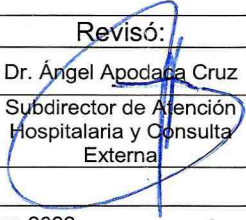


 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 1 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			



INDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.- MARCO JURÍDICO	4
III.- PROCEDIMIENTOS:	10
– AESP 1. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	
– AESP 2. COMUNICACIÓN EFECTIVA	
– AESP 3. SEGURIDAD EN EL PROCESO DE LA MEDICACIÓN	
– AESP 4. SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS	
– AESP 5. REDUCCION DEL RIESGO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)	
– AESP 6. REDUCCION DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUDA DE CAIDAS	
– AESP 7. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS	
– AESP 8. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 3 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

INTRODUCCIÓN

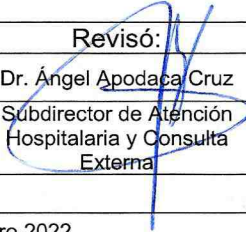
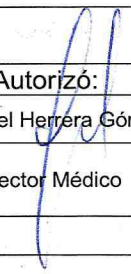
En cumplimiento al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, por el que cual se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, elabora el presente documento, que sustituye al realizado en el año 2016 denominado Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

El presente manual tiene como propósito establecer los lineamientos relativos a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, que dirijan el actuar del personal clínico y no clínico que labora en el Instituto Nacional de Cancerología, así como del personal rotante, visitante, en prácticas profesionales, internado y de servicio social entre otros.

La redacción se realizó con base a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Este documento contiene: Portada, Índice, Introducción, Objetivo del Manual, Marco Jurídico, y Procedimientos, con su respectiva Denominación, Propósito, Alcance a nivel interno y externo, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario, Cambios de Versión y Anexos.

El manual se actualizará de conformidad a lo indicado en los Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología, y cuando existan modificaciones a la estructura orgánica o normatividad aplicable, el área responsable será la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Área de Calidad, en colaboración con la Subdirección de Planeación.

Su difusión se realizará a través de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Área de Calidad, quién lo dará a conocer a su personal adscrito y permanecerá para su consulta en la Normateca Interna de la página web del Instituto.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 4 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los lineamientos que dirijan el actuar de todo el personal clínico y no clínico que labora, realiza rotaciones, estancias, residencias, internado, servicio social o prácticas profesionales en el Instituto Nacional de Cancerología en relación al conocimiento, implementación, ejecución y evaluación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente de manera obligatoria como lo marca el Consejo de Salubridad General, con la finalidad de garantizar la seguridad de la persona usuaria y reducir al máximo los eventos adversos asociados a la atención de la salud en la institución.

II.- MARCO JURÍDICO

El Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente se encuentra sustentado en el siguiente marco jurídico normativo:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 5-02-1917. Última reforma D.O.F. 28-05-2021.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-12-1976, Última reforma D.O.F. 11-01-2021.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 26-05-2000. Última reforma D.O.F. 29-11-2019.

Ley de Planeación.
D.O.F. 05-01-1983. Última reforma D.O.F. 16-02-2018.

Ley Federal de Austeridad Republicana.
D.O.F. 19/11/2019.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14-05-1986. Última reforma D.O.F. 01-03-2019.

Ley General de Salud.
D.O.F. 07-02-1984. Última reforma D.O.F. 14-10-2021.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.
D.O.F. 18-07-2016. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30-03-2006. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 04-05 2015. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apedaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 5 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-05-2016. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 01-04-1970. Última reforma D.O.F. 31-07-2021.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
D.O.F. 28-12-1963. Última reforma D.O.F. 31-07-2021.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04-08-1994. Última reforma D.O.F. 18-05-2018.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 04-01-2000. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
D.O.F. 11-06-2003. Última reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
D.O.F. 01-02-2007. Última reforma D.O.F. 01-06-2021.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
D.O.F. 28-01-1988. Última reforma D.O.F. 21-10-2021.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
D.O.F. 02-08-2006. Última reforma D.O.F. 14-06-2018.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
D.O.F. 30-05-2011. Última reforma D.O.F. 12-07-2018.

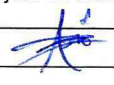
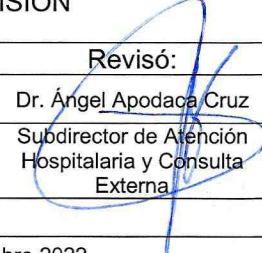
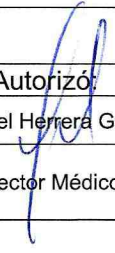
Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 08-10-2003. Última reforma D.O.F. 18-01-2021.

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear.
D.O.F. 04-02-1985. Última reforma D.O.F. 09-04-2012.

Ley General de Archivos.
D.O.F. 15-06-2018.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.
D.O.F. 18-07-2016. Última Reforma DOF 20-05-2021

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
D.O.F. 26-01-2017.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 6 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-05-1986. Última reforma D.O.F. 17-07-2018.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06-01-1987. Última reforma D.O.F. 02-04-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
D.O.F. 18-01-1988. Última reforma D.O.F. 09-08-1999.

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. 20-02-1985. Última reforma D.O.F. 26-03-2014.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 26-01-1990. Última reforma D.O.F. 23-11-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28-06-2006. Última reforma D.O.F. 13-11-2020.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 28-07-2010. Última reforma D.O.F. 14-06-2021.

Reglamento General de Seguridad Radiológica.
D.O.F. 22-11-1988.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.
D.O.F. 13-05-2014.

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

DECRETOS

Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Cancerología.
D.O.F. 19-11-1946.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
D.O.F. 12-07-2019.

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
D.O.F. 17-08-2020.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apedaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 7 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.
D.O.F. 30-08-2019.

Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal.
D.O.F. 30-11-2020.

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 10-12-2012. Última reforma D.O.F. 30-12-2013.

Decreto para realizar la entrega-recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tenga asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.
D.O.F. 14-09-2005.

Decreto por el que se establece la regulación en materia de Datos Abiertos.
D.O.F. 20-02-2015

ACUERDOS

Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
D.O.F. 08-09-2017

NORMAS

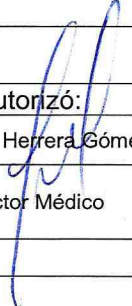
Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de mama.
D.O.F. 09-06-2011.

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. 04-01-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
D.O.F. 08-06-2017.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.
D.O.F. 23-11-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
D.O.F. 15-10-2012.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 8 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
D.O.F. 09-07-2020.

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. 08-01-2013.

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. 04-09-2013.

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. 12-09-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 02-09-2013.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-026-SSA3-2018, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
D.O.F. 30-11-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la Farmacovigilancia.
D.O.F. 19-07-2017.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología.
D.O.F. 31-01-2018.

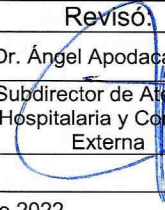
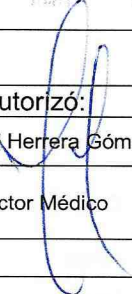
Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
D.O.F. 31-01-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
D.O.F. 30-11-2012.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
D.O.F. 12/07/2019

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
D.O.F. 17/08/2020

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		HOJA: 9 DE: 10
--	--	--	-------------------------------------

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.

D.O.F. 30/08/2019

Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Cancerología.

D.O.F. 25/11/2020

DISPOSICIONES NORMATIVAS INTERNAS.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.

Aprobado en sesión de la H. Junta de Gobierno el 09-04-2021.

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.

OTROS ORDENAMIENTOS

Políticas de Transparencia de Tecnología del Instituto Nacional de Cancerología.

D.O.F. 13-12-2016.

Lineamientos generales para el establecimiento de acciones permanentes que aseguren la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.

D.O.F. 06-03-2012.

Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 20-02-2004.

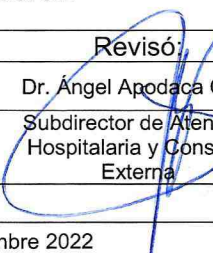
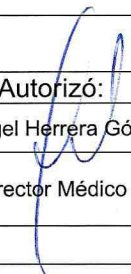
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 09-08-2010. Última reforma D.O.F. 03-02-2016

Estándares para la Certificación de Hospitales. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General. 01-08-2015

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

México D.F. diciembre del 2001

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE ACCIONES ESENCIALES DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE**



HOJA: 10

DE: 10

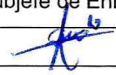
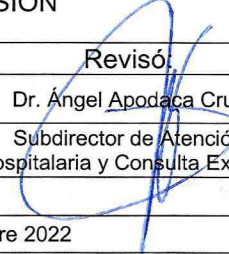
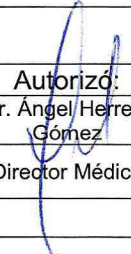
III.- PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 1 DE: 43

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 1. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 2
				DE: 43

1. PROPÓSITO

Identificar en forma confiable, segura y estandarizada a todos los pacientes del Instituto, con el fin de garantizar que el servicio, procedimiento o tratamiento se otorga a la persona correcta.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica para todo el personal de salud, clínico y no clínico, que brinde servicios de atención directa en el Instituto Nacional de Cancerología, en las diversas áreas hospitalarias y ambulatorias, incluyendo a los prestadores de servicios subrogados.

2.2 A nivel externo: Es el documento que guiará al personal en formación que realice prácticas de pregrado y posgrado.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es de observancia obligatoria identificar a la persona desde el primer momento en que éste solicita atención, con los siguientes identificadores, que serán invariablemente el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento (día, mes y año) y número de expediente.

3.2 No se debe incluir en los datos de identificación: el número de cama, cubículo, sala, servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención, ni diagnóstico médico.

3.3 La herramienta para identificación de pacientes en consulta externa, servicios auxiliares de diagnóstico, atención inmediata y servicios ambulatorios es la libreta de citas con fotografía; en hospitalización se utilizará el brazalete o pulsera de identificación y la tarjeta o membrete de cabecera.

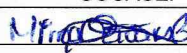
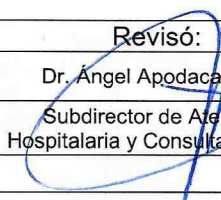
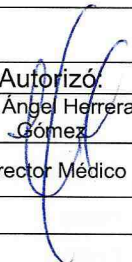
3.4 Es de observancia obligatoria que el brazalete de identificación se coloque en la muñeca derecha de la persona, desde el momento en que es ingresado hasta su egreso, manteniéndolo legible. En caso de situaciones que impidan la colocación en el sitio ya mencionado, se podrá colocar en la muñeca izquierda y como última opción en los tobillos. En caso de no ser posible la colocación del brazalete, éste debe mantenerse junto con el membrete de cabecera.

3.5 Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención deben contener los datos de identificación establecidos en el Instituto: nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente; incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de gabinete y laboratorio.

3.6 Admisión Hospitalaria es responsable de proporcionar el brazalete a todos los pacientes que son hospitalizados, así como colocarlo en la muñeca derecha de la persona haciendo verificación cruzada.

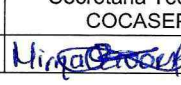
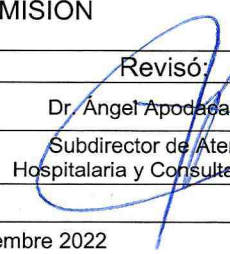
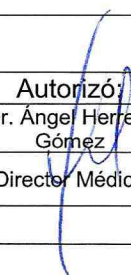
3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería a cargo del paciente, avisar a la (el) jefe de servicio, del deterioro del brazalete, para reposición del mismo.

3.8 Es responsabilidad de la (el) jefe (a) de servicio solicitar a Admisión Hospitalaria el cambio de los brazaletes en mal estado.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente		HOJA: 3 DE: 43

- 3.9 En caso de urgencia donde se encuentre en riesgo la vida del paciente, tiene prioridad brindar la atención y posteriormente colocar el brazalete. Una vez superada la emergencia, el personal de enfermería responsable del paciente deberá colocarlo nuevamente o en su caso solicitarlo.
- 3.10 Es responsabilidad de Admisión Hospitalaria realizar el cambio de brazaletes dentro del turno en que fue solicitado, a excepción del turno nocturno, en este caso serán entregadas en el turno matutino.
- 3.11 Es responsabilidad de Admisión Hospitalaria, verificar que todo paciente que ingrese a quirófano porte brazalete de identificación, con los datos anteriormente mencionados, así como su expediente clínico completo.
- 3.12 Es responsabilidad del personal de enfermería resguardar el brazalete de la persona que baja a la Unidad de Cuidados Intensivos, para recolocar al egreso del mismo, garantizando que la apertura se realice en la zona de adhesivo.
- 3.13 La Unidad de Trasplante de Médula Ósea es el único servicio donde por cuestiones de higiene y seguridad no se coloca el brazalete en la muñeca del paciente. Este se coloca en la puerta de la habitación del paciente.
- 3.14 En la Unidad de Cuidados Intensivos se colocará la pulsera de identificación en la puerta, dependiendo del abordaje terapéutico implementado de acuerdo a la condición de la persona, el membrete de cabecera se colocará en la puerta del cubículo con los lineamientos establecidos.
- 3.15 Todo paciente debe contar con un identificador de cabecera durante su estancia hospitalaria, así como en lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis y cirugía de corta estancia.
- 3.16 Es responsabilidad de las (los) jefes (as) de servicio y/o personal de enfermería, y administrativa(o) de cada turno colocar el identificador de cabecera al ingreso del paciente, recordando que el llenado será en tinta negra. Los marbetes o identificadores de cabecera se realizarán en el servicio donde se encuentre el paciente conforme al instructivo de llenado de la ficha de identificación.
- 3.17 Es responsabilidad del personal de enfermería a cargo del paciente, borrar el identificador de cabecera al egreso del paciente.
- 3.18 Es de observancia obligatoria que el profesional de salud realice la identificación cruzada en paciente hospitalizado de la siguiente manera: preguntar nombre, fecha de nacimiento y cotejarlo con el identificador de cabecera y el brazalete.
- 3.19 En caso de pacientes desorientados, sedados o con cualquier alteración del estado de conciencia, la identificación se debe realizar con el membrete de cabecera y brazalete, corroborando con el familiar o acompañante y validando con el expediente clínico antes de realizar cualquier procedimiento.
- 3.20 En el paciente ambulatorio se debe preguntar nombre, fecha de nacimiento y cotejar con la libreta de citas con fotografía.
- 3.21 En caso de que la persona requiera observación en Atención Inmediata, el personal administrativo o el personal de enfermería elaborará la ficha de identificación de acuerdo a los lineamientos operativos.
- 3.22 En personas con imposibilidad de comunicarse verbalmente o que no habla español, la verificación cruzada se debe realizar con el familiar o persona responsable. En estos casos es

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

necesario informar que se requiere de la presencia del familiar o responsable las 24 horas del día.

3.23 El personal clínico y no clínico es responsable de identificar al paciente previo a:

- Administrar todo tipo de medicamentos.
- Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Extraer sangre u otras muestras para análisis clínico.
- Realización de estudios diagnósticos.
- Traslados dentro y fuera del hospital.
- Dotación de dietas.
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
- Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico.
- Manejo de cadáveres (incluye traslado).
- Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo.
- Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis).
- Colocación/retiro de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos.

3.24 Es responsabilidad del Personal de Recepción, Módulo de Citas y Trabajo Social, usar dos identificadores (nombre completo y fecha de nacimiento) antes de cualquier trámite o entrega de documentos.

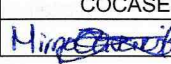
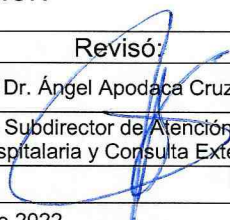
3.25 En caso de que en los pacientes de cirugía ambulatoria sea necesario colocar el brazalete en el tobillo y de momento no pueda ser colocado, Admisión Hospitalaria lo entregará al personal de enfermería quien lo colocará cuando el paciente tenga descubierto el tobillo.

3.26 Es responsabilidad del personal de enfermería informar al paciente y acompañante la importancia de portar el brazalete y de no retirarlo durante su estancia en el Instituto.

3.27 Es responsabilidad del personal de camillería que traslada de manera interna a los pacientes, corroborar los datos de identificación y servicio al que será trasladado.

3.28 Es responsabilidad del personal de salud corroborar la identificación del paciente, antes de instalar o retirar sondas, catéteres, así como colocar membrete en el dispositivo con los siguientes datos:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Tipo de sonda.
- Fecha de instalación.
- Número de French.
- Globo cc.
- Observaciones.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 5 DE: 43

3.29 Todo medicamento que se prepare, en central de mezclas o en servicio por el personal de enfermería debe contener una etiqueta con los siguientes datos:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Vía.
- Tipo de medicamento.

3.30 Para fines de esta acción esencial toda solicitud de estudios de imagen, laboratorio y patología debe contener los siguientes datos:

- Nombre completo.
- Número de expediente.
- Identificación del solicitante.
- Estudio solicitado y/o tipo de muestra.

3.31 Es responsabilidad del personal de laboratorio y patología verificar los datos de identificación del paciente (nombre completo, fecha de nacimiento y número expediente) en la solicitud, cotejando con la muestra biológica, en caso de no coincidir debe informar inmediatamente al médico(a).

3.32 El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente (Nombre y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución y/o componentes, fecha y hora de inicio, término, nombre y firma de quien instaló. En caso de que la solución contenga electrolitos deberá resaltarse el electrolito con tinta roja o azul que sea diferente al resto de la tinta usada en el membrete.

3.33 El brazalete será retirado al alta del paciente por él mismo o por el familiar en su domicilio.

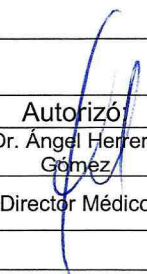
3.34 En caso de defunción del paciente, por ningún motivo se retirará el brazalete, ya que se utiliza para la identificación del cuerpo.

3.35 En caso de defunción, se elaborarán dos identificadores para el cadáver, en un trozo de tela adhesiva de 30 cm aproximadamente donde se registrarán los siguientes datos: nombre completo, fecha de nacimiento, número de expediente, diagnóstico, fecha y hora de defunción. Un identificador se colocará directamente en el tórax del paciente y el otro sobre la mortaja.

3.36 Lineamientos de la AESP 1

3.36.1 Datos del identificador de cabecera

- a) Nombre completo del paciente o persona empezando por nombre
- b) Fecha de nacimiento.
- c) Número de expediente.
- d) Fecha de ingreso
- e) Servicio
- f) Diagnóstico de ingreso.
- g) Alergias y/o reacciones.
- h) En algunos servicios se anexará puntaje Downton de la escala de valoración de riesgo de caídas.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

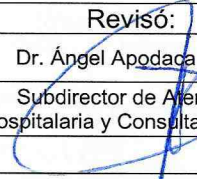
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 6 DE: 43

3.36.2 Características del brazalete.

- Color blanco.
- Texto en negro, con tamaño de letra 12 y fuente común.
- Material antialérgico.
- Resistente al calor y humedad.
- Tinta indeleble.
- Flexible y cómodo.
- Adaptado al tamaño del paciente.
- Fácil manejo por parte del profesional de salud.

3.36.3 Características de la libreta de citas.

- Nombre completo del paciente iniciando por el nombre.
- Número de expediente.
- Fecha de nacimiento.
- Nivel socioeconómico.
- Fotografía.
- Código de barras.
- En algunos servicios ambulatorios se usará como identificador.

