realización de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
37. Detección oportuna de la realización de procedimientos invasivos por personal en formación sin supervisión.
38. Detección de la falta de reposición de medicamentos del carro rojo.
39. Retraso en traslados intrahospitalarios.
40. Traslado intra o extrahospitalaria errónea del paciente.
41. Detección incompleta de material y equipo previo a la cirugía.
42. Detección oportuna de traslado de pacientes por personal no capacitado o por familiares.

<b>EVENTOS ADVERSOS</b>
1. Realización de procedimientos invasivos por personal en formación sin supervisión.
2. Retraso en la prescripción en pacientes.
3. Retraso en atención médica.
4. Falta de camillero para traslado y movilización al paciente.
5. Caída de paciente.
6. Complicaciones en la colocación de accesos intravasculares central y/o periférico (neumotórax, hemotórax, multipunción, hematomas, punción arterial, etc.).
7. Complicación quirúrgica en el transoperatorio.
8. Herida cortante en el paciente por retiro de yeso.
9. Deglución de cuerpo extraño.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 195



10. Diferimiento Quirúrgico.
11. Error en la administración de hemocomponentes por no realizar doble verificación.
12. Error en la preparación de vacunas para su administración.
13. Error en sitio quirúrgico.
14. Extravasación por infusión periférica intravenosa.
15. Falta de detección de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el paciente.
16. Falta de insumo que implique una reprogramación del procedimiento.
17. Flebitis por (multipunción, velocidad de administración errónea, ministración de medicamentos exclusivos de vía central).
18. Hematoma post-punción.
19. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el paciente.
20. Intervención tanatológica con mal manejo.
21. Lesión en talón del recién nacido.
22. Lesión por cizallamiento, fricción y presión de salientes óseas.
23. Lesión por punción en tendón.
24. Lesiones dérmicas por material de fijación de catéter central y periférico.
25. Traumatismo causado al paciente por movilización incorrecta.
26. Maltrato a pacientes por personal clínico y no clínico.
27. Desconexión de paciente por disfuncionamiento de la osmosis.
28. Administración de medicamentos por la vía incorrecta.
29. Oclusión de accesos vasculares centrales por mal manejo.
30. Pérdida de piezas dentales por intubación endotraqueal.
31. Perforación de víscera hueca (útero, pulmón, corazón, intestino, vejiga, etc.) por procedimientos invasivos.
32. Quemadura o lesión por sujeción, cunas radiantes, colocación de bolsas calientes, etc.
33. Reacción alérgica a un medicamento por omisión de interrogatorio sobre antecedentes previos.
34. Retiro accidental de acceso venoso central y/o periférico.
35. Retiro accidental de dispositivos (cánula endotraqueal, sondas, catéter nefrostomía, gastrostomía etc.).
36. Rotulación de muestras de laboratorio, biopsia, cultivos, tubo piloto, etc. de forma incorrecta.
37. Ruptura de catéter central.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 196

38. Síndrome tóxico del segmento anterior posterior a procedimiento oftálmico.
39. Hipoxemia por tapón mucoso en cánula endotraqueal.
40. Tiempos quirúrgicos prolongados por personal en formación.
41. Trauma fetal sin daño permanente.
42. Trauma obstétrico sin daño permanente.
43. Lesión por vendaje compresivo excesivo.
44. Trauma uretral por colocación de sonda Foley.
45. Toma de muestra de laboratorio equivocada por identificación incorrecta del paciente.
46. Toma de muestra de laboratorio equivocada al paciente.
47. Más de dos intentos en intubación endotraqueal.
48. Hipoxemia por fallo de ventilador.
49. Aplicación de hemocomponentes a velocidad de administración incorrecta.
50. No se realiza protocolo universal en momentos críticos.
51. Transfusión de componentes sanguíneos mal conservados.
52. Tratamiento de pieza dental incorrecta.
53. Broncoaspiración por técnica incorrecta de aspiración.
54. Administración de dieta enteral por vía central.

<b>EVENTOS CENTINELA</b>
1. Embolismo aéreo en pacientes con hemodiálisis.
2. Muerte del paciente por administración de medicamento contraindicado.
3. Amputación de falange secundaria a sujeción.
4. Broncoaspiración por cuerpo extraño por el no apego al procedimiento.
5. Choque anafiláctico por (medicamentos, alimentos, pruebas de hipersensibilidad, etc.).
6. Choque Hipovolémica por hemorragia severa secundaria al manejo médico.
7. Complicación quirúrgica grave (hemorragia, anestesia prolongada, perforación de víscera hueca, etc.).
8. Contagio de enfermedades transmisibles por transfusión de hemocomponentes.
9. Defunción por complicaciones de técnica quirúrgica incorrecta.
10. Evisceración por técnica quirúrgica incorrecta o mal manejo.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 197

11. Muerte o daño permanente por hipoglucemia secundaria a manejo incorrecto.
12. Infección nosocomial severa (Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Clostridium difficile, etc.)
13. Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
14. Intento de suicidio.
15. Suicidio.
16. Robo de infante.
17. Lesión traqueal por intubación incorrecta.
18. Lesión vascular por instalación o retiro de catéter venoso central.
19. Lesiones graves por caída (fracturas, traumatismo cráneo encefálico, etc.).
20. Muerte del paciente por falla o desconexión del ventilador.
21. Muerte materna.
22. Muerte por caída.
23. Muerte por administrar hemocomponentes equivocados.
24. Muerte por retraso de intubación endotraqueal.
25. Muerte por retraso en la atención médica.
26. Muerte por taponamiento mucoso de dispositivo invasivo (cánula endotraqueal).
27. Muerte violenta en la instalaciones del hospital (homicidio)
28. Necrosis de algún miembro por inapropiada administración de medicamentos intravenosos.
29. Nefrectomía post biopsia.
30. Trombosis (cerebral, pulmonar, miembros periféricos, etc.) por falta de trombopprofilaxis.
31. Fuga de paciente.
32. Pérdida de la función o de un órgano (histerectomía, evisceración, amputación, órgano dental etc.) secundaria a la atención médica.
33. Cirugía o procedimiento en sitio anatómico incorrecto.
34. Muerte por administración de dieta enteral por vía central.
35. Retención de material o instrumental quirúrgico.
36. Identificación de signos que sugieren maltrato o violencia sexual en el paciente
37. Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal
38. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente
39. Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 198



### 10.11 Definiciones operativas de cuasifallas y errores de medicación.

<b>CUASIFALLA DE MEDICACIÓN</b>	
<b>FASE</b>	<b>Definición operativa</b>
<b>ALMACENAMIENTO RESGUARDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificó en resguardo medicamento con fecha caduca se retira del área de almacenaje.</li> <li>• Se encontró Insulina congelada en refrigerador.</li> <li>• Se identifica en resguardo medicamento con etiqueta deteriorada.</li> <li>• Medicamento resguardado en condiciones que ponen en riesgo la estabilidad del medicamento.</li> </ul>
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusión en la prescripción por nombre entre medicamentos LASA.</li> <li>• La enfermera identifica la prescripción con letra ilegible solicita a médico prescriptor aclare la duda.</li> <li>• Medicamento con nombre comercial.</li> <li>• Prescripción incompleta: medicamento, dosis, presentación, vía y/o frecuencia.</li> <li>• La enfermera identifica en la prescripción presentación incorrecta del medicamento.</li> <li>• Se identifica dosis incorrecta de medicamento prescrito al paciente pediátrico.</li> <li>• La enfermera al solicitar el medicamento identifica en la prescripción la vía de administración es incorrecta.</li> <li>• Jefe de Enfermeras identifica medicamento con prescripción incorrecta en frecuencia/horario.</li> <li>• La enfermera identifica en la prescripción que se han utilizado unidades de medida incorrectas.</li> <li>• La Jefa de Enfermeras identifica en la prescripción el uso de abreviaturas no permitidas.</li> <li>• La Jefa de Enfermeras al realizar planeación de solicitud de antibióticos encuentra prescritos antibióticos sin el total de días del esquema que el paciente recibirá.</li> <li>• La enfermera encuentra en la prescripción medicamento contraindicado.</li> <li>• La enfermera identifica en la prescripción farmacoterapéutica dos medicamentos con el mismo principio activo, con la misma acción farmacológica y cuya asociación no aporta ventajas frente a la terapéutica.</li> </ul>
<b>TRANSCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Jefa de Enfermería lo identifica que la Transcripción de medicamentos es diferente a lo prescrito de las Indicaciones Médicas al formato de Registros Clínicos de Enfermería, al recetario de solicitud de medicamentos y se corrige.</li> <li>• La Enfermera realiza transcripción incorrecta de la presentación del medicamento y en el momento de la solicitud del mismo se identifica la equivocación y se corrige.</li> <li>• Se identifica por Jefa de enfermería que la transcripción realizada a la Formato de Registros Clínicos de Enfermería la dosis es diferente a lo prescrito lo cual se corrige.</li> <li>• La Jefa de Enfermería al realizar la verificación de las Transcripciones realizadas identifica que la vía de administración es diferente a lo prescrito.</li> <li>• La Jefa de Enfermería identifica en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería que la transcripción realizada por la Enfermera de frecuencia/ hora es diferente a lo prescrito.</li> </ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 199