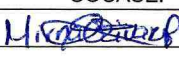
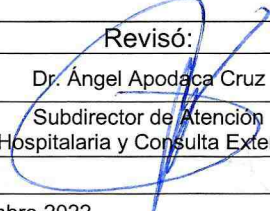
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 "Procedimiento de identificación en paciente alerta"

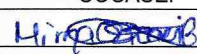
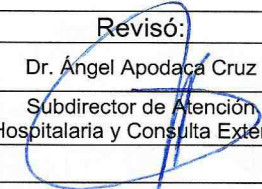
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud	1	Solicita al paciente mencione su nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente.	
Paciente, familiar o persona responsable	2	Verbaliza nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente.	
Personal multidisciplinario del equipo de salud	3	Verifica datos en herramientas de identificación previo a: – Administrar todo tipo de medicamentos. – Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. – Transfusión de sangre y hemo componentes. – Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos. – Realización de estudios diagnósticos. – Traslados dentro y fuera del hospital. – Dotación de dietas. – Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. – Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. – Manejo de cadáveres (incluye traslado). – Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis) – Colocación de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos.	- Libreta de citas - Papeleta de citas - Solicitudes de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de registro clínico - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados
Personal multidisciplinario del equipo de salud	4	Inicia procedimiento o actividad a realizar. TERMINA	- Expediente electrónico

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		 INSTITUTO MEXICANO DE CARDIOLOGÍA	REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 8
				DE: 43

4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 "Identificación en paciente sedado o inconsciente"

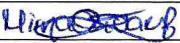
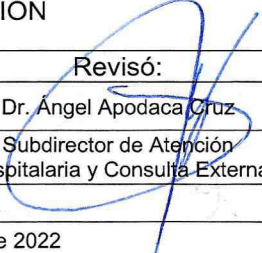
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud	1	Solicita al familiar o persona responsable el nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente del paciente.	
Familiar o persona responsable	2	Verbaliza nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente.	
Personal multidisciplinario del equipo de salud	3	Verifica datos en herramientas de identificación previo a: – Administrar todo tipo de medicamentos. – Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. – Transfusión de sangre y hemo componentes. – Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos. – Realización de estudios diagnósticos. – Traslados dentro y fuera del hospital. – Dotación de dietas. – Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. – Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. – Manejo de cadáveres (incluye traslado). – Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis) – Colocación o retiro de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos.	- Libreta de citas - Papeleta de citas - Solicitudes de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados
Personal multidisciplinario del equipo de salud	4	Inicia procedimiento o actividad a realizar.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

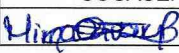
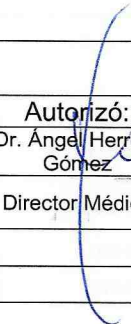
4.3 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 “Identificación del paciente que solicita servicio en Atención Inmediata”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Apoyo administrativo	1	Recibe al paciente procedente de domicilio o de algún servicio ambulatorio.	- Expediente electrónico
	2	Registra motivo de consulta a Atención Inmediata.	- Registro en base de datos Excel - Hoja de triage de atención inmediata
	3	Verifica datos en herramientas de identificación.	- Credencial de elector - Libreta de citas
Familiar o persona responsable	4	Verbaliza nombre completo, fecha de nacimiento, número de expediente y motivo de consulta a urgencia.	
Personal multidisciplinario del equipo de salud	5	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Evaluación de condiciones físicas de consulta a Atención inmediata (T/A, FC, FR, Sat O2, glicemia capilar) - Administrar todo tipo de medicamentos. - Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. - Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínico. - Transfusión de sangre y hemocomponentes. - Realizar de estudios diagnósticos. - Traslados dentro y fuera del hospital. - Dotación de dietas. - Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. - Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. - Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. - Manejo de cadáveres (incluye traslado).	- Libreta de citas - Papeleta de citas - Solicitud de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

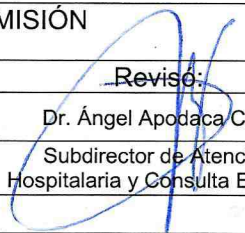
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud		Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: – Procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis). – Colocación o retiro de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos. – Solicitar estudios de laboratorios, imagen y/o estudios especiales. – Elaboración de indicaciones médicas – Firma de consentimiento informado para cualquier procedimiento. – Informe médico de la situación clínica de la persona a familiares. – Elaboración de certificado de defunción – Elaboración de hojas de referencia y contra referencia.	
Personal multidisciplinario del equipo de salud	6	Inicia procedimiento o actividad a realizar.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 11
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

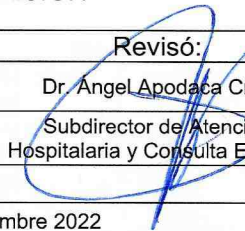
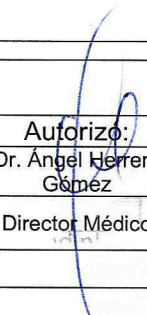
4.4 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 “Identificación del paciente que ingresa vía Atención Inmediata a servicios de hospitalización, UCI y quirófano”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal médico	1	Verifica datos en herramientas de identificación.	
	2	Decide ingreso a UCI, hospitalización o quirófano.	- Nota de ingreso en expediente electrónico
Jefe (a) de servicio de atención inmediata	3	Verifica datos en herramientas de identificación.	- Ficha de identificación
	4	Notifica a Trabajo Social (Admisión Hospitalaria) Nombre de la persona y servicio a donde se realiza el traslado.	- Nota de ingreso en expediente electrónico - Hoja de indicaciones médicas
Departamento de Trabajo Social (Admisión Hospitalaria)	5	Corroborar los datos de manera verbal con familiar y/o visual en documento oficial.	- Credencial de elector y/o documento oficial - Libreta de citas - Expediente electrónico
	6	Elabora brazalete y marbete con los siguientes datos: - Nombre completo. - Número de expediente. Entrega o coloca brazalete.	- Brazalete / marbete
Personal multidisciplinario del equipo de salud	7	Verifica datos en herramientas de identificación.	- Ficha de identificación - Brazalete
	8	Inicia traslado del paciente al servicio de referencia.	
Personal de enfermería que recibe al paciente	9	Recibe y verifica que los datos contenidos en el brazalete coincidan con los datos contenidos en el expediente y/o libreta de citas.	- Brazalete - Expediente y/o libreta de citas

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

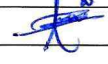
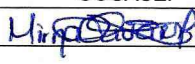
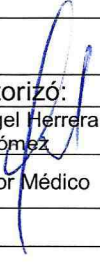
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de enfermería que recibe al paciente	10	Confirma de manera verbal con el paciente: nombre completo, fecha de nacimiento, en caso de incapacidad del paciente se solicita apoyo del familiar o persona responsable.	
	11	Elabora ficha de identificación.	- Ficha de identificación
	12	Registra que se corroboraron datos de identificación.	- Registro clínico de enfermería
Personal multidisciplinario del equipo de salud	13	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Evaluación de condición clínica de la persona (T/A, FC, FR, Sat O2, glicemia capilar). - Administrar todo tipo de medicamentos. - Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. - Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínico. - Transfusión de sangre y hemocomponentes. - Realización de estudios diagnósticos. - Traslados dentro y fuera del hospital. - Dotación de dietas. - Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. - Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. - Administrar de medicamentos de alto riesgo (insulinas, heparinas, citotóxicos electrolitos concentrados, radiofármacos). - Realizar de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. - Manejo de cadáveres (incluye traslado).	- Libreta de citas - Papeleta de citas - Solicitud de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 13 DE: 43

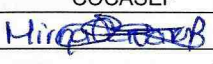
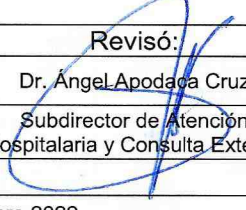
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud		Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis). – Colocación/retiro de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos. – Solicitar de estudios de laboratorios, imagen y/o estudios especiales – Elaboración indicaciones médicas – Firma de consentimiento informado para algún procedimiento. – Otorgar informes médicos de la situación clínica de la persona a familiares. – Elaboración de certificado de defunción. – Elaboración de hojas de referencia y contra referencia.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 14 DE: 43

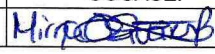
4.5 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 "Identificación del paciente que ingresa a hospitalización y/o quirófano vía Admisión Hospitalaria"

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Departamento de trabajo Social (Admisión Hospitalaria)	1	Recibe al paciente de domicilio con solicitud de internamiento o cirugía.	- Solicitud de internamiento - Credencial de elector
	2	Verifica datos de identificación del paciente con familiar de manera verbal y/o visual en documento oficial.	- Credencial de elector
	3	Elabora brazalete con los siguientes datos: - Nombre completo. - Fecha de nacimiento - Número de expediente	- Brazalete de identificación
	4	Coloca brazalete, en caso de cirugía ambulatoria.	- Brazalete de identificación
	5	Traslada al paciente al servicio de hospitalización, al que se ingresa y entrega al personal de enfermería responsable brazalete y expediente clínico físico.	- Brazalete de identificación - Expediente clínico físico
Personal de enfermería que recibe al paciente	6	Recibe y verifica que los datos contenidos en el brazalete coincidan con los datos contenidos con el expediente clínico físico.	- Brazalete de identificación - Expediente clínico físico
	7	Confirma de manera verbal con el paciente: nombre completo, fecha de nacimiento, en caso de incapacidad del paciente se solicita apoyo del familiar.	
	8	Registra que se corroboraron datos de identificación.	- Registro clínico de enfermería
	9	Elabora ficha de identificación.	- Ficha de identificación

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

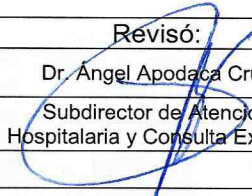
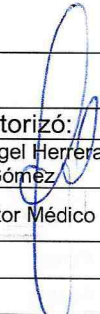
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 15 DE: 43

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud.	10	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Evaluación de condiciones físicas de la persona (T/A, FC, FR, Sat O2, glicemia capilar) - Administrar todo tipo de medicamentos. - Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. - Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínico. - Transfusión de sangre y hemocomponentes. - Realización de estudios diagnósticos. - Traslados dentro y fuera del hospital. - Dotación de dietas. - Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. - Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. - Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. - Manejo de cadáveres (incluye traslado). Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis). - Colocación/retiro de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos.	- Libreta de citas - Papeleta de citas - Solicitud de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados - Certificado de defunción - Hoja de referencia y contrareferencia - Recetas de esquema de quimioterapia

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 16 DE: 43
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			

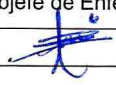
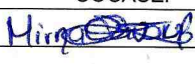
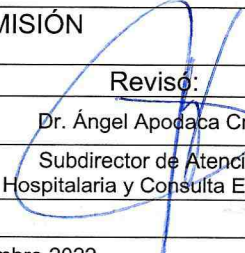
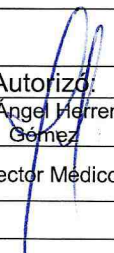
		- Solicitar de estudios de laboratorios, imagen y/o estudios especiales - Elaboración de indicaciones médicas - Firma consentimiento informado para algún procedimiento. - Otorgar informes médicos de la situación clínica de la persona - Elaboración de certificado de defunción. - Elaboración de hojas de referencia y contra referencia.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 17 DE: 43

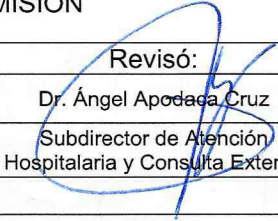
4.6 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 “Identificación del paciente que acude a servicios ambulatorios (Radiodiagnóstico, Endoscopia, Quimioterapia y Consulta Externa)”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal administrativo y/o de enfermería	1	Recibe al paciente procedente de domicilio.	
	2	Verifica en sistema, en la programación del área, en papeleta o libreta de citas.	- Papeleta de citas - Libreta de citas
	3	Corroborar que porte libreta de citas con fotografía.	- Libreta de citas
Personal multidisciplinario del equipo de salud	4	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Evaluación de condiciones físicas de consulta (T/A, FC, FR, Sat O2, glicemia capilar). - Administrar todo tipo de medicamentos. - Administrar infusiones intravenosas con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. - Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínico. - Transfusión de sangre y hemocomponentes. - Realización de estudios diagnósticos. - Traslados dentro y fuera del hospital. - Dotación de dietas. - Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. - Aplicación de vacunas o cualquier tipo de biológico. - Realización de cualquier tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo. - Manejo de cadáveres (incluye traslado).	- Libreta de cita - Papeleta de citas - Solicitud de estudios - Membretes o marbetes - Brazaletes de identificación - Identificador de cabecera - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de transfusión de hemoderivados - Certificado de defunción - Hoja de referencia y contrareferencia - Recetas de esquema de quimioterapia

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 18 DE: 43

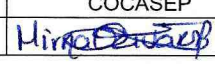
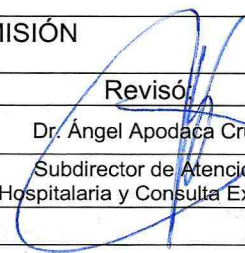
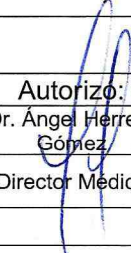
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal multidisciplinario del equipo de salud		Los procedimientos invasivos o de alto riesgo incluyen: procedimientos quirúrgicos, odontológicos, colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis). - Colocación de accesos vasculares periféricos, centrales y dispositivos subcutáneos. - Solicitud de estudios de laboratorios, imagen y/o estudios especiales - Elaboración de indicaciones médicas - Firma de consentimiento informado para algún procedimiento invasivo. - Otorgar informes médicos de la situación clínica de la persona - Elaboración de certificado de defunción - Elaboración de hojas de referencia y contra referencia.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 19 DE: 43

4.7 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 "Identificación del paciente que egresa del instituto por mejoría o mejor soporte medico"

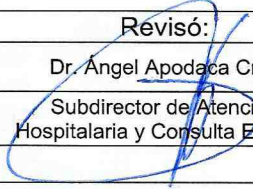
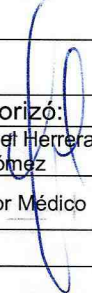
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Médico	1	Verifica datos del paciente en ficha de identificación y en expediente clínico.	- Ficha de identificación - Expediente clínico
	2	Decide egreso por mejoría o máximo beneficio hospitalario.	- Nota de alta en expediente electrónico - Indicaciones médicas
	3	Entrega documentación a familiares para realizar trámites correspondientes.	- Hoja de egreso, receta médica, solicitud de laboratorios
Departamento de Trabajo Social (Admisión Hospitalaria)	4	Verifica datos en herramientas de identificación en documentación de egreso del paciente.	
	5	Elabora pase de salida.	- Pase de salida
Personal de enfermería	6	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Traslados dentro y fuera del hospital. - Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis).	- Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Alta en monitor de egresos - Pase de salida
Personal de enfermería administrativo	7	Realiza alta en monitor de egresos.	- Alta en monitor de egresos
Personal de vigilancia	8	Corroborar identidad del paciente con nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente, en el pase de salida.	- Pase de salida
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 20
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

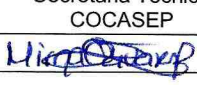
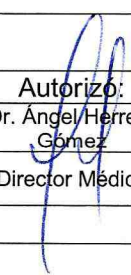
4.8 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 1 "Identificación del paciente que egresa del Instituto por defunción"

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal médico	1	Verifica datos del paciente en ficha de identificación, expediente clínico y en credencial de elector.	- Ficha de identificación - Expediente electrónico - Credencial de elector
	2	Corroborar defunción.	- Nota en expediente electrónico
	3	Elabora certificado de defunción.	- Certificado de defunción
	4	Entrega al familiar documentación para que inicie trámites administrativos correspondientes.	- Copia del certificado de defunción
Personal de enfermería	5	Verifica datos en herramientas de identificación previo a los siguientes momentos: - Traslados dentro y fuera del hospital. - Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, todo tipo de catéteres y catéteres para hemodiálisis).	- Papeleta de citas - Solicitud de estudios - Hoja de indicaciones médicas - Expediente clínico - Hoja de referencia y contra referencia
	6	Elabora 2 membretes con 30 cm de tela adhesiva con nombre completo, fecha de nacimiento, número de expediente, diagnóstico, fecha y hora de defunción.	- Membretes
	7	Coloca 1 membrete en el tórax y 1 encima de la mortaja del paciente.	- Membretes
	8	Prepara toda la documentación correspondiente del paciente verificando nombre, fecha de nacimiento y número de expediente.	- Expediente clínico físico

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

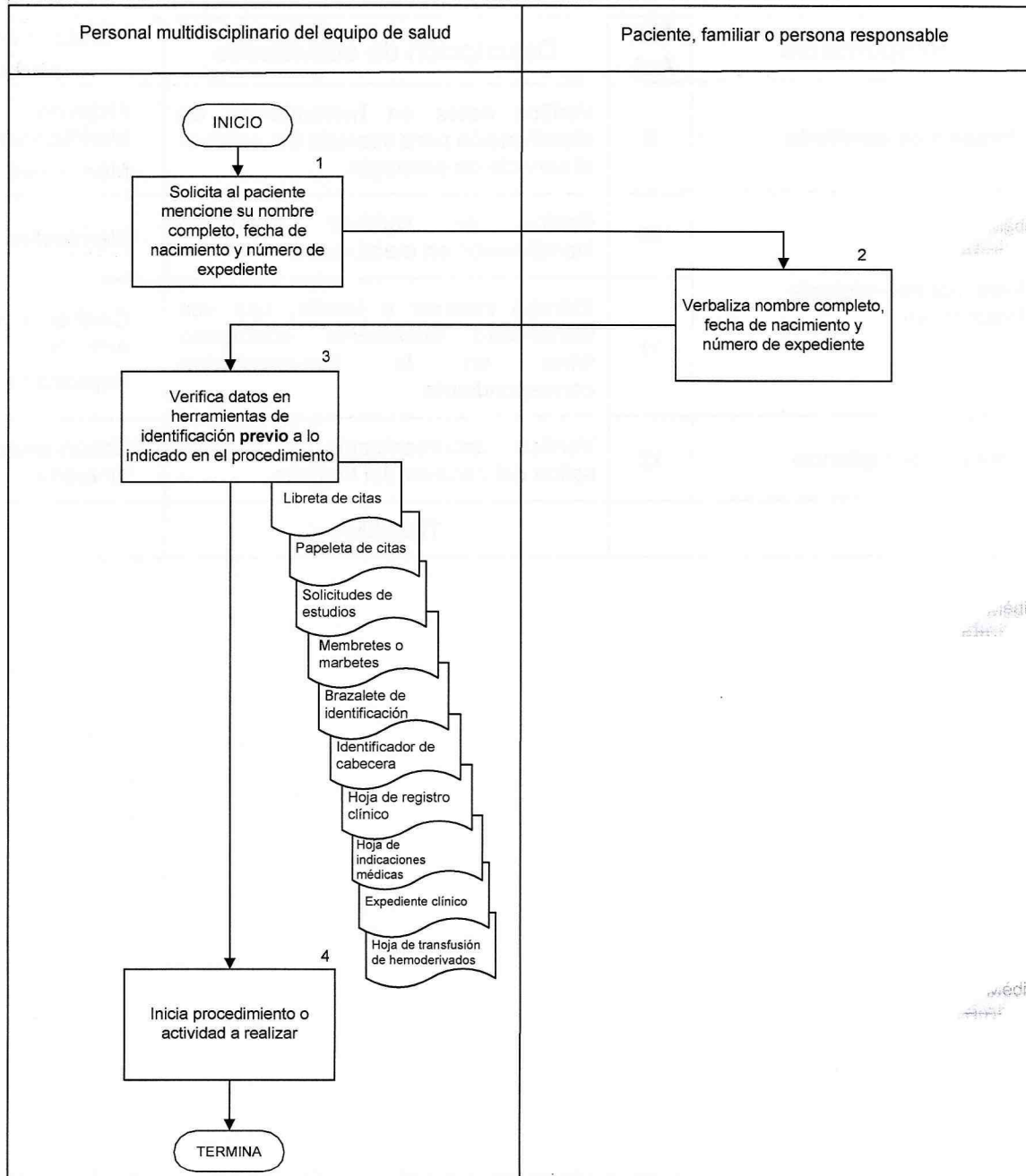
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 21
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

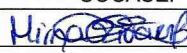
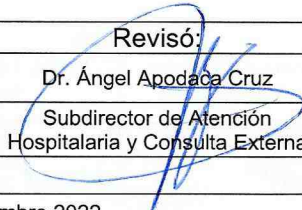
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de camillería	9	Verifica datos en herramientas de identificación para traslado del cadáver al servicio de patología.	- Ficha de identificación - Membretes
Personal de Patología Posmortem	10	Recibe el cadáver cotejando identificación en membretes.	- Membretes
	11	Entrega cadáver a familia, una vez identificado físicamente, solicitando firma en la documentación correspondiente.	- Certificado de defunción - Papeleta de alta
Personal de vigilancia	12	Verifica documentación y permite salida del cadáver del Instituto.	- Documentación de funeraria
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 22 DE: 43

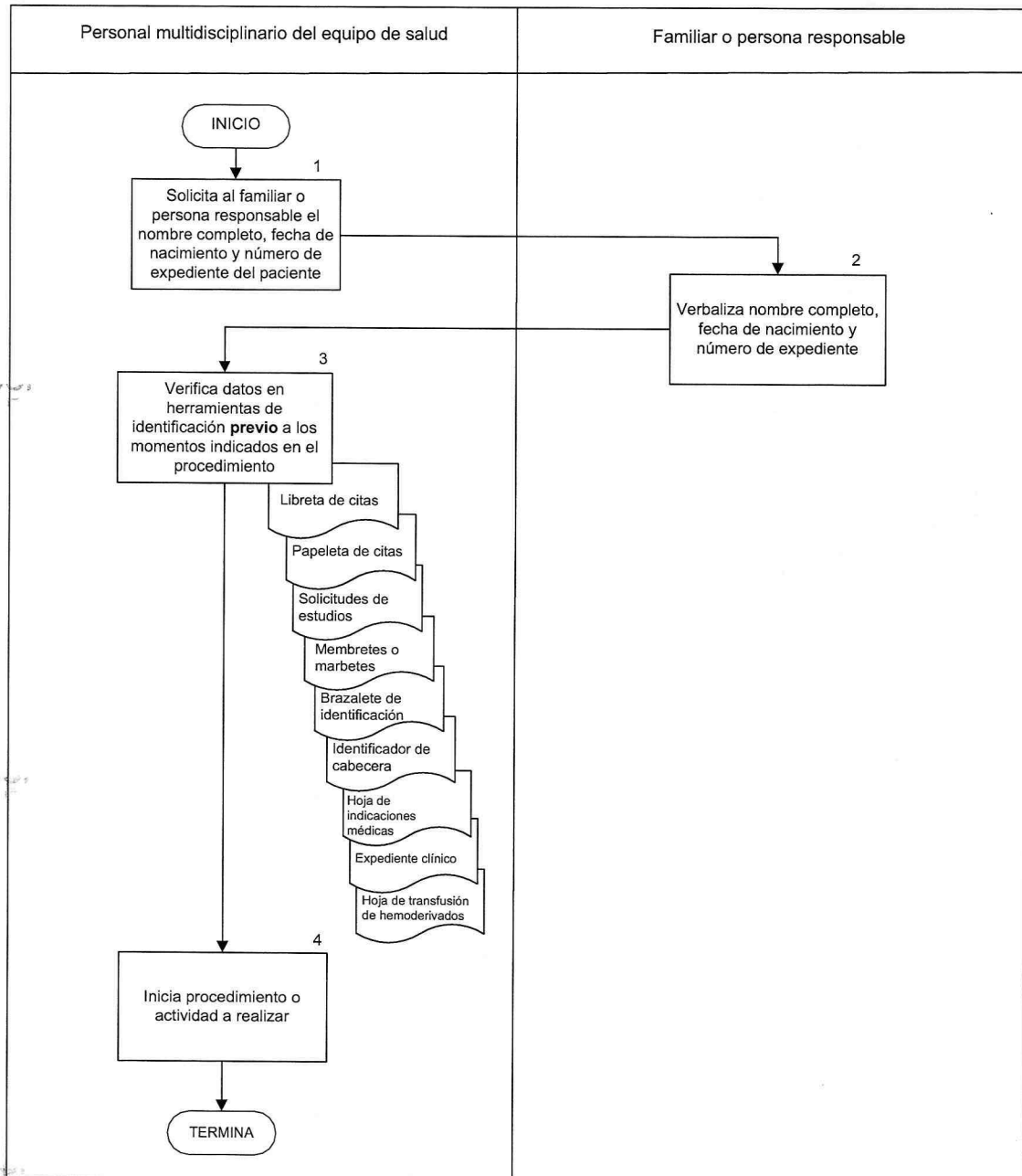
5.1 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN EN PACIENTE ALERTA”