<b>DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Jefa de Enfermería al recibir sus medicamentos identifica que le están surtiendo medicamento incorrecto.</li> <li>• La Jefa de Enfermería al recibir sus medicamentos identifica que le están surtiendo medicamento con presentación incorrecta.</li> <li>• La Jefa de Enfermería al recibir los medicamentos identifica que el medicamento es el correcto pero la dosis de concentración es incorrecta.</li> <li>• La Jefa de Enfermería al recibir sus medicamentos identifica que le surten medicamentos LASA sin alerta visual.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN y ADMINISTRACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la realización de la doble verificación se identifica en la preparación que la solución es incorrecta para el medicamento.</li> <li>• Durante la realización de la doble verificación se identifica en la preparación que la dilución es incorrecta del medicamento.</li> <li>• Medicamento incorrecto.</li> <li>• Durante la realización de la doble verificación se identifica en la preparación que la dosis incorrecta.</li> <li>• Durante la realización de la doble verificación se identifica en la preparación que el etiquetado es incorrecto e incompleto.</li> <li>• Durante la misión de documentación en la Hoja de Registros Clínicos del medicamento.</li> </ul>

<b>EVENTO ADVERSO DE ERROR DE MEDICACIÓN</b>	
<b>FASE</b>	<b>Definición operativa</b>
<b>ALMACENAMIENTO RESGUARDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se almacena medicamentos lasa juntos sin alerta visual.</li> <li>• Medicamentos de alto riesgo almacenados sin alerta visual.</li> <li>• Medicamentos de alto riesgos (electrolitos concentrados) almacenados con los otros medicamentos.</li> <li>• Medicamentos con caducidad ya cumplida</li> <li>• Medicamentos almacenados con red fría fuera de rango por más de 48 horas</li> <li>• Stock de medicamentos en desabasto o incompleto.</li> </ul>
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se administra medicamento erróneo por prescripción ilegible.</li> <li>• Se administración de medicamento antes del tiempo prescripto.</li> <li>• El médico tratante omite medicamento en la prescripción.</li> <li>•</li> </ul>
<b>TRANSCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transcripción errónea de medicamentos de la hoja de prescripción al Formato de Registros Clínicos de Enfermería</li> <li>• Transcripciones equivocadas entre pacientes por no identificar las hojas con los dos datos.</li> <li>• Transcripción de equivocada de una transcripción a otro día en un paciente en las unidades de medidas internacionales.</li> <li>• Omisión de medicamento al realizar la transcripción de un día a otro.</li> </ul>



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	7. Procedimiento para la Prevención, Notificación, Registro y Análisis de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinela.		