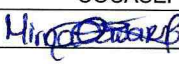
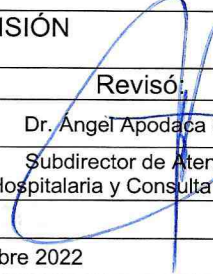


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 23
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

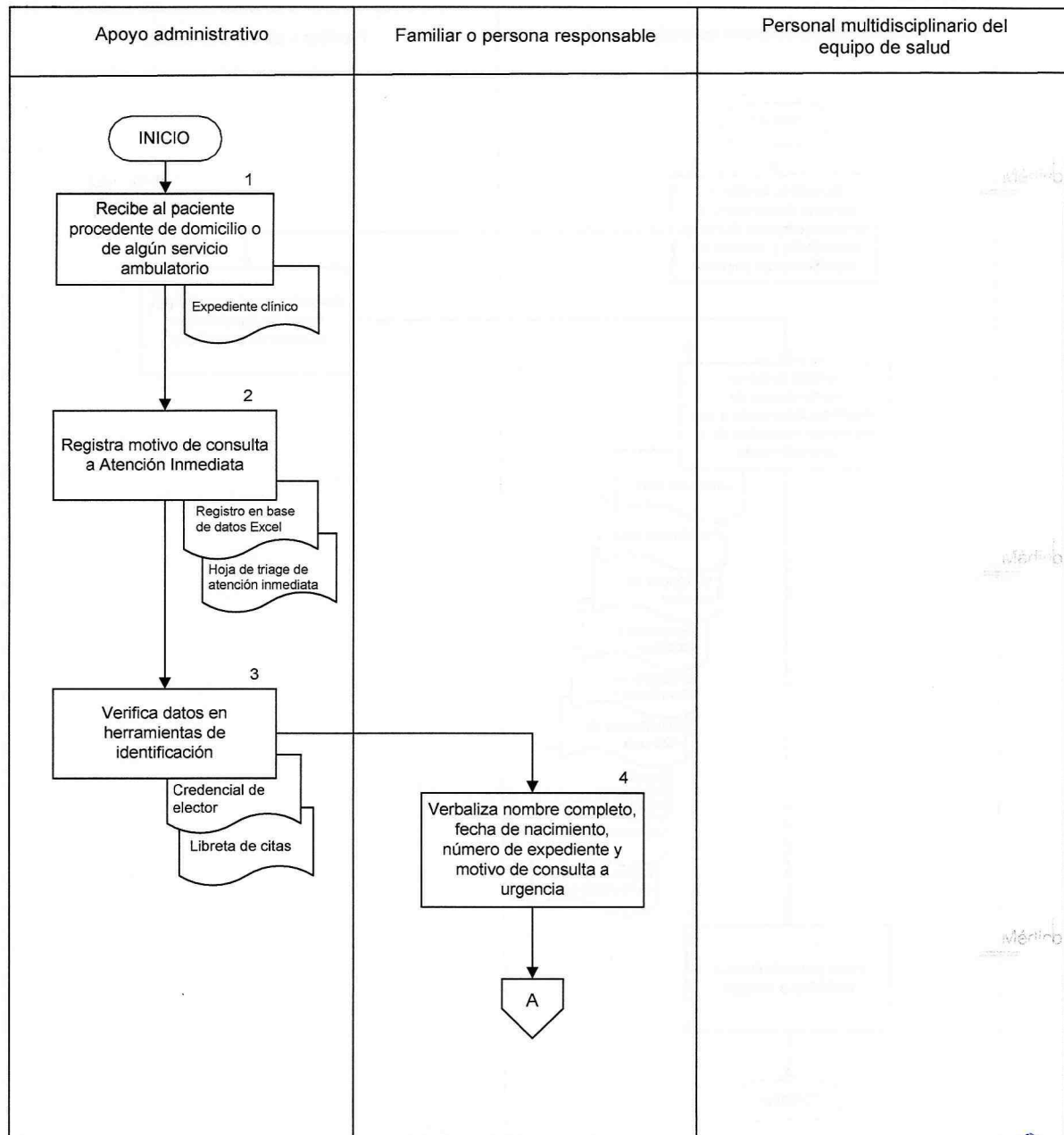
5.2 DIAGRAMA DE FLUJO "IDENTIFICACIÓN EN PACIENTE SEDADO O INCONSCIENTE"

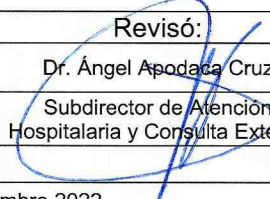
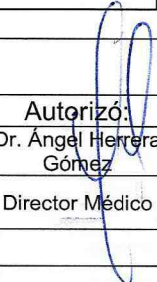


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Angel Apodaca Cruz	Dr. Angel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

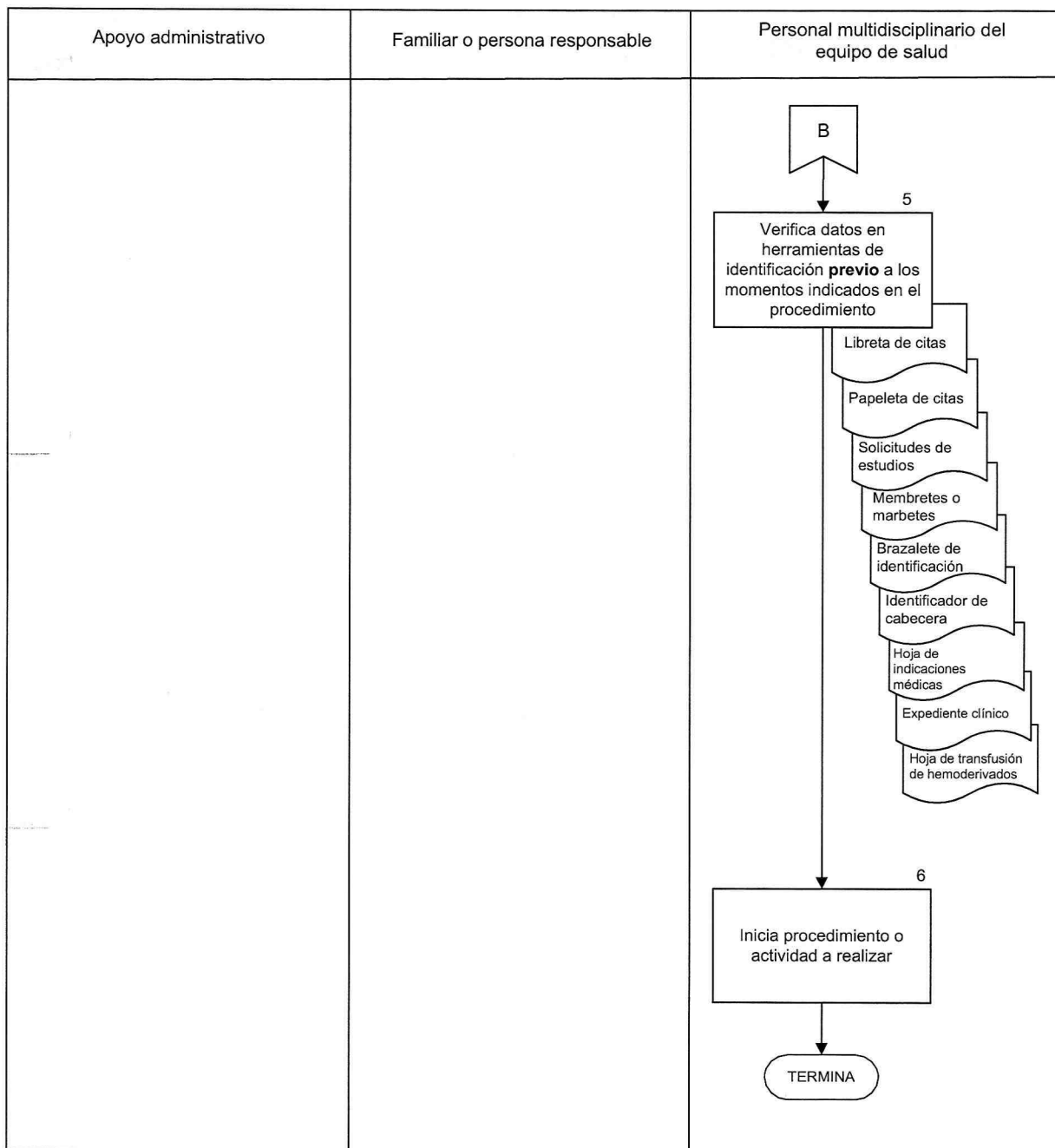
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 24 DE: 43

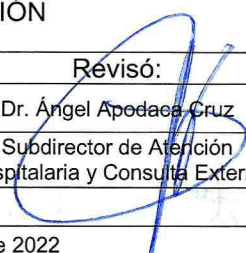
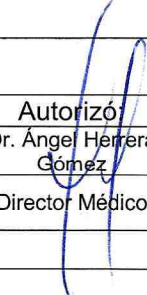
5.3 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE SOLICITA SERVICIO EN ATENCIÓN INMEDIATA”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

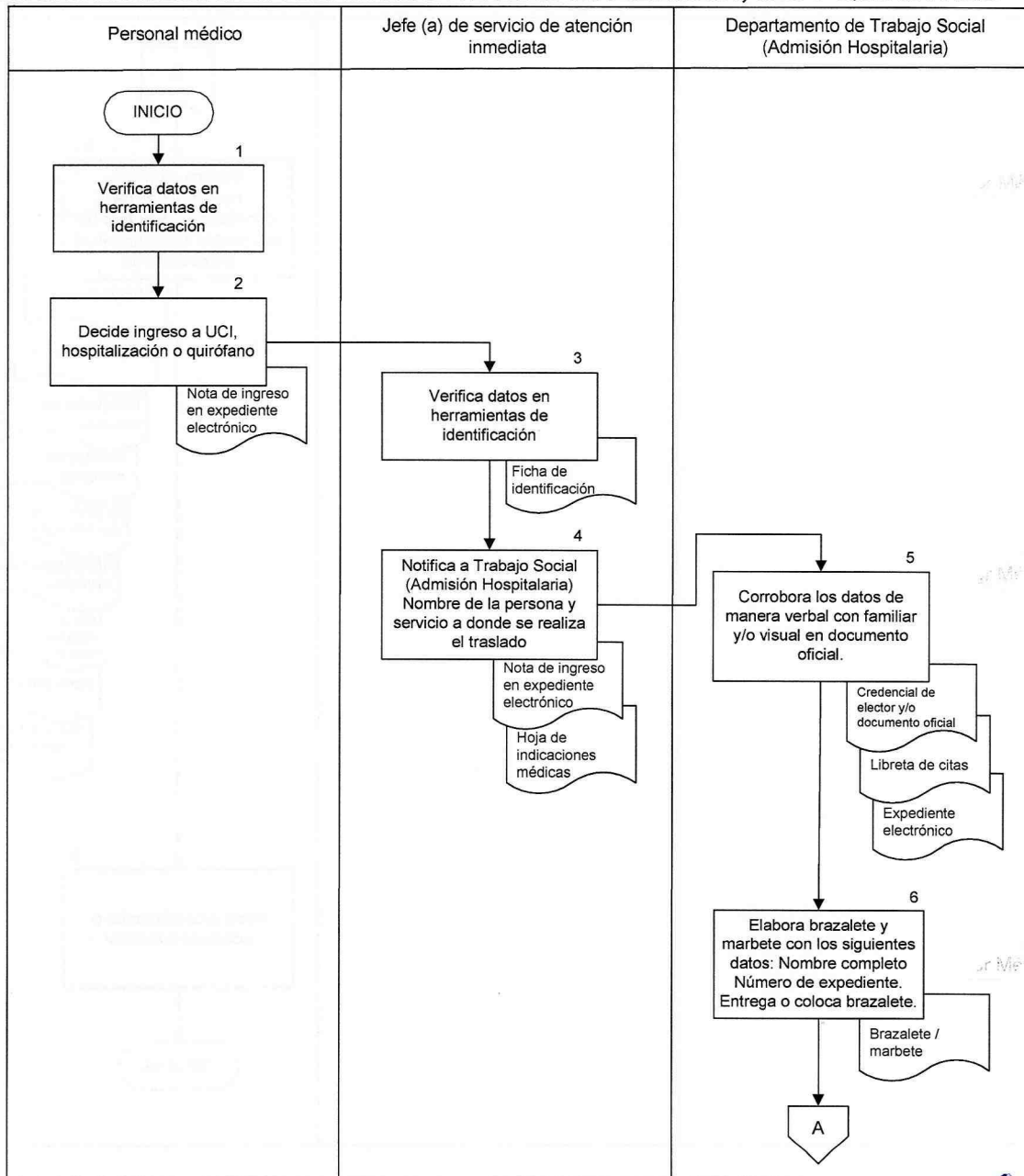
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente		HOJA: 25
			DE: 43

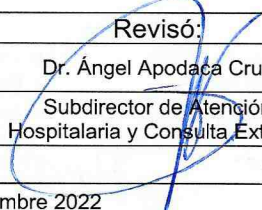
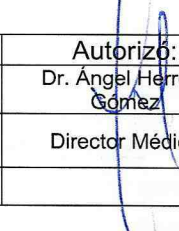


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

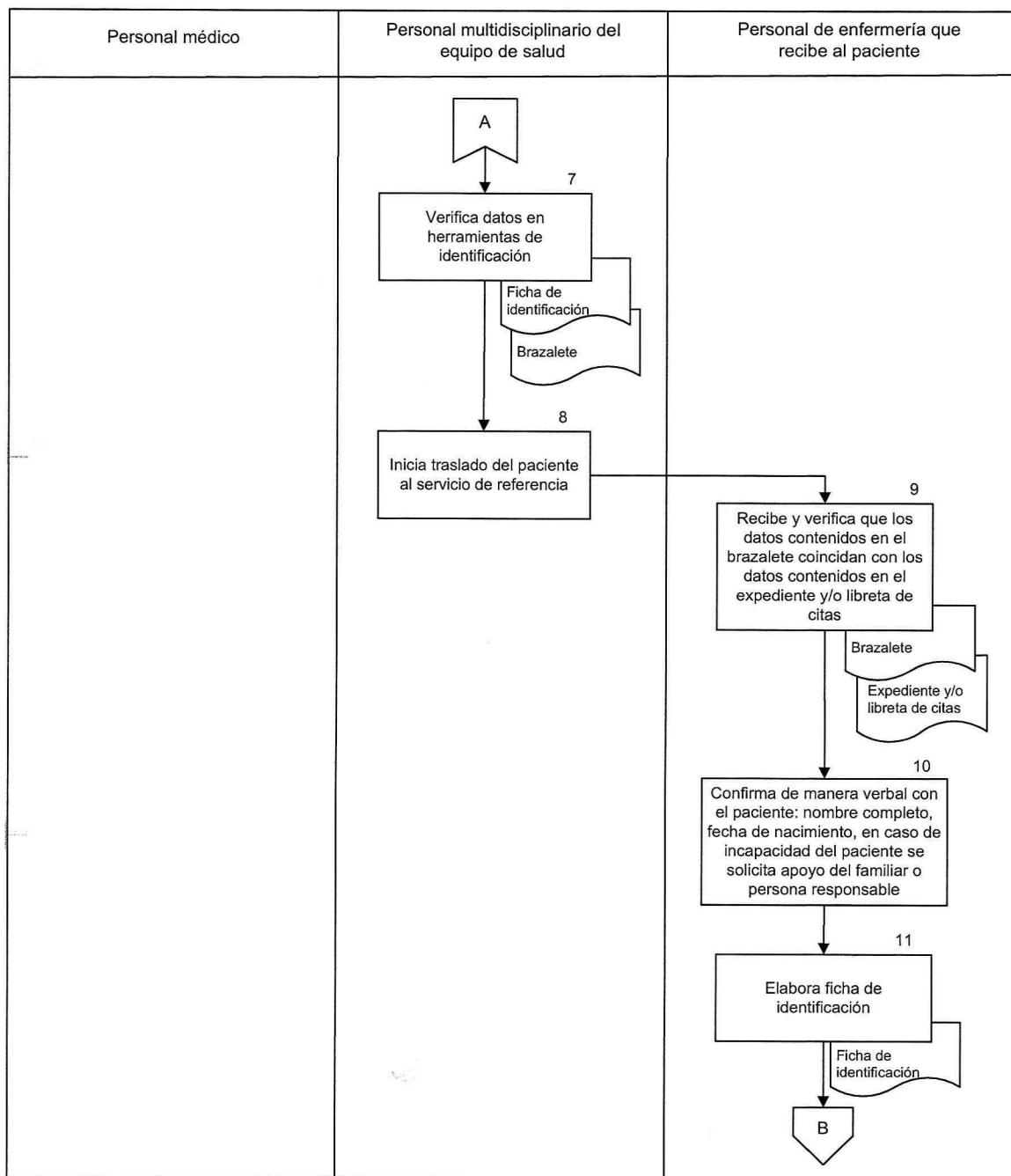
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 26 DE: 43

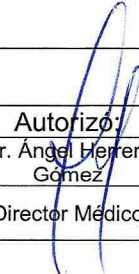
5.4 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE INGRESA VÍA ATENCIÓN INMEDIATA A SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UCI Y QUIRÓFANO”



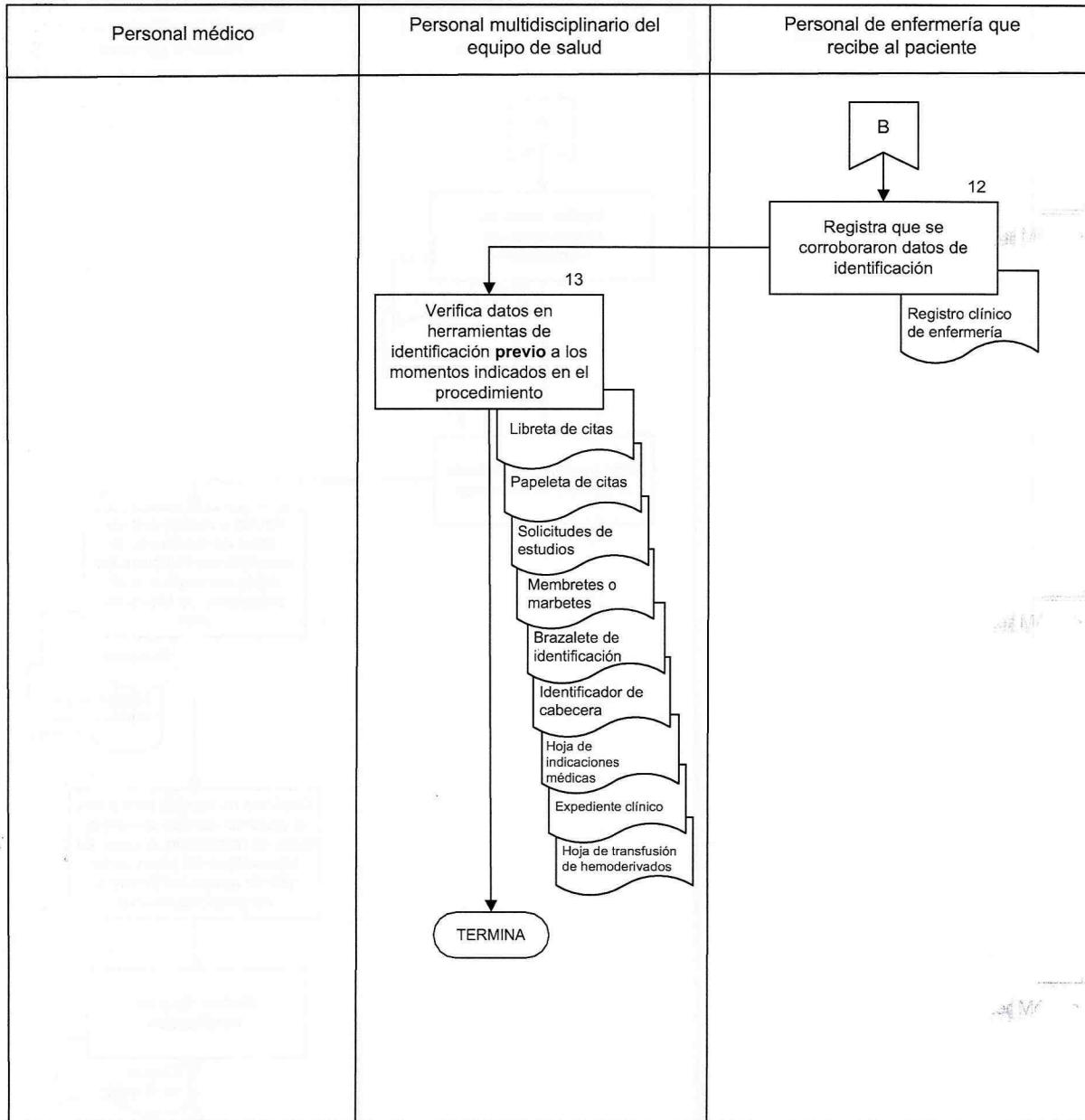
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

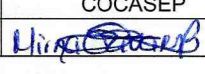
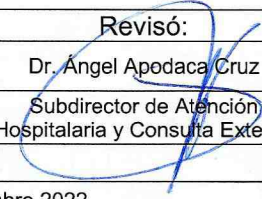
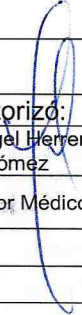
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 27
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

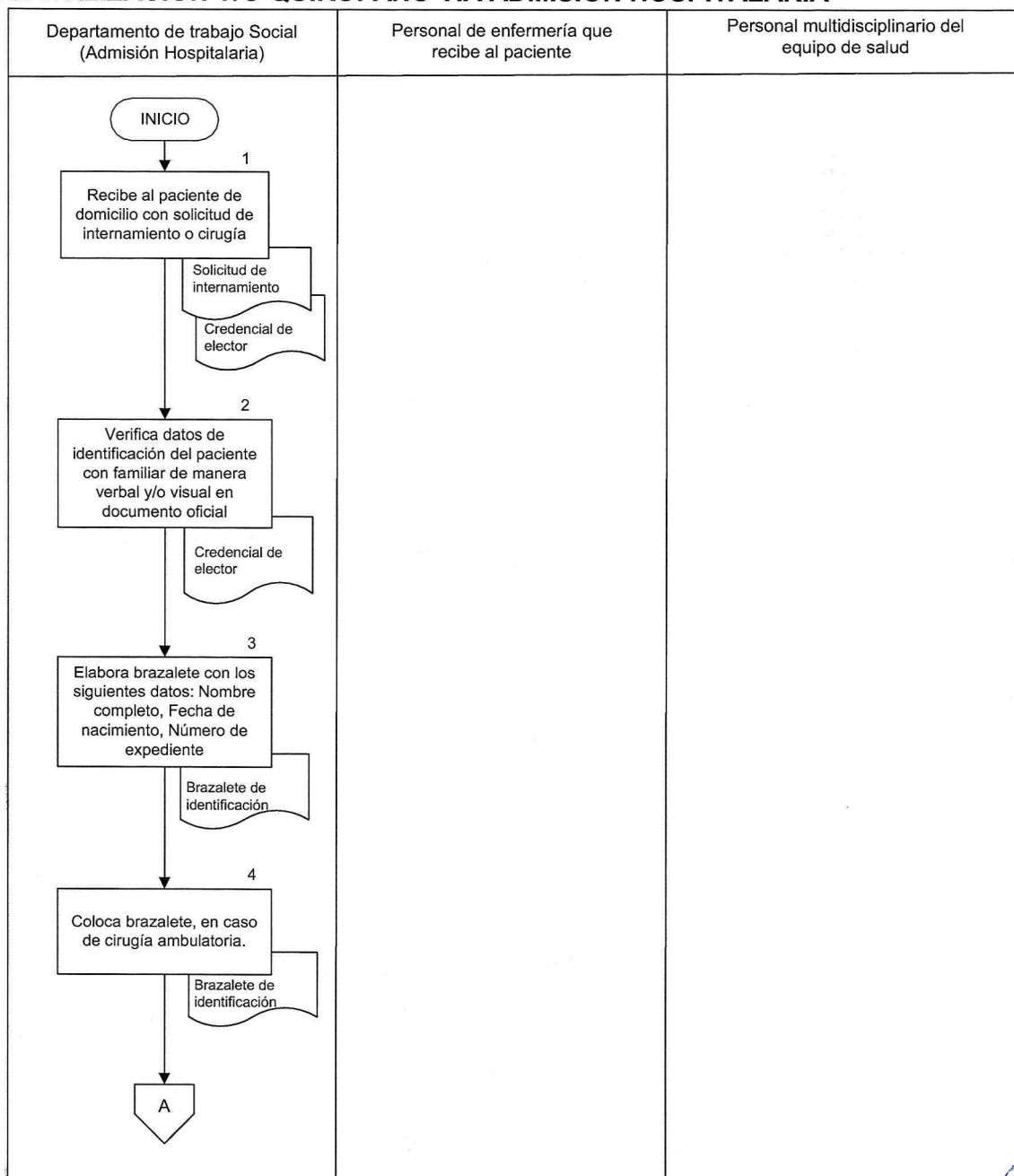
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 28 DE: 43

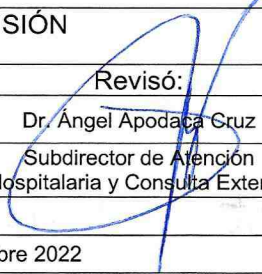
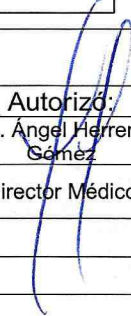


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

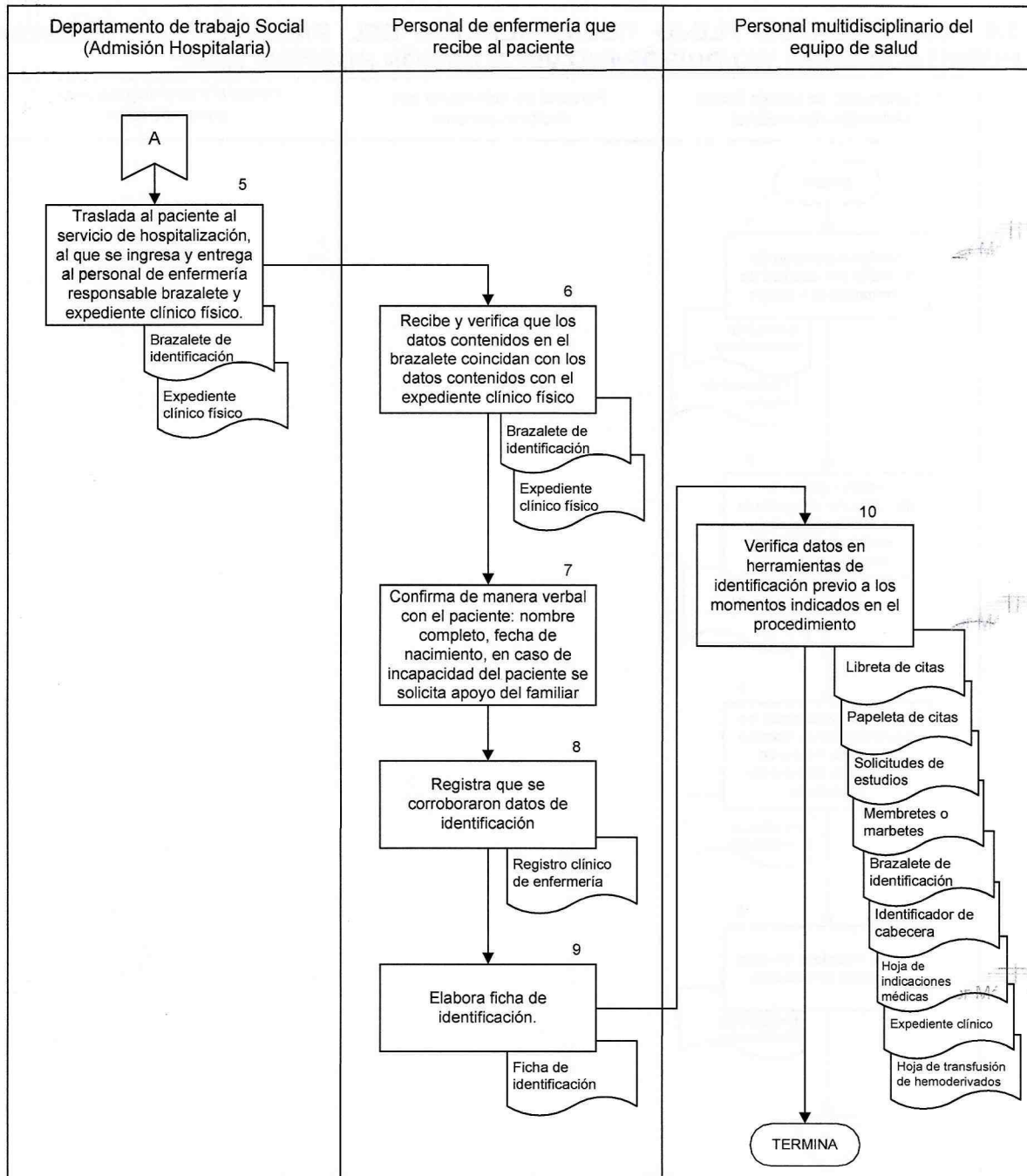
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 29
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

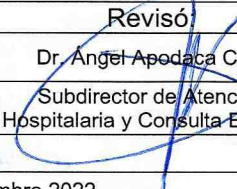
5.5 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE INGRESA A HOSPITALIZACIÓN Y/O QUIRÓFANO VÍA ADMISIÓN HOSPITALARIA”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

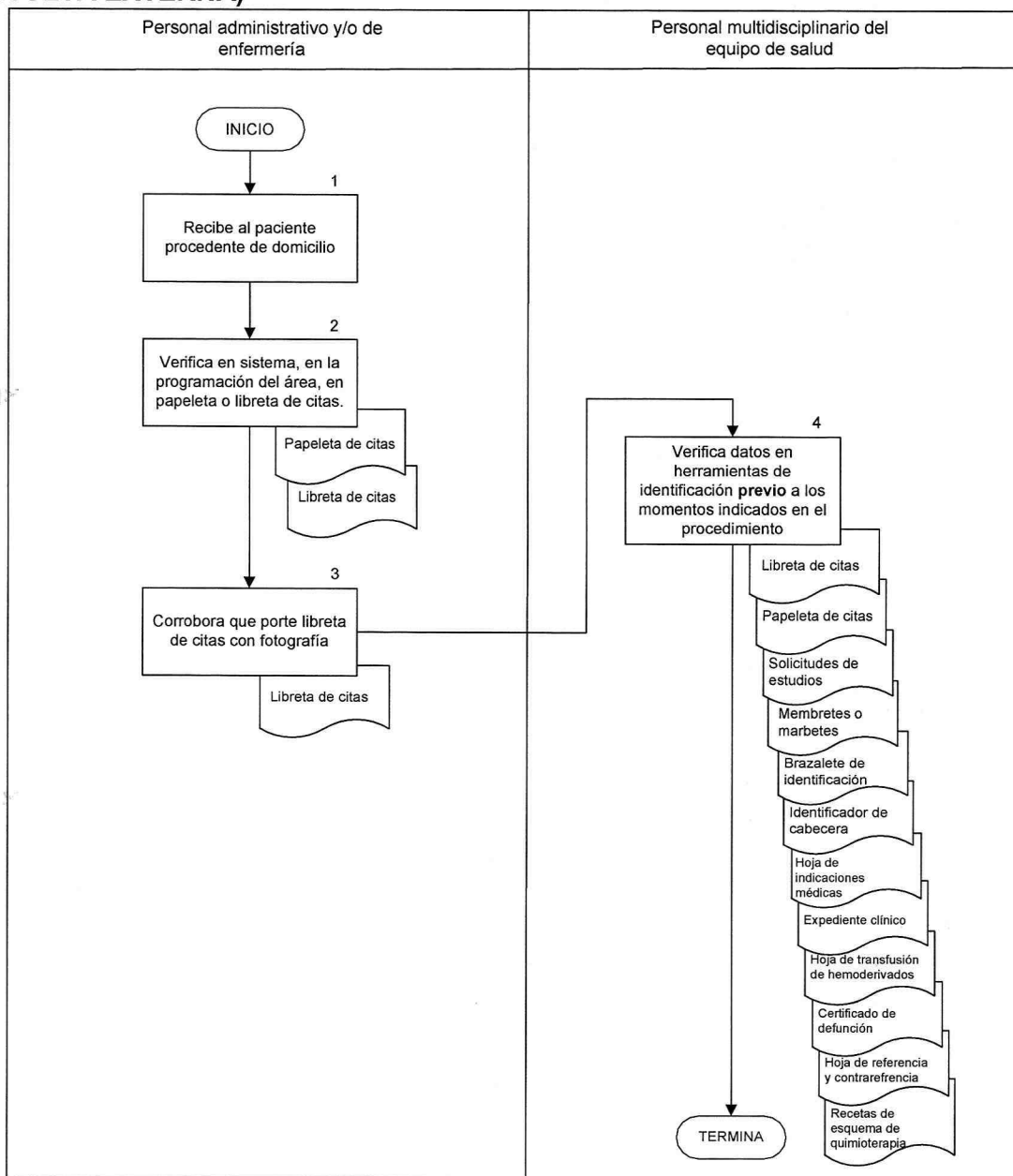
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 30
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

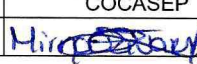
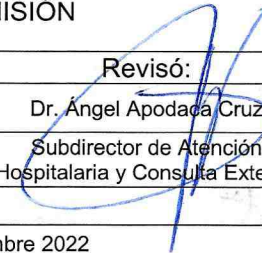


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Angel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente		HOJA: 31 DE: 43

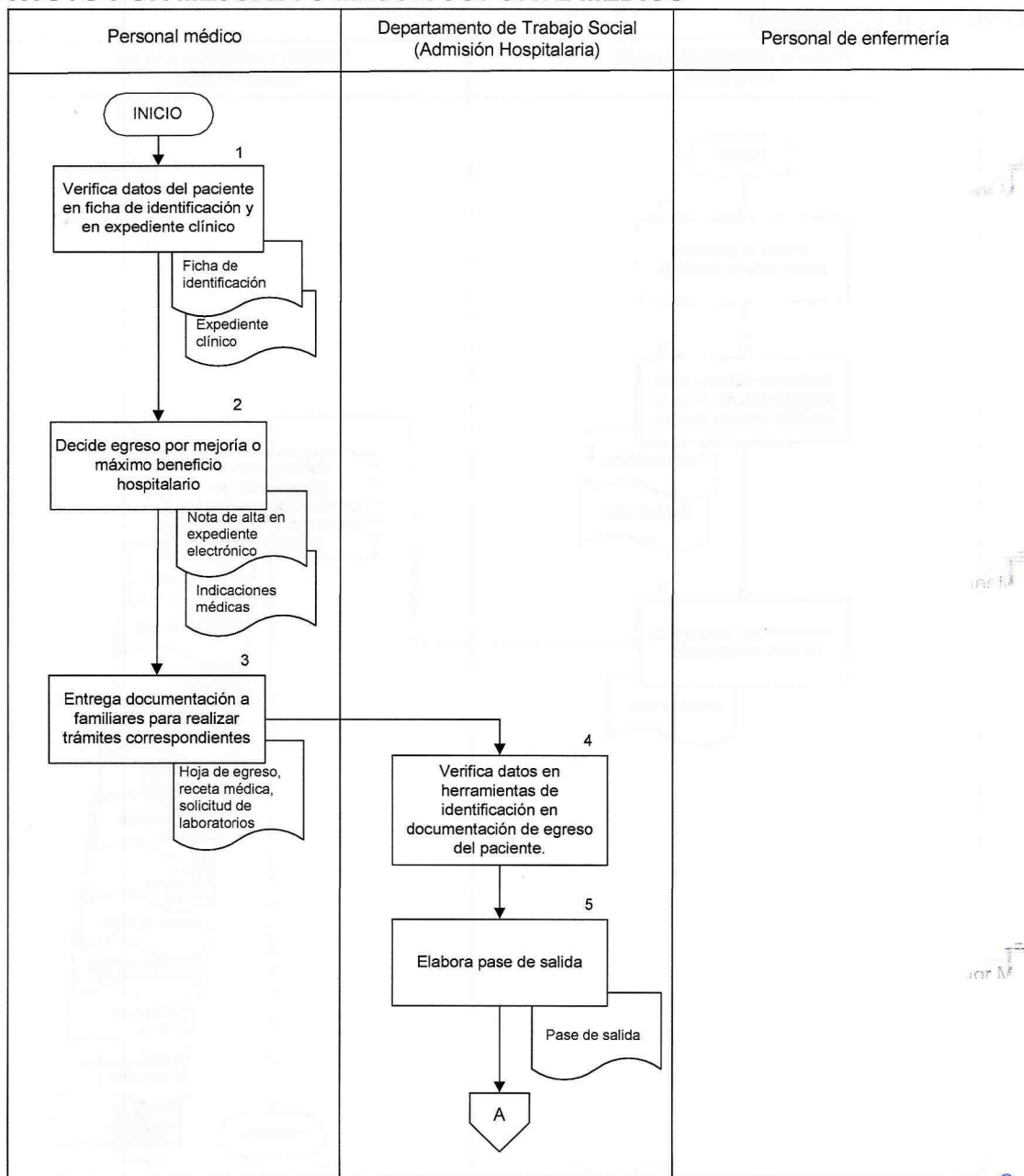
5.6 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE ACUDE A SERVICIOS AMBULATORIOS (RADIODIAGNÓSTICO, ENDOSCOPIA, QUIMIOTERAPIA Y CONSULTA EXTERNA)”

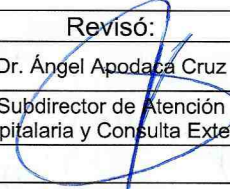


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

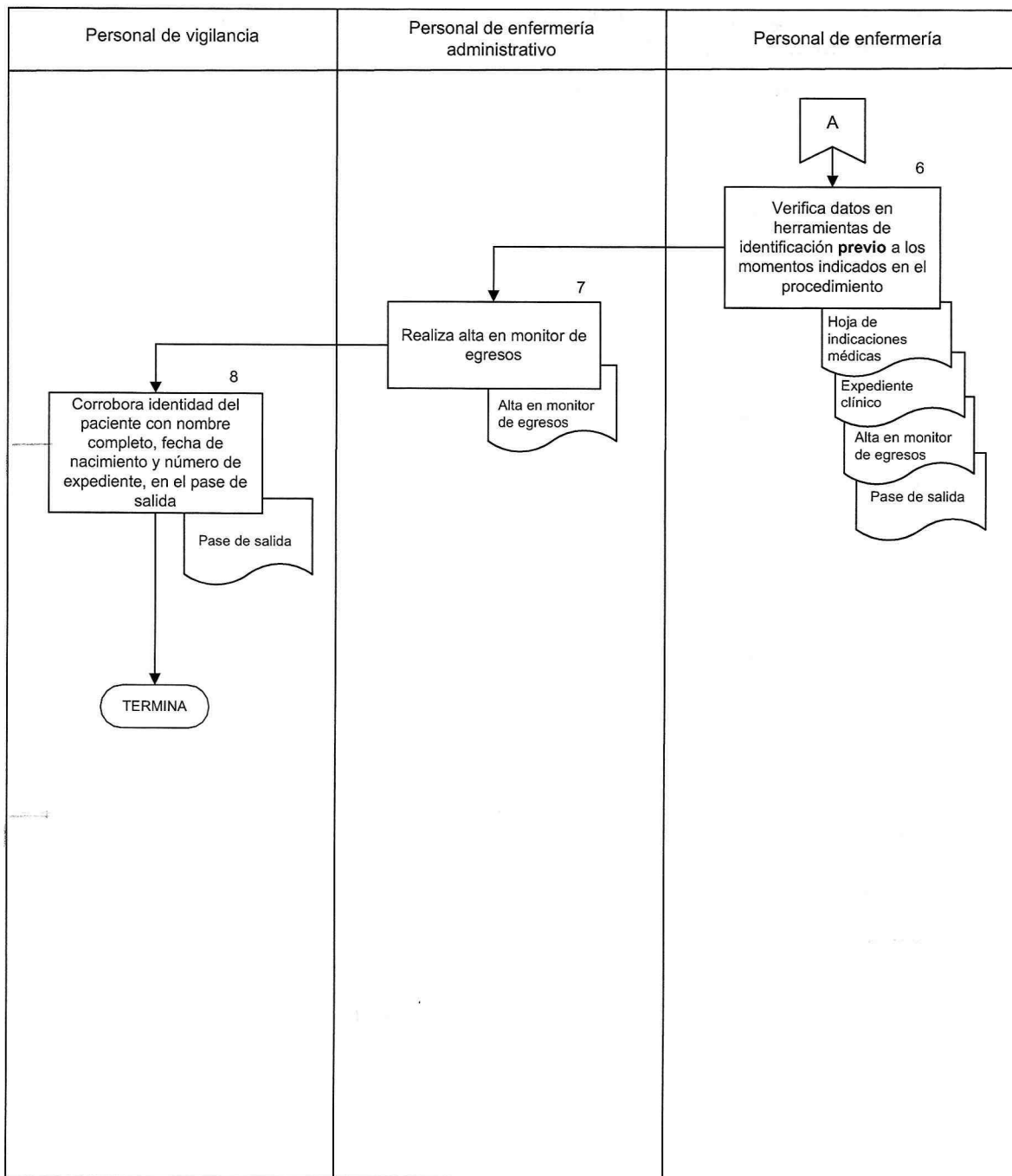
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 32 DE: 43