<b>PREPARACIÓN y ADMINISTRACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omisión de la administración de medicamento.</li> <li>• Técnica de administración incorrecta.</li> <li>• Se ministra la presentación incorrecta de un medicamento.</li> <li>• Se ministra dosis incorrecta.</li> <li>• Se ministra medicamento en horario incorrecto.</li> <li>• Se ministra medicamento intravenoso a una velocidad de infusión incorrecta.</li> <li>• Ministración de medicamento no indicado.</li> <li>• Se ministra medicamento incorrecto.</li> <li>• Se ministra medicamento por la vía de administración incorrecta.</li> <li>• Ministración de medicamento a paciente equivocado.</li> <li>• Medicamento ministrado con duplicidad terapéutica.</li> <li>• Interacción medicamento-medicamento.</li> <li>• Interacción medicamento-alimento.</li> <li>• Retraso en el inicio del esquema de antibiótico del paciente.</li> </ul>
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos que trae el paciente están con fecha de caducidad vencida.</li> <li>• Pacientes que presentan reacciones adversas a medicamentos a medicamentos no se reportan</li> <li>• No se notifican oportunamente los errores de medicación que derivan en muerte del paciente.</li> </ul>

<b>EVENTO CENTINELA DERIVADO DE ERROR DE MEDICACIÓN</b>	
<b>FASE</b>	<b>Definición operativa</b>
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicación médica verbal y omisión del protocolo de escuchar, repetir y confirmar, se administran 100 mcg de fentanil, la paciente comienza con bradicardia y cae en paro.</li> <li>• Indicación médica verbal y omisión del protocolo de escuchar, repetir y confirmar, se administra ketamina a dosis elevadas, la paciente cae en depresión respiratoria y paro cardiorespiratorio.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN y ADMINISTRACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin barrera de seguridad de la doble verificación se prepara y se administra fosfato de potasio mal diluida y en menos tiempo de lo indicado, lo que provoca arritmias, sofocación y paro cardiorespiratorio,</li> </ul>

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		<small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.		Hoja: 201

**8. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.		Hoja: 202

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos que sirvan de guía para realizar la evaluación de la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, la cual permita identificar las áreas de oportunidad y establecer líneas estratégicas de acción.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos supervisa la aplicación correcta de este Procedimiento, la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica participa como enlace con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES); el Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica determina la muestra representativa del personal operativo médico y de enfermería que responderá en línea el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México; la Dirección de Coordinación Médica en conjunto con sus Direcciones y Subdirecciones de Área, Jefes de Servicio, Jefes de Unidad y de Áreas Médicas, organizan las actividades necesarias para que su personal cumpla con el procedimiento.

2.2 A nivel externo: La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) es quién establece los lineamientos para la aplicación del Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México, para los hospitales del sector público.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, fomenta la Cultura de Calidad y Seguridad de la atención médica, considerando que es corresponsabilidad de todos los actores que están implicados en los procesos de atención a la salud (directivos, administrativos, personal de salud en trato directo al paciente, operativos, entre otros).

3.2 Para favorecer la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente, en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” anualmente se aplica el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México, de la DGCES, el cual tiene como objetivo el evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención en el personal de salud hospitalario.



3.3 La aplicación del cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente para la Mejora de la Calidad de Atención será aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), haciendo énfasis en la participación de todo el personal y de manera anónima.

3.4 La Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica, a través del Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica, determina la muestra representativa del personal operativo médico y de enfermería, responderá en línea el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad de la atención en Hospitales de México.

3.5 La Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica, enviará a la Dirección de Coordinación Médica el tamaño de la muestra estratificada por turnos y profesiones del personal a participar en la aplicación del cuestionario, a fin de que las citadas Direcciones organicen las actividades necesarias para que su personal realice el cuestionario en línea.

3.6 La DGCES, envía a la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica, las indicaciones generales, clave de acceso y contraseña, así como el plazo para la captura del cuestionario en línea por el personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.		Hoja: 203

3.7 Durante las fechas del plazo de captura, el cuestionario se encontrará disponible en la dirección electrónica que proporcione la DGCES.


3.8 Una vez concluido el plazo de captura para el cuestionario la DGCES enviará al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” los resultados del grado general de cultura de seguridad del paciente y el desglose de los valores obtenidos de las 12 dimensiones que la integran.

3.9 En los resultados del cuestionario, una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital, cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (“Totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre”). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”.

3.10 Mediante los resultados de la aplicación del cuestionario se obtiene información sobre la cultura de seguridad del paciente del personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, así como acerca de las fortalezas y oportunidades para mejorarla.

3.11 Los resultados de la medición serán enviados por la DGCES al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, y se presentarán en COCASEP para el diseño e implementación de acciones de mejora.

3.12 Los resultados del análisis y las acciones de mejoras implementadas, se presentarán al cuerpo directivo y al personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.

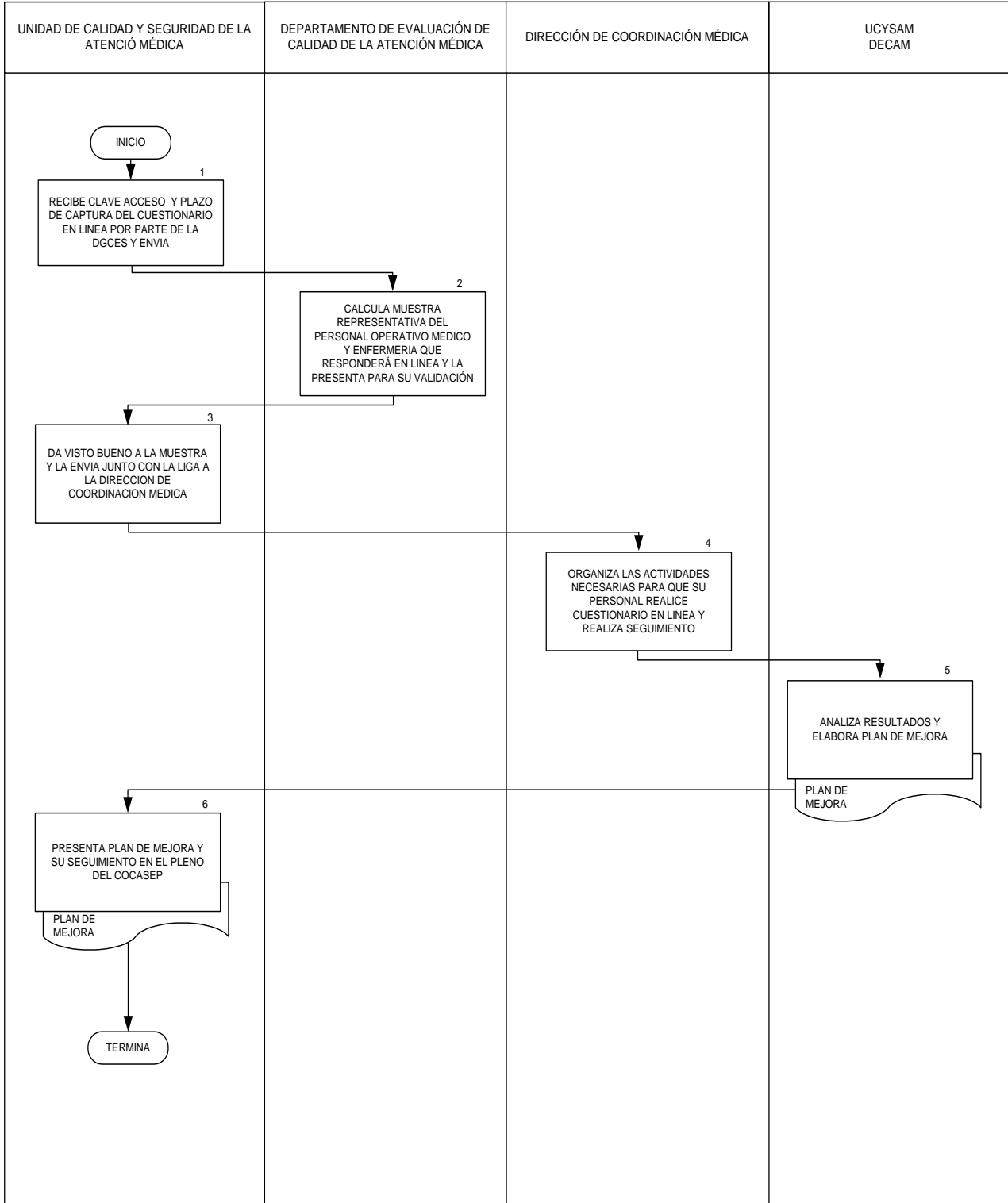
Hoja: 204



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica	1	Recibe la clave de acceso y contraseña, así como el plazo para la captura del cuestionario en línea, por parte de la DGCES y envía al Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica para su coordinación.	
Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica	2	Calcula la muestra representativa del personal operativo médico y de enfermería que responderá en línea el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México y la presenta a la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica para su validación.	
Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica	3	Da visto bueno de la muestra del personal operativo médico y de enfermería del Hospital, y la envía junto con la liga de acceso a la Dirección de Coordinación Médica señalando el plazo en el que estará disponible el cuestionario.	
Dirección de Coordinación Médica	4	Organiza las actividades necesarias para que su personal realice el cuestionario en línea y realizan el seguimiento en cuanto al número de personal que responde el cuestionario hasta su cumplimiento.	
Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica  Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica	5	Analiza los resultados del grado general de cultura de seguridad del paciente en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" enviados por la DGCES y se elabora Plan de Mejora, a fin de definir e implementar acciones y proyectos de intervención para mejorar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, considerando como prioritarias aquellas con la menor puntuación.	• Plan de Mejora
Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica	6	Presenta el Plan de mejora y su seguimiento en el pleno del COCASEP.  <b>TERMINA</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> DR. EDUARDO LICEAGA	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.		Hoja: 205

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b>	Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.	DR. EDUARDO LICEAGA	Hoja: 206