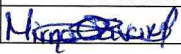
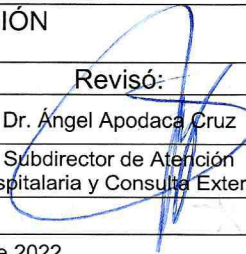
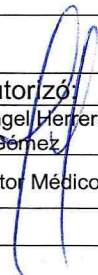
5.7 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE EGRESA DEL INSTITUTO POR MEJORÍA O MEJOR SOPORTE MEDICO”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

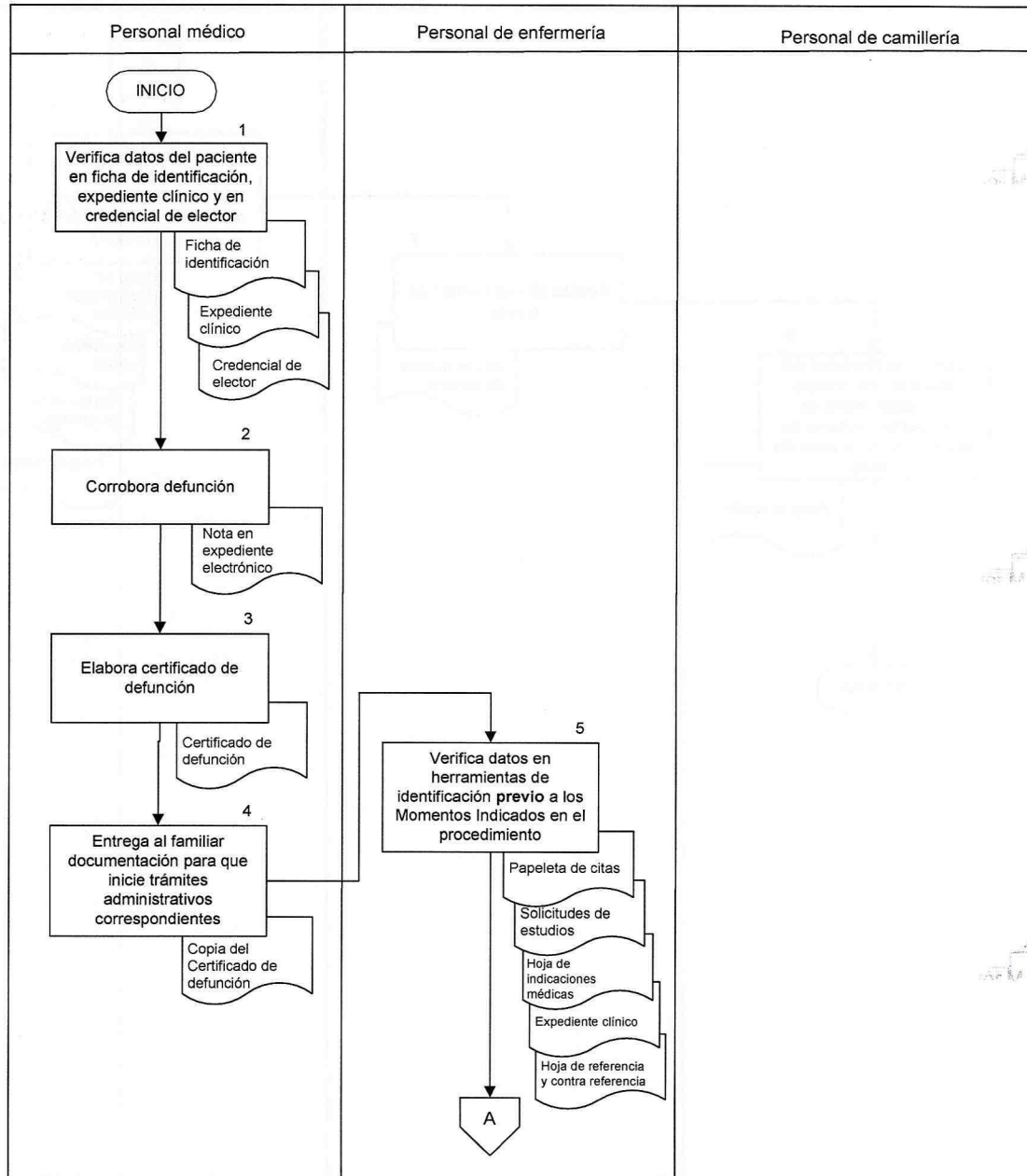
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 33
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

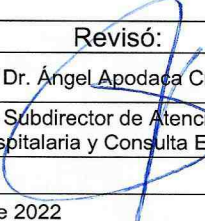
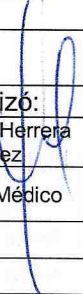


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

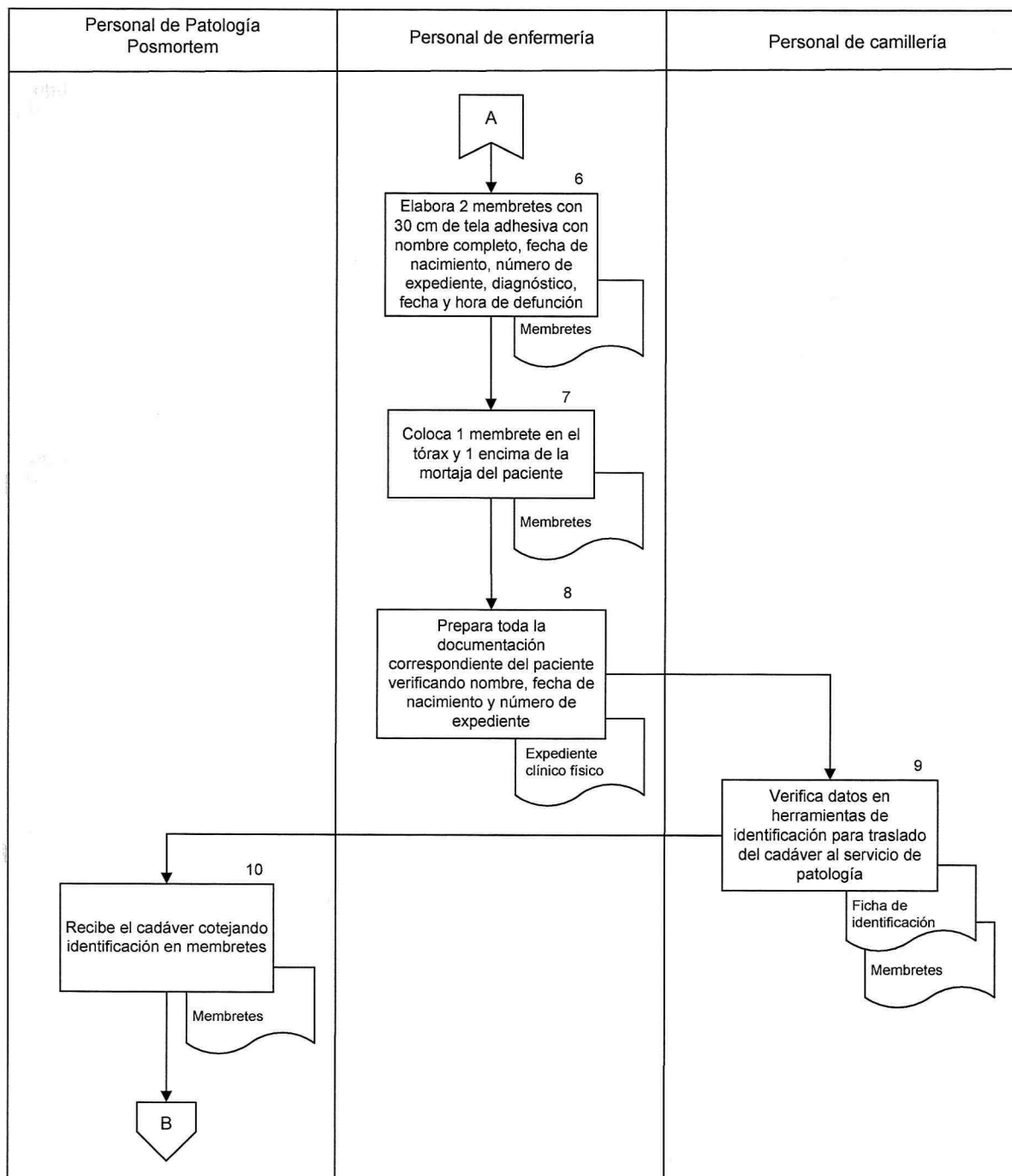
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 34
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

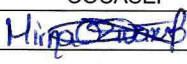
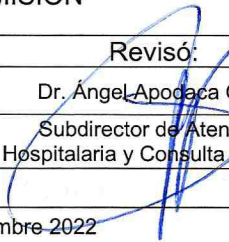
5.8 DIAGRAMA DE FLUJO “IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE EGRESA DEL INSTITUTO POR DEFUNCIÓN”



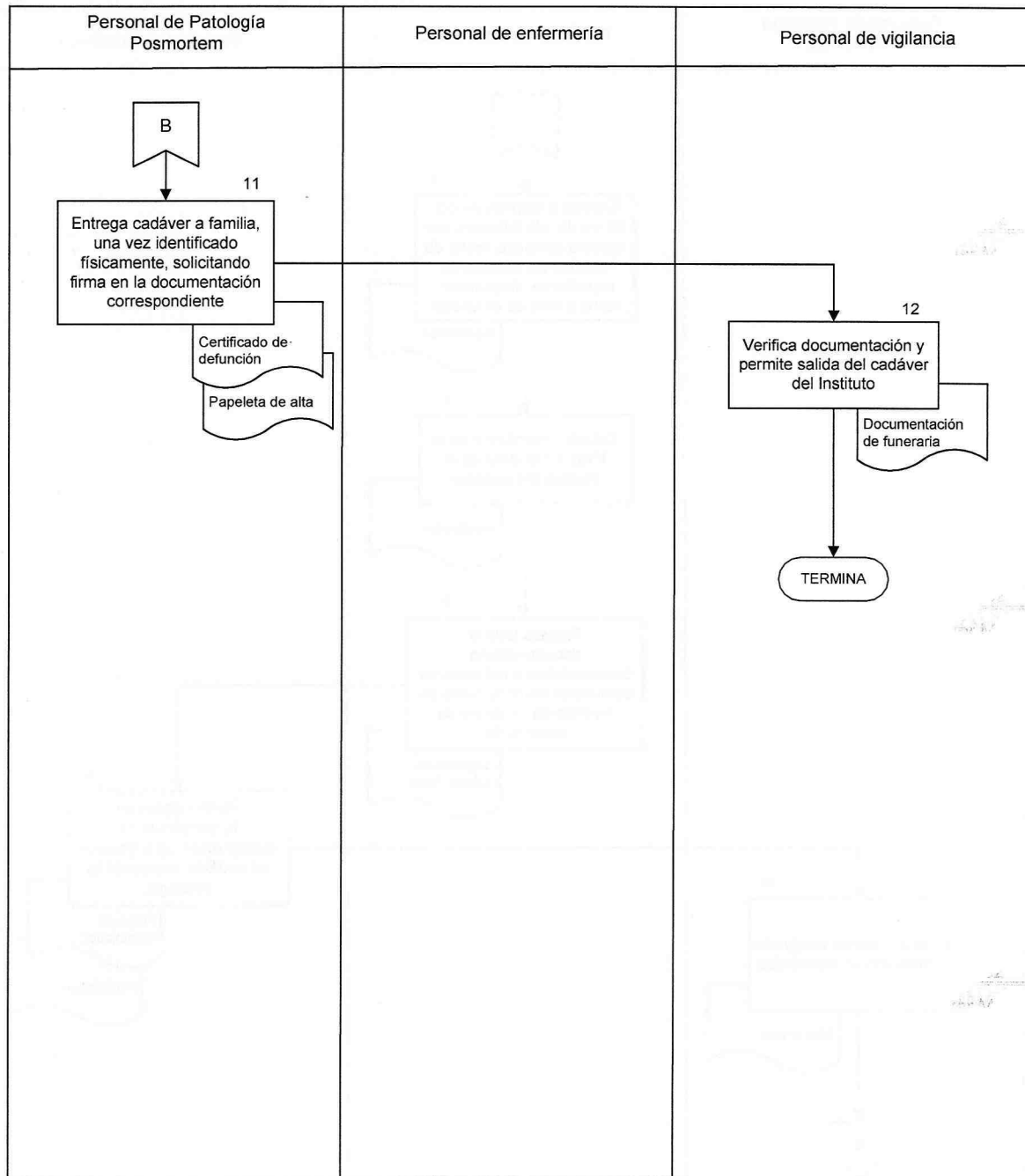
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

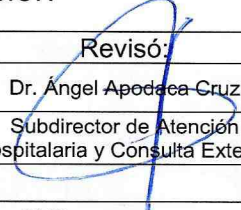
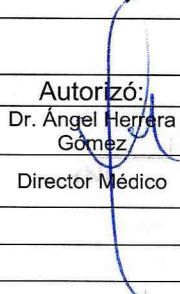
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 35
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 36
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

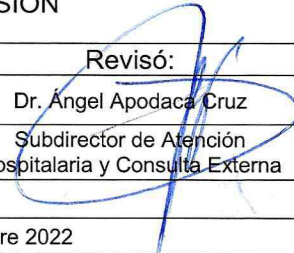
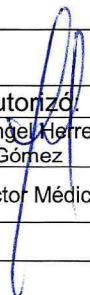
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente		HOJA: 37 DE: 43

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018. 2018.	N/P
6.11 NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	N/P
6.12 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.13 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Orden de Internamiento (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Nota de ingreso (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

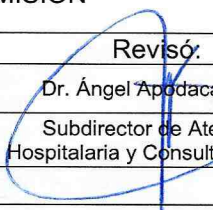
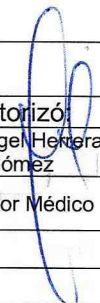
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		 INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA	REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 38
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Registro clínico de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Agenda de citas	Indefinido	Sistema INCAN	N/P
Certificado de defunción (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Brazalete:** Pulsera de plástico blanco que se coloca en la muñeca del paciente con los datos institucionales y personales impresos para su identificación.
- 8.2 Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS)** Escala utilizada para valorar el nivel de agitación, ansiedad, auto o heteroagresividad o bien el estado de sedación en un paciente crítico
- 8.3 Escala de coma de Glasgow:** Escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona.
- 8.4 Herramientas para identificación de pacientes:** Instrumentos institucionales que contienen datos del paciente y que son indispensables para la identificación de la persona durante el proceso de atención.
- 8.5 Identificación del paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
- 8.6 Identificador de cabecera:** Marbete de plástico que contiene los identificadores del paciente, se coloca en la cabecera del paciente en el área de hospitalización, con la finalidad de que esté visible para todo aquel que entre a la habitación del paciente y realice la verificación cruzada de datos.
- 8.7 Identificador:** Rasgo, carácter o elemento que identifica o caracteriza a la persona.
- 8.8 Marbete:** Rótulo o etiqueta que contiene los datos del paciente de acuerdo a normativa establecida y que se coloca en la cabecera del paciente en los servicios de hospitalización.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca-Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 39
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

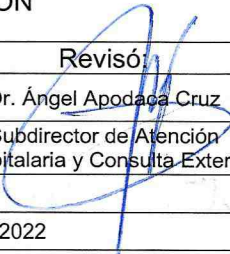
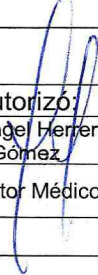
- 8.9 Personal clínico:** Ocupación basada en el desempeño de tareas, encaminado a promover, establecer la salud, identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimientos especializados propios de nivel superior.
- 8.10 Personal no clínico:** Es el personal que tiene por objetivo la prestación directa de servicios directivos, administrativos y/o auxiliares que coadyuvan a restablecer la salud de las personas.
- 8.11 Sistema INCAN:** Sistema informático vigente del Instituto Nacional de Cancerología.
- 8.12 Verbalización de la identificación:** Procedimiento mediante el cual una persona del equipo de salud, solicita al paciente y/o familiar le mencione datos como nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente para ser confirmados en las herramientas de identificación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Ficha de identificación de hospitalización
- 10.2** Pulsera de identificación Departamento de Trabajo Social
- 10.3** Marbete de identificación Departamento de Trabajo Social

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			HOJA: 40
				DE: 43

10.1 Ficha de identificación de hospitalización



SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



501

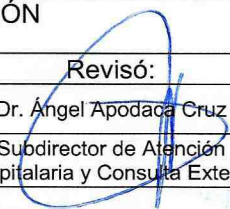
NOMBRE DE LA PERSONA: _____

N° EXPEDIENTE: _____ **F. NACIMIENTO:** / /

F. INGRESO: / / **SERVICIO:** _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO. _____

ALERGIAS Y/O REACCIONES: _____

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 41
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



NOMBRE DE LA PERSONA: _____

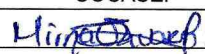
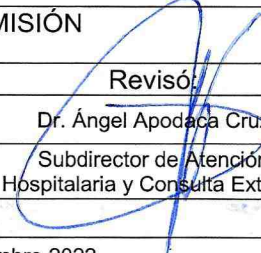
N° EXPEDIENTE. _____ **F. NACIMIENTO:** / /

FECHA INGRESO: / / **SERVICIO:** _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

ALERGIAS Y/O REACCIONES: _____

PUNTAJE DOWNTON: TM _____ TV _____ TN _____

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 42
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente			DE: 43

INSTRUCTIVO DE LLENADO FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Llenar con marcador de pizarrón blanco de acuerdo con el turno de ingreso (negro) con letra de molde, sin tachaduras, sin omisión de alguna letra de acuerdo a lo plasmado en la libreta de citas o el expediente electrónico (Sistema INCAN) de cada persona.

Numero de cama: Registrar el número de cama, silla o reposet donde se encuentre localizada la persona dentro del Instituto., por ejemplo 504, UCI 1, etc.

Nombre de la persona: Anotar nombre completo iniciando por el nombre de la persona, de manera legible y completo.

N° de expediente: Anotar el número de expediente a 6 dígitos que se deben corroborar, con el usuario, libreta de citas o Sistema INCAN.

Fecha de nacimiento: Colocar fecha de nacimiento con el formato día/ mes /año. Ejemplo 12/05/1956.

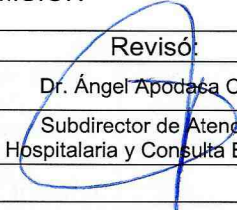
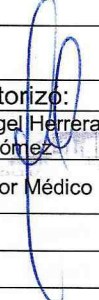
Fecha de ingreso: Registrar la fecha de ingreso de la persona a los distintos servicios con el formato día/mes/ año.

Servicio: Colocar el servicio al cual pertenece la persona de acuerdo a su diagnóstico oncológico por ejemplo urología, mama, gastrocirugia, linfomas, sarcomas, etc.

Diagnóstico de ingreso: Registrar el diagnostico de ingreso a los servicios de cada persona; por ejemplo, choque séptico, PO WHIPPLE, Tratamiento médico BEP, etc.

Alergias y/o reacciones: Importante colocar las alergias registradas o conocidas por la persona de manera completa, deben incluir medicamentos, alimentos o sustancias. En caso de NO presentar o desconocerla colocar NEGADAS o NINGUNA respectivamente.

Puntaje Downton: Para el servicio de recuperación se debe realizar la evaluación de la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. DOWNTON, la cual se ejecutará después de estabilización de la persona en el posoperatorio inmediato se colocará solamente le puntaje total y el riesgo si es bajo, medio o alto.

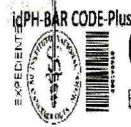
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

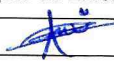
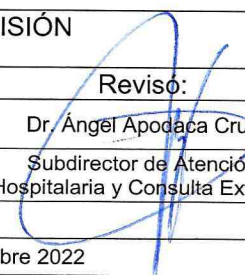
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1. Identificación Correcta del Paciente		HOJA: 43
			DE: 43

10.2 Pulsera de identificación Departamento de Trabajo Social

 ORTIZ BAUTISTA GUADALUPE EXP. 000190960 F. NACIM: 23/12/1972 SEXO: F EDAD: 49 A. F. INGRESO: 10/07/2022		} } } } } } } } } }
---	--	------------------------

10.3 Marbete de identificación Departamento de Trabajo Social

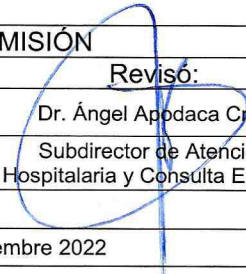
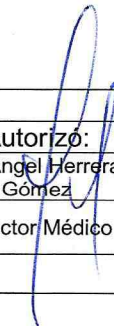
 ORTIZ BAUTISTA GUADALUPE EXP. 000190960 F. NACIM: 23/12/1972 SEXO: F EDAD: 49 A. F. INGRESO: 10/07/2022	 ORTIZ BAUTISTA GUADALUPE EXP. 000190960 F. NACIM: 23/12/1972 SEXO: F EDAD: 49 A. F. INGRESO: 10/07/2022
 ORTIZ BAUTISTA GUADALUPE EXP. 000190960 F. NACIM: 23/12/1972 SEXO: F EDAD: 49 A. F. INGRESO: 10/07/2022	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			HOJA: 1 DE: 21

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 2. COMUNICACIÓN EFECTIVA

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 2
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

1. PROPÓSITO

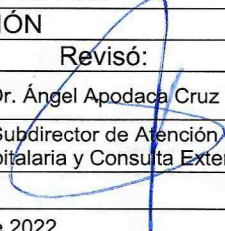
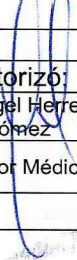
- 1.1. Prevenir errores que involucren el tipo de comunicación verbal directa, vía telefónica o escrita en todo lo que se refiere a indicaciones médicas, muestras o resultados de laboratorio y gabinete.
- 1.2. Garantizar que la comunicación verbal directa, vía telefónica o escrita sea efectiva oportuna, precisa, completa y correcta.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: aplica a todo el personal clínico y no clínico del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de los diferentes servicios de hospitalización, diagnóstico, quirófano, recuperación y servicios afines de esta institución.
- 2.2 A nivel externo: aplica a todo el personal en formación que realice prácticas de pre y posgrado, médicos rotantes, prestadores de servicio social y en general personal de prácticas profesionales que acudan a esta institución.