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.	No Aplica
6.2 Modelo Único de Evaluación de la Calidad (Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente) (Manejo y Uso de Medicamentos). Consejo de Salubridad General.	No aplica
6.3 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	No aplica
6.4 Código de Ética de las Personas Servidoras Públicas del Gobierno Federal, Diario Oficial de la Federación.	No Aplica
6.5 Código de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No Aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



**8.2 Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México:** Herramienta que tiene como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud hospitalario, está compuesto por 53 preguntas agrupadas en ocho secciones, 42 de las cuales se relacionan con 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y las restantes con información general del encuestado (a). En la última sección se solicita al participante hacer comentarios libres sobre la seguridad del paciente en su hospital.

**8.3 Cultura de Seguridad del Paciente:** el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

**8.4 Muestra estadística:** porción que se extrae de una población estadística para un determinado estudio, con el fin de representar, conocer y determinar los aspectos de dicha población.

**8.5 Paciente:** Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

**8.6 Seguridad del paciente:** Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	8. Procedimiento para evaluar la cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención.		Hoja: 207

### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Septiembre 2023	Se actualizó el procedimiento

### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.



IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN  
DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
ACCIONES ESENCIALES PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
DRA. GUADALUPE MERCEDES LUCIA GUERRERO AVENDAÑO DIRECTORA GENERAL	
DR. RAUL SERRANO LOYOLA DIRECTOR DE COORDINACIÓN MÉDICA	
MTRO. FRANCISCO SALVADOR VALADEZ SALDAÑA DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
LIC. JACQUELINE PINEDA PINEDA DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS	
DRA. OLGA M. RODRÍGUEZ PIÑEYRO SUBDIRECTORA DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
MTRA. MARÍA ESTHER SANTOS CALDERÓN SUBDIRECTORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y GESTORA DE CALIDAD	
MTRA. MARÍA PATRICIA PADILLA ZÁRATE SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA	

Elaborado con base en la Estructura Orgánica autorizada en el Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica y de la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. Este documento se integra de 209 fojas útiles.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO  
DIRECCIÓN GENERAL  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS  
DR. EDUARDO LICEAGA

12 FEB. 2024  
**VALIDADO Y REGISTRADO**