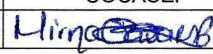
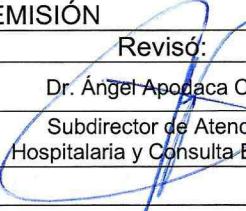
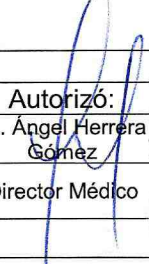
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es de observancia obligatoria para el personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Cancerología conocer las políticas establecidas para la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2: "Comunicación Efectiva".
- 3.2 Es responsabilidad del equipo interdisciplinario que labora en el Instituto Nacional de Cancerología aplicar la comunicación efectiva de forma oportuna, precisa, completa y correcta, además de verificar que sea comprendida por quien la recibe.
- 3.3 Todo personal de salud que tiene atención, interrelación o contacto directo con el paciente debe promover, realizar y verificar que la comunicación sea efectiva, a fin de mejorar la seguridad del paciente.
- 3.4 Todo profesional de salud debe realizar y documentar en el expediente clínico del paciente, la información y datos que garanticen la continuidad de la atención durante los cambios de guardia, turno, área o servicio de manera verbal o escrita cuando proceda, siguiendo el sistema estructurado SBAR o SAER (situación, antecedentes, evaluación y recomendaciones).
- 3.5 Toda indicación clínica, resultados de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicas debe hacerse mediante el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar de la siguiente manera: Escuchar completamente la indicación o resultado, escribir la indicación o resultado, leer la indicación o resultado como se escribió, confirmar que lo que el receptor anotó y leyó es correcto-exacto.
- 3.6 Es de observancia obligatoria para el equipo multidisciplinario que reciba una indicación médica verbal directa, por vía telefónica o electrónica, realizar el proceso y anotarlo en la "Hoja de Registro de Comunicación Efectiva en la consulta externa (ANEXO 1) o en la 'Bitácora de Comunicación Efectiva" para hospitalización (ANEXO 2).
- 3.7 Solo se recibirán indicaciones verbales cuando la persona responsable de emitir las por las actividades propias de su función, no las pueda realizar de manera escrita y la situación del paciente requiera una pronta acción o ponga en riesgo su vida.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

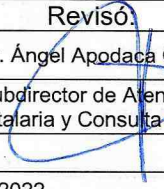
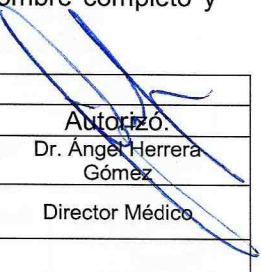
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

- 3.8 Una vez resuelta la urgencia, la persona que dio la indicación tiene la responsabilidad de anotarla en la Hoja de Indicaciones Médicas y firmar la Hoja de Registro de Comunicación Efectiva" o la "Bitácora de Comunicación Efectiva".
- 3.9 Durante la realización de procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia, que no permitan el registro de la indicación, el proceso alternativo deberá consistir en escuchar la indicación o resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es correcto (Escuchar-Repetir-Confirmar).
- 3.10 El personal de los servicios auxiliares como laboratorio clínico, banco de sangre, radiodiagnóstico, intervencionismo, etc., están autorizados para dar resultados de manera verbal sobre procedimientos que efectúen en su ámbito, solo a los servicios de hospitalización, quirófano, unidad de cuidados intensivos, unidad de trasplante de médula ósea y atención inmediata, considerando sólo aquellos casos en donde se encuentre en riesgo y/o peligro la vida del paciente.
- 3.11 Es de observancia obligatoria para el (la) médico (a) que emite una indicación verbal directa, por vía telefónica o WhatsApp, en que esté involucrado un medicamento, enunciar las dosis por unidades básicas de peso o cantidad de sustancia a administrar (g., mg., mEq., mMol, gotas, cucharadas etc.) así como el propósito de la administración.
- 3.12 Es de observancia obligatoria que tanto el(la) emisor(a) como el receptor(a) pronuncien los dígitos de los números en forma separada, diciendo por ejemplo "seis cero" en lugar de "sesenta" considerando siempre la similitud fonética u ortográfica de medicamentos.
- 3.13 Es de observancia obligatoria ante una indicación médica oral o escrita utilizar solo nombres genéricos de los medicamentos y evitar abreviaturas.
- 3.14 Queda estrictamente prohibido realizar indicaciones verbales de quimioterapia antineoplásica por su complejidad y el potencial de errores fatales.
- 3.15 Es responsabilidad del(la) médico(a) que emitió las indicaciones médicas vía telefónica y/o electrónica, transcribir y firmar la indicación por escrito en el expediente clínico, antes de terminar su jornada laboral o bien en un lapso no mayor de 24 horas.
- 3.16 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería operativo, administrativo y de jefatura de servicio, realizar los enlaces de turno a pie de cama de las personas aplicando el proceso de comunicación efectiva (Técnica SBAR) de forma oportuna, precisa, completa, correcta y verificar que es comprendida (ANEXO 3).
- 3.17 Es responsabilidad del personal de salud a cargo del paciente aplicar la técnica SBAR o SAER mencionando el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, número de expediente a continuación describir el problema del paciente, condición actual, aspectos clínicos relevantes y recomendaciones.
- 3.18 Cuando sea requerido un paciente para estudio radiográfico, intervencionista u otros, el personal de enfermería que toma la llamada deberá de anotarlo en la "Bitácora de Comunicación Efectiva", anotando nombre del paciente, estudio al que es solicitado, quien lo solicita, hora y fecha.
- 3.19 Es responsabilidad del profesional de enfermería y/o quien reciba la indicación vía electrónica realizar el registro correspondiente en la Bitácora de Comunicación Efectiva.
- 3.20 Es responsabilidad del(la) jefe de servicio o encargado(a) en turno, de hospitalización verificar que esté al alcance del personal la "Bitácora de Comunicación Efectiva" así como validar que se esté utilizando de manera correcta.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

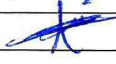
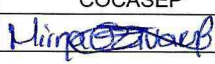
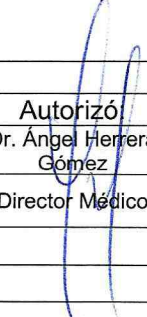
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

- 3.21 Es responsabilidad del(la) jefe de servicio o encargado(a) en consulta externa, dotar de formatos de "Bitácora de Registro de Comunicación Efectiva" a los diferentes consultorios, verificar que se cumpla con el llenado ante situaciones que lo ameriten y sea integrado al expediente clínico.
- 3.22 Cuando sea requerido un paciente, a los camilleros vía radio "wokitoki", el servicio solicitante deberá mencionar: Nombre completo de la persona, estudio por realizar, si se requiere o no medio de contraste, material o equipo requerido y hora o tiempo en que es solicitado.
- 3.23 Es de observancia obligatoria para el personal de camillería, verificar datos de la persona confirmando directamente con él o la familiar: nombre completo y fecha de nacimiento antes de trasladarlo a algún servicio para la realización de estudios o cambio de cama.
- 3.24 Todo profesional de salud del área de hospitalización y de la consulta externa, tiene el deber de verificar que las indicaciones que recibe el (la) paciente hayan sido comprendidas, para esto debe confirmar pidiendo al paciente y/o familiar repita dichas indicaciones.
- 3.25 Es responsabilidad del personal de enfermería de consulta externa que informa resultados por vía telefónica: dar su nombre al recibir la llamada; pedir el nombre del paciente o familiar que está realizando la llamada; brindar la información sobre resultados e indicaciones correspondientes a su próxima cita; confirmar con el (la) receptor(a) que la información fue comprendida.
- 3.26 Todo traslado interno y externo deberá ser requisitado correctamente por el(la) médico(a) responsable, trabajo social y la (él) jefe de servicio, quienes comunicaran del traslado a los(las) jefes (as) del servicio al que va a ser trasladada la persona.
- 3.27 Toda indicación médica que se realiza por escrito deberá ser elaborada con letra legible sin tachaduras, ni abreviaturas, anotando fecha y hora de la indicación médica, así como nombre completo y firma del(la) médico(a).
- 3.28 Es responsabilidad del(la) médico(a) elaborar las indicaciones médicas en el formato institucional una vez que ha valorado al paciente, verificando previamente datos de identificación del paciente.
- 3.29 Queda estrictamente prohibido entregar indicaciones médicas un día antes para su cumplimiento.
- 3.30 Es responsabilidad del(la) médico(a) adscrito(a) realizar pase de visita a los pacientes hospitalizados y notificar al término de su pase de visita, el servicio y/o extensión telefónica donde puede ser localizado(a).
- 3.31 A nivel ambulatorio, en los servicios donde se administran medicamentos, el paciente debe contar con receta médica. Solo en caso de urgencia la indicación médica podrá ser verbal y se seguirá el proceso del registro en la "Bitácora de Registro de Comunicación Efectiva".
- 3.32 Queda estrictamente prohibido hacer mal uso de los equipos de comunicación telefónica con que cuenta el Instituto.
- 3.33 Es de observancia obligatoria que toda interconsulta, solicitud o documento que se genere para la realización de procedimientos administrativos, técnicos, quirúrgicos, se elabore en el formato establecido con los datos completos y correctos del paciente, con letra legible, sin abreviaturas ni tachaduras.
- 3.34 Es responsabilidad del personal de enfermería, elaborar sus notas expresadas en lenguaje técnico, con letra legible, sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras.
- 3.35 La hoja de componentes sanguíneos debe ser llenada por el(la) médico(a) y personal de enfermería que transfunde con: letra legible, sin abreviaturas, registrando nombre completo y firma.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			HOJA: 5 DE: 21

- 3.36 Es responsabilidad del personal de enfermería registrar en la bitácora correspondiente y entregar al Banco de Sangre la hoja de hemocomponentes, verificando que se encuentre completa y adecuadamente llena, en las primeras 24 horas posteriores a la transfusión (ANEXO 4).
- 3.37 Queda prohibido hacer uso del celular cuando se está brindando la atención directa a las personas.
- 3.38 Es de observancia obligatoria que cada servicio cuente con el directorio telefónico institucional actualizado.
- 3.39 Es responsabilidad del personal médico adscrito, residentes y/o rotantes realizar el adecuado llenado de las hojas de indicaciones médicas, solicitud de estudios y hoja de referencias, etc., emitidas dentro de la institución.
- 3.40 Es responsabilidad del personal médico elaborar las hojas de referencias de la institución de manera electrónica con los datos completos nombre del paciente, expediente, fecha de nacimiento, hospital de referencia, estudio o procedimiento solicitado, descripción del caso y contar con su nombre, cedula y firma; con una duración menor a 24 horas.
- 3.41 Es responsabilidad del personal de enfermería o administrativo, realizar la verificación de las hojas de referencia emitidas: adecuadamente llenas y que correspondan a la persona para evitar repetir procedimientos.
- 3.42 Es responsabilidad del personal médico verificar que las recetas, informes, solicitud de laboratorios y estudios de gabinete correspondan a la persona que se egresa, que se encuentren los datos completos, sin tachaduras o abreviaturas, así como el nombre y firma del(la) médico(a) solicitante.
- 3.43 Es responsabilidad del personal médico verificar que las indicaciones proporcionadas a la persona y cuidador primario sean entendibles respecto a su tratamiento, estudios a realizar, cuidados y datos de alarma ante el egreso hospitalario.
- 3.44 Es responsabilidad del personal de enfermería verificar que la persona en trámite de egreso, cuente con las recetas médicas, solicitud de laboratorio y gabinete correspondientes, completas y de acuerdo a la normativa institucional, fortaleciendo y resolviendo dudas sobre los cuidados en el hogar, para confirmar el alta hospitalaria en el sistema INCAN.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

3.45 Lineamientos de la AESP 2

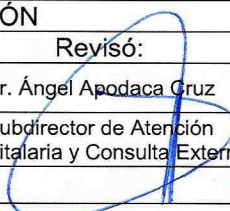
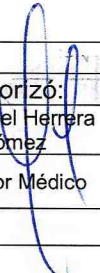
3.45.1 Datos que deben registrarse en la "Bitácora de Comunicación Efectiva":

- Nombre completo del paciente
- Fecha de nacimiento
- Género
- Edad
- Número de cama
- Número de expediente
- Servicio
- Diagnóstico
- Fecha y hora
- Indicación o resultados informados
- Nombre de quien toma la llamada
- Nombre de quien emite el reporte

3.46 Servicios, áreas o situaciones en las que se puede recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio de manera electrónica, verbal presencial o telefónica. (AESP 2)

Los servicios, áreas y/o situaciones en las que el personal del instituto puede recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio de gabinete, laboratorio de manera electrónica, verbal, presencial o telefónica mediante el proceso Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar son:

- Hospitalización: Hemato-oncología, Oncología Médica, Cirugía, solo se recibirán indicaciones por las vías mencionadas cuando la persona responsable de emitir las por las actividades propias de su función, no las pueda realizar de manera escrita y la situación del paciente requiera una pronta acción o ponga en riesgo su vida.
- Unidad de Trasplante de Médula Ósea, por las características del paciente trasplantado se aceptarán indicaciones del personal médico adscrito y/o residentes del servicio por las vías mencionadas.
- En los servicios del área quirúrgica, UCI, Atención Inmediata, servicios ambulatorios que realizan procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia, que no permitan el registro de la indicación, el proceso alternativo deberá consistir en escuchar la indicación o resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es correcto (Escuchar-Repetir-Confirmar).

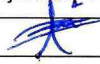
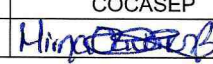
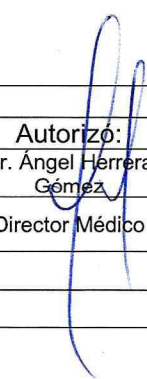
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 "Para servicios, áreas o situaciones en las que se puede recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio de manera electrónica, verbal presencial o telefónica"

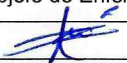
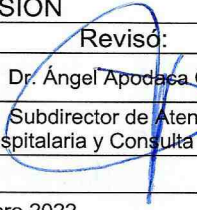
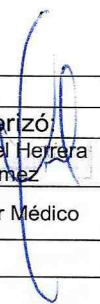
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Emisor(a)	1	Presenta información respecto a la modificación de tratamiento médico, resultados o muestras de laboratorio y/o gabinete.	
Receptor(a)	2	Escucha completamente la indicación o el resultado por parte del emisor(a).	
Receptor(a)	3	Escribe en el formato o bitácora establecida la indicación o el resultado de laboratorio o gabinete.	
Receptor(a)	4	Leer, el receptor(a) leerá la orden o el resultado del análisis, tal como lo escribió.	– Bitácora de comunicación efectiva – Hoja de registros de comunicación efectiva
Emisor(a)	5	Confirma que la orden o el resultado, que se ha anotado y leído son exactos.	
Médico(a)	6	Firma la indicación médica en un lapso no mayor a 24 horas.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 “Para servicios del área quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos, Atención inmediata, servicios ambulatorios que realizan procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia”

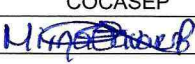
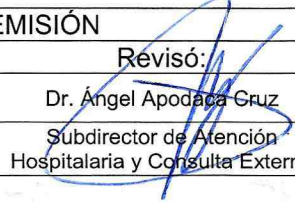
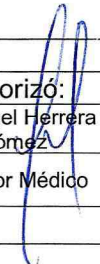
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Emisor(a)	1	Da indicaciones de forma clara, oportuna, precisa y completa.	
Receptor(a)	2	Escucha con atención y repite claramente la indicación dada.	
Emisor(a)	3	Confirma la información de la orden dada.	
Emisor(a) y Receptor(a)	4	Registra lo indicado en la hoja de indicaciones médicas y la de registros clínicos de enfermería correspondientes.	– Bitácora de comunicación efectiva – Hoja de registros de comunicación efectiva – Hoja de indicaciones medica – Hoja de registros clínicos de enfermería
Médico(a)	5	Firma las indicaciones médicas en un lapso no mayor a 24 horas.	– Bitácora de comunicación efectiva – Hoja de registros de comunicación efectiva.
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

4.3 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 “Transferencia de pacientes durante cambio de turno, guardia, área o servicio responsable mediante técnica SBAR O SAER”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Profesional de salud que entrega al paciente o persona	1	Realiza comunicación estructurada para la entrega de paciente o persona tanto verbal o escrita, mediante la técnica SBAR o SAER.	
	2	Situación actual: Menciona el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y servicio de origen si se trata de traslado.	– Censo de pacientes – Kardex
	3	Describe el problema y situación actual del paciente así como aspectos clínicos relevantes.	
	4	Verbaliza o documenta antecedentes que condicionan la situación actual: – Fecha y motivo de ingreso. – Datos relevantes de la Historia Clínica. – Diagnóstico de ingreso. – Procedimientos realizados. – Medicamentos y líquidos administrados. – Alergias previas o presentadas. – Resultados de laboratorio/gabinetes relevantes. – Dispositivos invasivos. – Otros datos que se consideren relevantes.	
	5	Evaluación: – Describe signos, síntomas y/o constantes vitales alterados. – Comportamientos relevantes, riesgo de caídas o presencia de dolor.	
	6	Recomendaciones y actividades pendientes prioritarias: – Verbaliza recomendaciones y/o actividades a seguir con el paciente consideradas prioritarias para la continuidad del cuidado.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

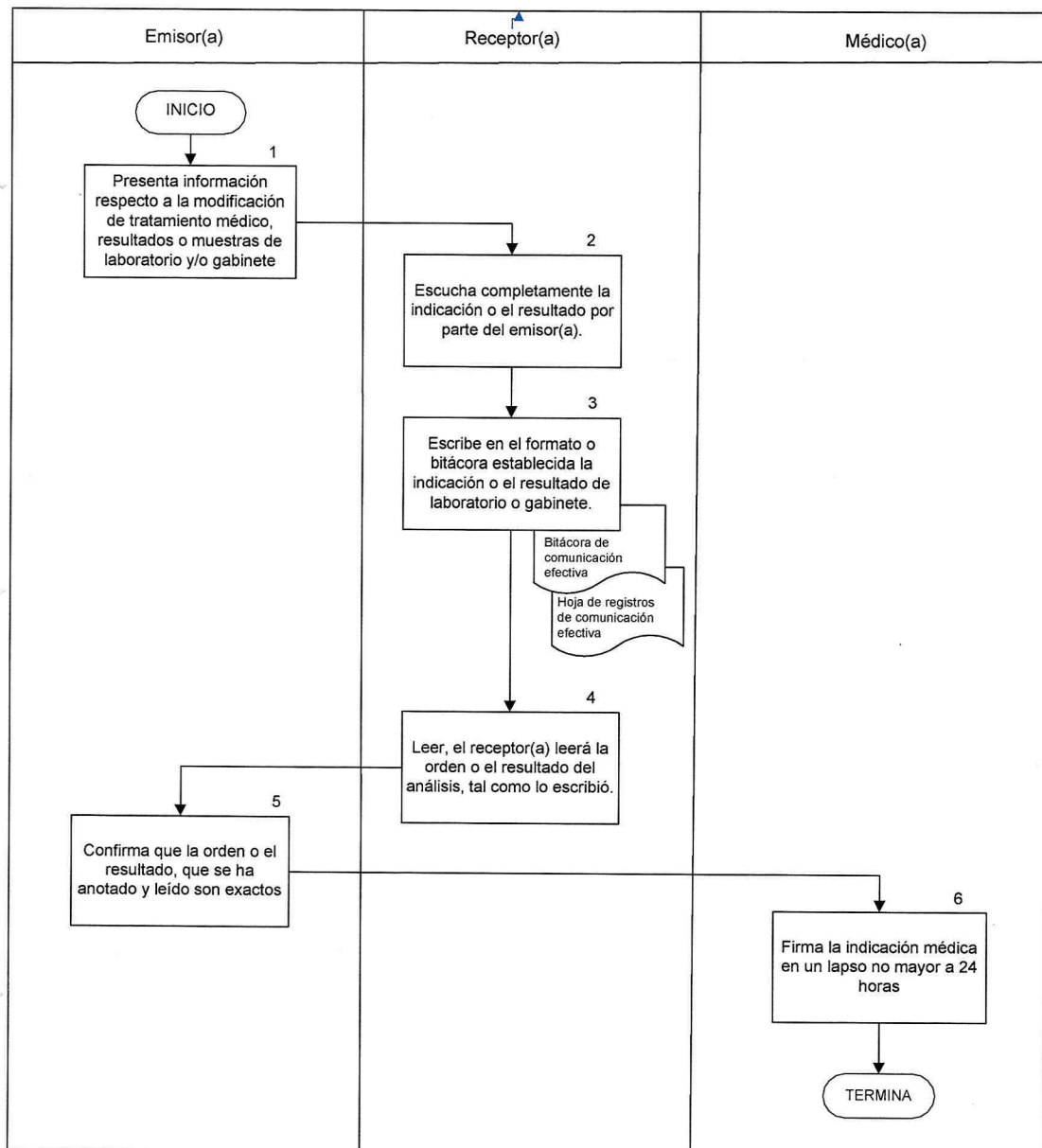
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Profesional de salud que recibe al paciente o persona	7	Corroborar que la información verbalizada en el proceso de transferencia del cuidado se encuentre documentada y corresponda con la situación actual del paciente o persona.	– Estado del paciente – Censo de pacientes – Kardex – Registro clínico de enfermería
	8	Prioriza y planifica las recomendaciones/actividades pendientes para garantizar la continuidad del cuidado.	
		TERMINA	

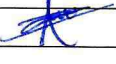
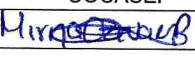
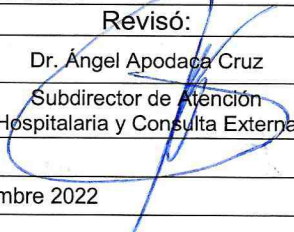
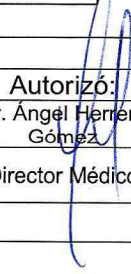
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 11
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

5. DIAGRAMA DE FLUJO “COMUNICACIÓN EFECTIVA”

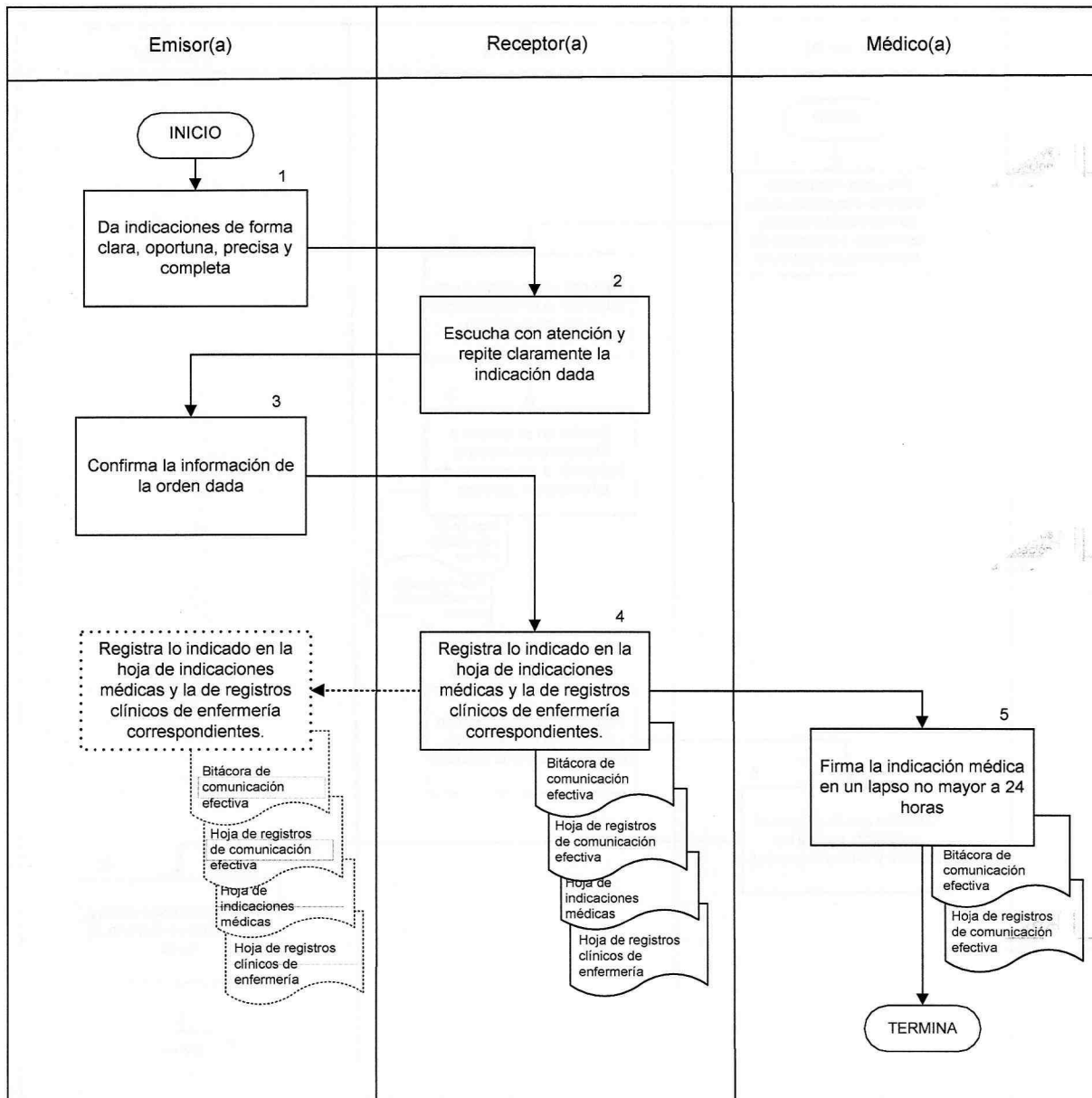
5.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 “Para servicios, áreas o situaciones en las que se puede recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio de manera electrónica, verbal presencial o telefónica”

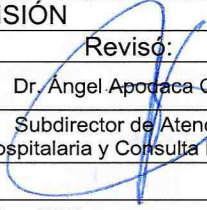
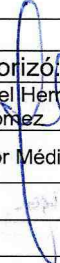


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

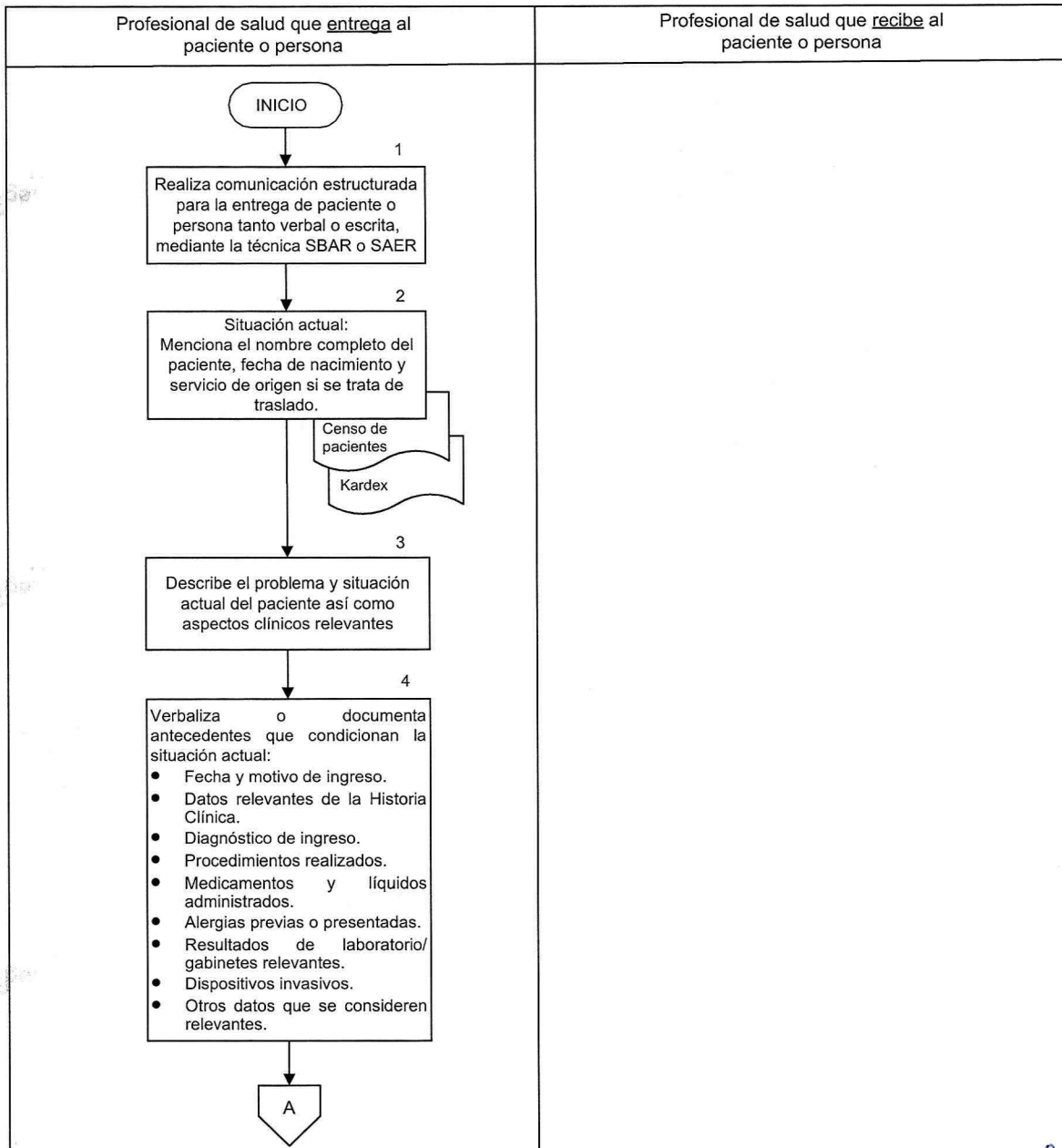
5.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 “Para servicios del área quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos, Atención inmediata, servicios ambulatorios que realizan procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia”

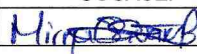
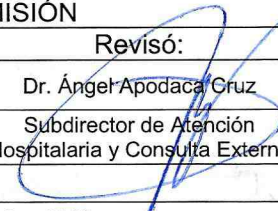
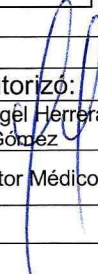


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

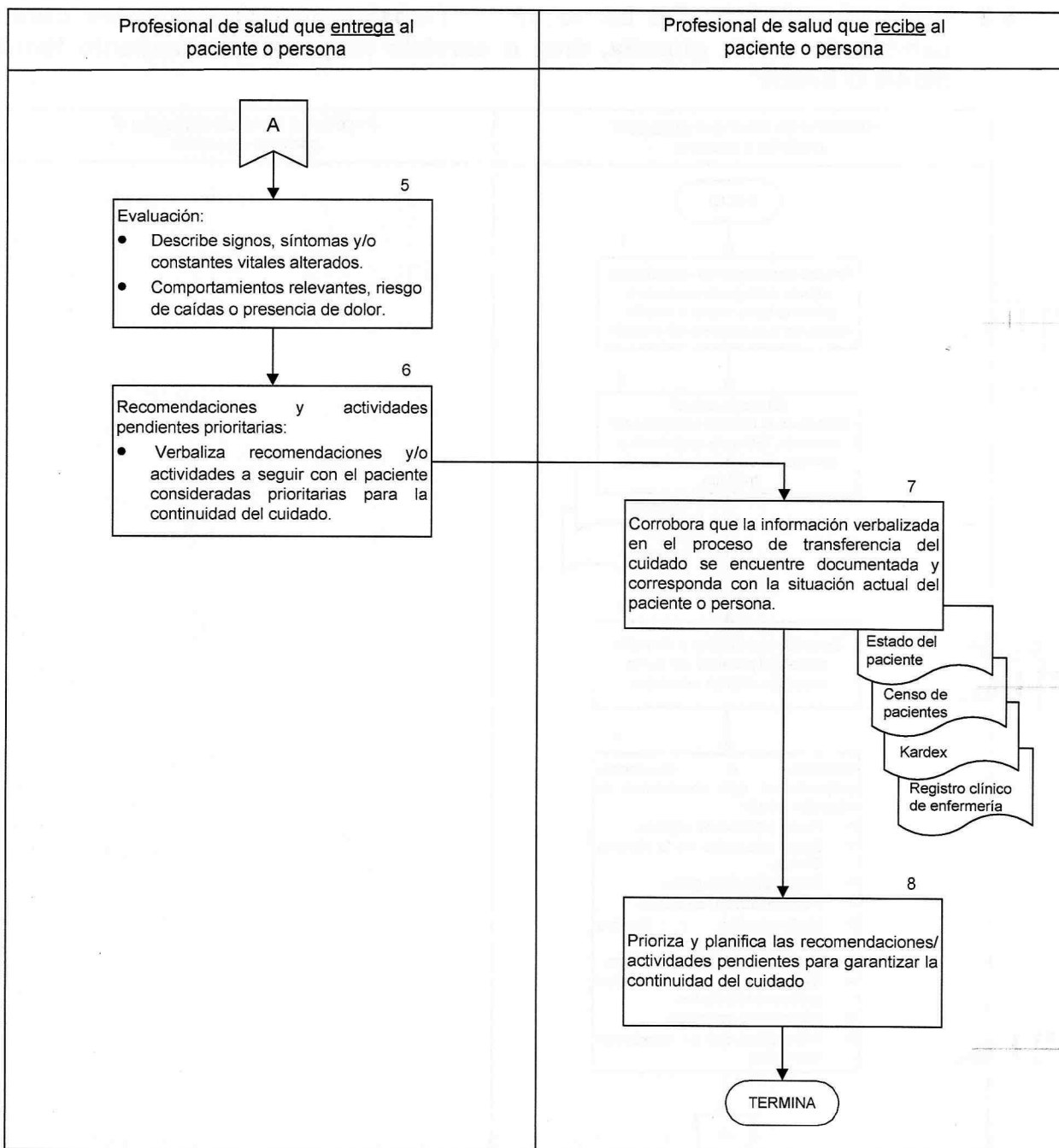
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

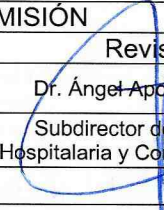
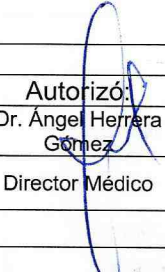
5.3 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 2 “Transferencia de pacientes durante cambio de turno, guardia, área o servicio responsable mediante técnica SBAR O SAER”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

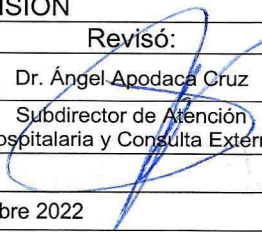
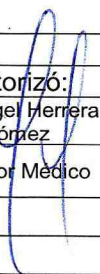
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva		HOJA: 15 DE: 21

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018.	N/P
6.11 NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	N/P
6.12 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.13 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de comunicación efectiva de consulta externa	5 Años	Archivo interno	N/P
Bitácora comunicación efectiva	5 Años	Archivo interno	N/P

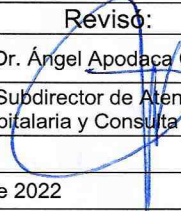
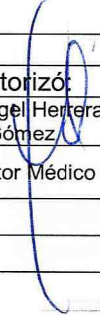
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			HOJA: 16
				DE: 21

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de indicaciones médicas (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Bitácora de hemoderivados (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Kardex SBAR	1 Año	Archivo interno	N/P

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Bitácora de comunicación efectiva:** Libreta donde se registra la información verbal brindada por personal de servicios auxiliares de diagnóstico como rayos X, laboratorio o algún profesional de la salud.
- 8.2 Canal:** Elemento físico que establece la conexión entre el emisor y el receptor.
- 8.3 Código:** Es un conjunto de signos sistematizado junto con unas reglas que permiten utilizarlos. El código permite al emisor elaborar el mensaje y al receptor interpretarlo. El emisor y el receptor deben utilizar el mismo código.
- 8.4 Comunicación efectiva:** Proceso en el cuál el emisor expresa información en forma clara, oportuna, precisa, completa y además es comprendida por el receptor.
- 8.5 Comunicación:** Es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. Es un proceso que consiste en la transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje.
- 8.6 Contexto:** Relación que se establece entre las palabras de un mensaje y que nos aclaran y facilitan la comprensión de lo que se quiere expresar.
- 8.7 Emisor:** Es aquel que envía un mensaje en un código apropiado para ser adecuadamente recibido y comprendido por el receptor, dando forma así al proceso comunicativo que puede suceder de diversas e infinitas maneras.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			HOJA: 17 DE: 21

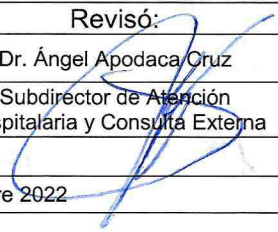
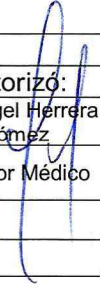
- 8.8 Hoja de registro de comunicación efectiva:** Formato que contiene los datos que deben registrarse ante una indicación verbal dada por un médico ante una emergencia.
- 8.9 Mensaje:** Información que el emisor envía al receptor.
- 8.10 Receptor:** Persona a quien va dirigida la comunicación; realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor; es decir, decodifica el mensaje. Es evidente que tiene que haber algo que comunicar, un contenido y un proceso que con sus aspectos previos y sus consecuencias motive el mensaje.
- 8.11 Técnica SBAR O SAER:** Acrónimo en español de Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones. Es una técnica que facilita la transferencia de información de la persona en situaciones complejas, cuando se requiere de atención o acción en el ámbito hospitalario.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10. ANEXOS

- 10.1 ANEXOS 1.** Formato de comunicación efectiva en la consulta externa y servicios de diagnóstico
- 10.2 ANEXO 2.** Formato de registro para para mejorar la comunicación efectiva
- 10.3 ANEXO 3.** Comunicación efectiva "enlace de turno enfermería" técnica SBAR

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 18
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21

10.1 ANEXOS 1. Formato de comunicación efectiva en la consulta externa y servicios de diagnóstico



Instituto Nacional de Cancerología

Formato de Comunicación Efectiva en Consulta Externa

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____
Sexo (M) (F) _____	Alergias _____	
Diagnóstico _____	Servicio _____	Expediente _____

Hora de la indicación _____	Fecha _____
Vía de Comunicación:	Verbal directa _____ Convencional _____
	Telefónica _____ Urgencia _____

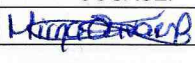
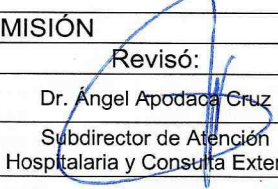
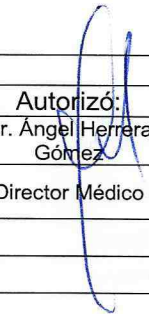
Estado del paciente:

Indicación Médica y/o Resultados:

Observaciones:

Nombre completo del Médico _____ Firma _____

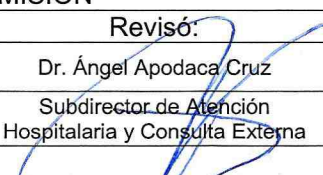
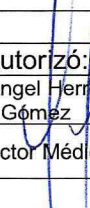
Nombre completo de Enfermería _____ Firma _____

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

Acción Esencial 2
Comunicación Efectiva

[illegible]

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 20
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 2. Comunicación Efectiva			DE: 21



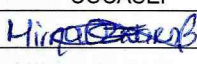
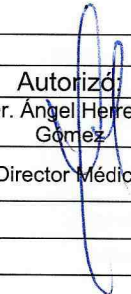
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Acción Esencial 2
Comunicación Efectiva

REGISTRO DE INDICACIONES EMITIDAS VERBALMENTE

Fecha	Hora	Área que emite indicación verbal	Nombre del paciente			Ubicación o cama	Indicación o información recibida	Nombre del receptor			Información cotejada		
			1. Nombre	2. Fecha de nacimiento	3. Expediente			1. Nombre	2. Cargo	3. Firma	1. Nombre	2. Cargo	3. Firma
11 / 05 / 2022	2:00 hrs.	Clinica del dolor	Hinojosa Gómez José	04 / 07 / 1985	00013540	Cama 510	2 miligramos de morfina Vía intravenosa	Oscar Díaz	Jefe de servicio	Marco Carrasco	Marco Carrasco	Médico de guardia	Marco Carrasco
12 / 05 / 2022	10:00 hrs.	Laboratorio clínico	Granados García Martín	23 / 10 / 1999	00059746	Atención inmediata Reposet 3	Reportan del servicio de laboratorio que el paciente tiene una hemoglobina de 3.0 gr/dl	Eduardo Sánchez	Supervisor	Karla González	Eduardo Sánchez	Químico	Karla González
14 / 05 / 2022	17:30 hrs.	Área médica	Morelia Sambrano Juana	15 / 12 / 1974	00021354	UCI 6	Administrar 100cc solución salina 0.9% + 20 mEq KCL para 1 hr.	Alejandra Orozco	Jefe de servicio	Alberto Martínez	Alejandra Orozco	Médico de guardia	Alberto Martínez

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 21
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 21
		2. Comunicación Efectiva		

10.3 ANEXO 3. Comunicación efectiva “enlace de turno enfermería” técnica SBAR

F. NACIMIENTO / / EXPEDIENTE EDAD a DIAGNOSTICO:

 *Instituto Nacional de Cancerología* ESQUEMA DIA

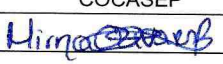
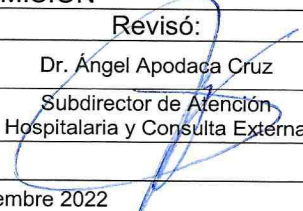
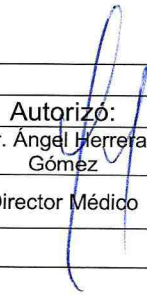
NOMBRE	CAMA	DIAGNOSTICO
DIETA	ACID	ALERGIAS
FECHA	PRESCRIPCION MEDICA	DOSIS Y VIA
		HORARIO
		OBSERVACIONES
ACCESO VASCULAR		
HC		
HEMODERIVADOS		
OXIGENOTERAPIA		

INCAN 20247

 *Instituto Nacional de Cancerología*

NOMBRE	CAMA	DIAGNOSTICO
DIETA		ALERGIAS
FECHA	PRESCRIPCION MEDICA	DOSIS Y VIA
		HORARIO
		OBSERVACIONES
LABORATORIOS		ESTUDIOS E
Hb Plaq		INTERCONSULTAS
Ne Leu		
Cr Urea		
Na K		
Ca Mg		
Cl P		
Glu		
TP TPT		
INR		
	CONTINUIDAD DEL CUIDADO	
CULT.		

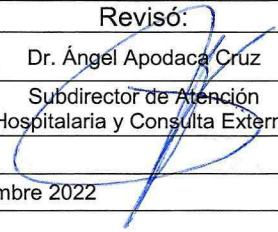
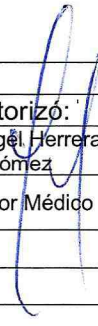
INCAN 20247

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Sánchez Quintana	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			HOJA: 1 DE: 26

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 3. SEGURIDAD EN EL PROCESO DE LA MEDICACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 2
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

1. PROPÓSITO

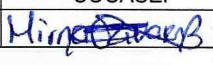
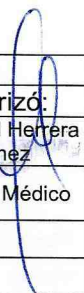
- 1.1 Garantizar la seguridad en el proceso de medicación de los medicamentos de alto riesgo como son electrólitos concentrados, insulinas, citotóxicos, anticoagulantes, radiofármacos, medios de contraste, y quimioterapia antineoplásica.
- 1.2 Prevenir los errores de medicación de los medicamentos de alto riesgo a partir de su almacenamiento, distribución, prescripción, transcripción, preparación, administración y registro.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: esta acción es aplicable al profesional de enfermería, personal médico, químico(a) farmacobiólogo (a) y de otras áreas afines del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) que participen en el sistema de manejo y uso de medicamentos de alto riesgo.
- 2.2 A nivel externo esta acción aplica a los médicos rotantes, prestadores de servicio social, personal de prácticas profesionales a fines, que acudan a esta institución.

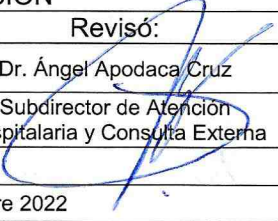
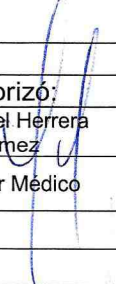
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 En el Instituto Nacional de Cancerología de deberá llevar a cabo la adquisición de medicamentos de alto riesgo, como lo marca la NOM-072-SSA1- 2012 referente al etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios:
 - a) Color azul para el Bicarbonato de sodio de 7.5 % solución inyectable en ampolla de 10 ml.
 - b) Color verde para el Sulfato de Magnesio 10% solución inyectable en ampolla de 10 ml.
 - c) Color amarillo para el Gluconato de Calcio 10% solución inyectable en ampolla de 10 ml.
 - d) Color rojo para Cloruro de Potasio 14.9% (20 mEq) solución inyectable en ampolla de 10 ml.
 - e) Color naranja para Fosfato de Potasio 15% (20 mEq) solución inyectable en ampolla de 10 ml.
 - f) Color blanco para Cloruro de Sodio 17.7% solución inyectable en ampolla de 10 ml.
- 3.2 Los medicamentos considerados de alto riesgo en el Instituto Nacional de Cancerología son:
 - a) **Electrólitos concentrados**, bicarbonato de sodio, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, cloruro de potasio, fosfato de potasio y cloruro de sodio.
 - b) **Anticoagulantes parenterales**, heparina sódica y heparinas de bajo peso molecular.
 - c) **Insulinas**
 - d) **Radio fármacos**
 - e) **Quimioterapia antineoplásica**
 - f) **Medios de contraste oral y parenteral.**
 - g) **Vasopresores e inotrópicos** norepinefrina, dobutamina, dopamina, vasopresina, levosimendan, nitroglicerina.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

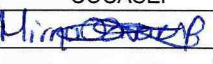
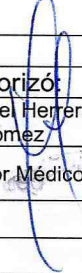
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 3.3 Es de observancia obligatoria almacenar los medicamentos de alto riesgo en áreas específicas para su resguardo, separados al resto de medicamentos existentes en farmacias o servicio clínico.
- 3.4 Las mezclas que contengan quimioterapia antineoplásica deberán contar con membrete rojo de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Central de Mezclas.
- 3.5 Es de observancia obligatoria ante una indicación clínica de medicamentos, utilizar el formato institucional confirmando que contenga:
- Nombre de la persona o paciente.
 - Fecha de nacimiento.
 - Número de expediente.
 - Número de cama.
 - Nombre genérico de los medicamentos, dosis, frecuencia, vía y duración del tratamiento, usando unidades básicas, sin abreviaturas y/o tachaduras.
 - Fecha y hora de la prescripción clínica.
 - Nombre del profesional de salud que realiza la prescripción, número de cédula profesional y firma autógrafa.
- 3.6 En caso de error o cambio en la prescripción, poner la palabra ERROR o CAMBIO delante de la indicación clínica errónea o a cambiar, sin tachar, para colocar la indicación correcta más adelante.
- 3.7 Es responsabilidad del profesional de salud que realiza la prescripción de medicamentos de alto riesgo, anotar fecha y hora de indicación, así como el nombre, número de cédula y firma de quien lo prescribe.
- 3.8 Queda estrictamente prohibido realizar órdenes verbales de los medicamentos considerados de alto riesgo en el Instituto, por su complejidad y potencial de errores fatales.
- 3.9 Es responsabilidad del profesional de enfermería realizar la transcripción de los medicamentos de alto riesgo, al Kardex y/o a la hoja de registros clínicos, sin modificar la prescripción original, revisando dos veces la transcripción para detectar errores u omisiones; en caso de duda es su responsabilidad realizar la aclaración con el(la) médico(a) que realizó la prescripción.
- 3.10 La transcripción de medicamentos debe realizarse bajo los siguientes lineamientos:
- Efectuarse en el lugar designado para tal fin, evitando distracciones innecesarias.
 - Evitar realizar transcripción de medicamentos en caso de indicaciones ilegibles, borrosas o incompletas, ésta deberá realizarse hasta que se haya aclarado o repetido la indicación.
 - Colocar fecha, rúbrica y hora al término de la transcripción para tener mayor control de la misma.
- 3.11 Es responsabilidad del(la) jefe (a) de servicio realizar supervisión de la transcripción del personal de enfermería al Kardex y hoja de registros clínicos de manera aleatoria con frecuencia.
- 3.12 Es responsabilidad del personal de enfermería administrativo de hospitalización, solicitar a farmacia los medicamentos de alto riesgo, verificando previamente la prescripción clínica.
- 3.13 Es responsabilidad del personal de farmacia verificar la solicitud hecha con la receta de medicamentos de alto riesgo; ante la duda de alguna prescripción realizar la aclaración con el (la) médico(a) o personal clínico y detener la entrega del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

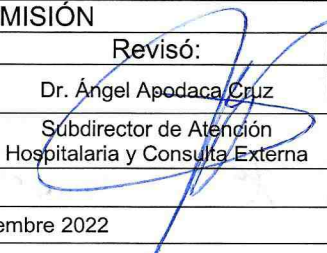
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 3.14 Es responsabilidad del personal de farmacia otorgar los medicamentos de alto riesgo con verificación previa y confirmar la información adicional sobre su manejo al personal de enfermería administrativo.
- 3.15 Es de observación obligatoria para todo profesional de salud, realizar interrogatorio a los pacientes en busca de alergias a medicamentos, alimentos y sustancias conocidas de la persona y registrarlas en el expediente clínico, así como en la ficha de identificación.
- 3.16 Es responsabilidad de las(los) jefes(as) de servicio verificar que las áreas de almacenamiento y preparación se encuentren debidamente equipadas e identificadas con carteles de "Almacenamiento y Preparación de Medicamentos de Alto Riesgo" y será considerada como área restringida.
- 3.17 Es responsabilidad del profesional de enfermería administrativa realizar la recepción, resguardo, identificación, almacenamiento y verificación de fechas de caducidad vigentes de los medicamentos de alto riesgo en el área de preparación de medicamentos (ANEXO 1).
- 3.18 Es de observancia obligatoria para químicos(as), farmacéuticos(as), enfermeras(os), médicos(as), inhalo terapeutas y técnicos(as), identificar de manera gráfica/visual aquellos medicamentos con presentación similar (LASA) (ANEXO 2).
- 3.19 Es responsabilidad del personal de enfermería conservar en orden los medicamentos de alto riesgo, manteniéndolos en los contenedores por color de acuerdo con la presentación farmacéutica, conforme lo establece la NOM072-SSA1-2012. Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.
- 3.20 Es responsabilidad del personal de farmacia, químicos(as) y personal de enfermería, mantener los medicamentos de alto riesgo que requieran red fría, en áreas específicas dentro de los frigoríficos con la rotulación específica "Medicamentos de alto Riesgo".
- 3.21 Es responsabilidad del personal de enfermería conservar en orden los medicamentos de alto riesgo de red fría (insulinas y/o heparinas), en el apartado correspondiente de los frigoríficos de los servicios de hospitalización, quirófano, recuperación, unidad de cuidados intensivos, atención inmediata y unidad de trasplante de médula ósea.
- 3.22 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería o médicos(as) rotular con la fecha de apertura los frascos de insulinas y/o heparinas, en el momento en que se abre el frasco, realizar asepsia cuando se tome la dosis correspondiente previa higiene de manos.
- 3.23 Es responsabilidad de las(los) jefes(as) de servicio y personal de enfermería administrativa, mantener el stock de medicamentos de alto riesgo, de acuerdo a la cantidad establecida, aplicable para electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes.
- 3.24 Es de observancia obligatoria de todo el profesional de salud que participe en el proceso de medicación, verificar para evitar confusiones, respecto a los medicamentos LASA activos dentro de la institución.
- 3.25 Es responsabilidad de todo profesional de salud evitar el resguardo o acumulo de medicamentos en otra área o lugar a la establecida.
- 3.26 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería, preparar los medicamentos y soluciones con fármacos agregados exclusivamente en las áreas asignadas para la misma en los diversos servicios de la institución, evitando distracciones durante el proceso.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

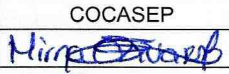
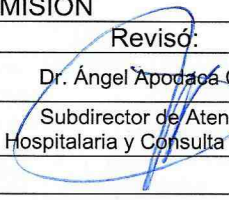
 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 5
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 3.27 Es responsabilidad del personal de enfermería responsable del paciente, identificar los medicamentos durante su preparación con los siguientes datos: nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y número de cama.
- 3.28 El profesional de salud que administre medicamentos deberá verificar con el paciente su identificación previa a la administración de la siguiente manera: solicitar al paciente que verbalice nombre completo y fecha de nacimiento.
- 3.29 Es responsabilidad del personal de enfermería registrar los medicamentos en el registro clínico, inmediatamente después de su administración.
- 3.30 En caso de que se omita la administración de un medicamento, debe anotarse en la hoja de registro clínico de enfermería la razón de la omisión.
- 3.31 Es de observancia obligatoria que los medicamentos citotóxicos sean preparados en campana de flujo laminar por un Químico(a) Fármaco Biólogo(a) o por un químico(a) capacitado(a) para dicho fin, de manera específica en la Central de Mezclas de la institución.
- 3.32 Es responsabilidad del profesional de nutrición prescribir la Nutrición Parenteral incluyendo como mínimo nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, número de expediente, peso del paciente, fecha/hora de solicitud, componentes, concentración de la mezcla (glucosa, lípidos, aminoácidos y aditivos), frecuencia y duración, así como nombre y cédula profesional de quien prescribe.
- 3.33 Es de observancia obligatoria para los(as) Químicos(as) Fármaco Biólogos(as) y/o profesionales de salud usar el uniforme indicado, así como la protección reglamentaria para su seguridad y la de los pacientes en la preparación y manejo de medicamentos citotóxicos.
- 3.34 Es responsabilidad del personal de enfermería y del personal de la Central de Mezclas, garantizar la esterilidad del contenido durante la apertura de frascos ampolla, haciéndolo con técnica aséptica, así como seguir las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes.
- 3.35 Las ampollas de vidrio o plástico se utilizan exclusivamente al momento de abrirse y se desecha el remanente.
- 3.36 Es responsabilidad del(la) médico(a) generar las indicaciones por escrito ante la prescripción de medicamentos, considerando nombre genérico del fármaco, dosis, vía y horario, verificando los datos correctos y completos de la persona con la indicación prescrita.
- 3.37 Es responsabilidad de químicos(as), médicos(as), técnicos(as) y personal de enfermería, realizar la doble verificación antes de la preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo. En caso de urgencias se omitirá la doble verificación.
- 3.38 En relación al etiquetado, cada mezcla o solución preparada con algún medicamento de alto riesgo será identificada con los siguientes datos: fecha, nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, número de cama, prescripción, anotando el medicamento de alto riesgo con un color diferente al del turno correspondiente, hora de inicio, hora de término, velocidad, gotas por minuto, nombre de la enfermera(o) y firma.
- 3.39 Los membretes generados por el personal de mezclas, específicamente con quimioterapia antineoplásica, además de los datos normativos, debe tener registrada la estabilidad del agente quimioterapéutico.
- 3.40 Es obligación para el profesional de enfermería, médico(a), técnico(a) y/o físico(a) implementar los 10 correctos durante la administración de medicamentos de alto riesgo en la institución.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

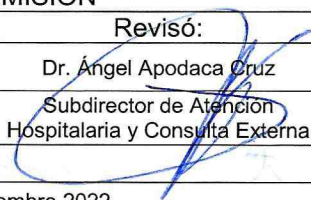
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 3.41 Es competencia del personal de enfermería administrativo realizar de manera conjunta con su par, la doble verificación de medicamentos de alto riesgo, de manera específica electrólitos concentrados, insulinas, heparinas y medios de contraste en servicios de hospitalización, y atención inmediata.
- 3.42 Es responsabilidad del(la) jefe(a) de servicio realizar la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo, durante la preparación y administración de insulinas, heparinas, electrólitos concentrados y medios de contraste en los servicios de quirófano, recuperación, unidad de cuidados intensivos, unidad de trasplante de medula ósea.
- 3.43 Es responsabilidad del personal de radio-farmacia colocar el membrete a cada radiofármaco, en el blindaje externo y en la jeringa de aplicación. Los datos que debe contener son: nombre de la persona, actividad, fecha, hora de aplicación, hora de calibración y tipo de radiotrazador.
- 3.44 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a) y físico(a) realizar doble verificación durante el manejo y administración de radiofármacos, garantizando las medidas de bioseguridad.
- 3.45 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a) y físicos(as) que el manejo de radiofármacos se realice con pinzas y blindaje especial para cada tipo de fármaco, garantizando las medidas de seguridad.
- 3.46 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico(a) y químico(a) conservar, mantener y obtener los radiofármacos del cuarto caliente "radiofarmacia" asignado en el departamento de medicina nuclear con las medidas de seguridad necesarias.
- 3.47 El transporte y distribución de medicamentos citotóxicos preparados en la Central de Mezclas, será específicamente en los contenedores destinados para éste fin.
- 3.48 El transporte y distribución de radiofármacos será específicamente a través de contenedores blindados destinados para éste fin, proporcionados por radio farmacia.
- 3.49 Los contenedores para traslado o resguardo de medicamentos deben ser sometidos a procesos de limpieza, desinfección y protección recomendadas para cada tipo de medicamento de alto riesgo.
- 3.50 Es de observancia obligatoria administrar los medicamentos de alto riesgo como: citotóxico, vasopresores, inotrópicos, infusiones continuas de heparina e insulina que así lo requieran, por medio de sistemas de infusión controlada.
- 3.51 Es responsabilidad del personal de enfermería pesar al paciente a su ingreso y en días subsecuentes, especialmente cuando se prescriben medicamentos de alto riesgo que se basan en el peso o superficie corporal.
- 3.52 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería realizar la conciliación de medicamentos, identificando aquellos que el paciente toma de manera crónica o que ha tomado previamente, para identificar riesgos y dar el tratamiento adecuado informando al personal de salud y paciente o familiar.
- 3.53 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería revisar la idoneidad de la prescripción de medicamentos, verificando que la medicación es la adecuada de acuerdo a las características clínicas, fisiológicas, interacciones medicamentosas o alergias del paciente.
- 3.54 Es de responsabilidad del personal de enfermería, médico, técnico y camillería, el adecuado almacenamiento, transporte, administración y desecho de medios de contraste, radiofármacos y biofarmacos utilizados en la institución.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 3.55 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería, dar información o capacitación específica a los pacientes que deben administrar el medicamento en domicilio, o en su caso al familiar que realizará dicha administración.
- 3.56 Es responsabilidad de radiofarmacia el cuidado, manejo y mantenimiento de los contenedores y desechos de los radiofármacos del Instituto.
- 3.57 En caso de administración errónea o sobredosificación de medicamentos de alto riesgo, es responsabilidad del personal de enfermería a cargo del paciente, avisar inmediatamente al(la) médico(a) tratante y a la (él) jefe(a) de servicio para tomar las medidas oportunas que disminuyan los efectos colaterales al paciente.
- 3.58 Es de observancia obligatoria para la (él) jefe(a) o encargado(a) de servicio, realizar la notificación del evento adverso y hacer seguimiento de caso con el personal involucrado, en la plataforma del Instituto.
- 3.59 Es responsabilidad de las (los) jefes(as) de servicio mantener una constante supervisión al personal de nuevo ingreso en lo que se refiere al manejo de medicamentos de alto riesgo.
- 3.60 Es responsabilidad de las (los) jefes(as) de servicio, supervisores(as) y personal de enfermería en general, brindar capacitación en el manejo de medicamentos de alto riesgo al personal de nuevo ingreso.
- 3.61 Es de observancia obligatoria administrar norepinefrina por una vía central de catéter, sola, sin ninguna otra mezcla o solución y mediante un sistema de infusión controlado.
- 3.62 Es responsabilidad de cada uno de los integrantes de las áreas generadoras de RPBI depositarlos en los contenedores, envases o botes correspondientes de acuerdo su clasificación, inmediatamente después de que se genere como basura o desecho, como lo marca la NOM-087-ECOL-SSA-1-2002. Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológico-infecciosos y clasificación y especificaciones de manejo.
- 3.63 El Responsable Técnico de Residuos Peligrosos Biológico Infeccioso (RPBI) deberá de asegurarse que todo el personal involucrado en el manejo de RPBI, reciba una capacitación continua en el manejo de los residuos, a través de la difusión de procedimientos establecidos, informando de sus obligaciones señaladas dentro del marco legal y haciéndolo consciente de la importancia del proceso, con el fin de evitar accidentes. La capacitación deberá de ser continua en atención al personal de nuevo ingreso y por cambios en los procedimientos.
- 3.64 El personal de las áreas generadoras de RPBI deben llenar los recipientes rígidos y bolsas hasta el 80% de su capacidad, además de no reutilizar los envases, no compactar los residuos durante el envasado y no mezclar residuos de diferente clasificación.
- 3.65 Es de observancia obligatoria eliminar los frascos vacíos, con remanente de citostáticos, bolsas no aplicadas con quimioterapia, con remanente de quimioterapia o con contenido gástrico, en los contenedores específicos establecidos en la zona de RPBI para su desecho.
- 3.66 Es responsabilidad del personal de RPBI trasladar todos los días al Almacén General de Residuos Peligrosos los desechos, donde permanecerán hasta ser entregados a la empresa autorizada por la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), para la descontaminación, incineración y trituración.
- 3.67 Es responsabilidad del personal RPBI, después de 3 meses de haber entregado los frascos, dar el manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos con sellos

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

correspondientes que garantizan, la inactivación y destrucción de los frascos de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

3.68 Lineamientos de la AESP 3

3.68.1 Lineamientos para realizar la doble verificación

- Persona correcta (Nombre, fecha de nacimiento y número de expediente).
- Medicamento correcto (Fecha de caducidad, lote, red fría).
- Vía correcta.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.
- Alergia a medicamentos.

3.68.2 Lineamientos para el uso de membretes:

- Membrete rojo para los medicamentos de alto riesgo (citotóxicos).
- Membrete azul para soluciones con medicamento de alto riesgo.
- Membrete blanco de radiofarmacia.

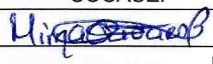
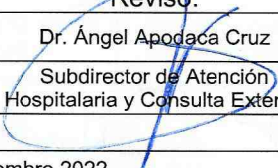
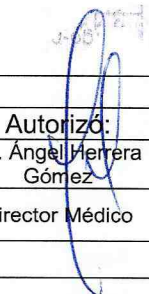
3.68.3 Lineamientos para la elaboración del membrete:

3.68.3.1 Membrete de antineoplásicos

- Nombre completo del paciente.
- Número de expediente.
- Número de cama.
- Fecha de preparación.
- Tipo de solución.
- Tipo de medicamento.
- Dosis.
- Tiempo de infusión.
- Nombre y firma de quien prepara.
- Nombre de enfermera que administra

3.68.3.2 Membrete de radiofármaco

- Nombre del medicamento
- MBq _____ mCi
- Hora de elaboración
- Fecha de elaboración
- Hora de caducidad
- Leyenda de *medicamento estéril y libre de endotoxinas bacterianas*
- Nombre de la persona
- Lugar de elaboración

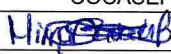
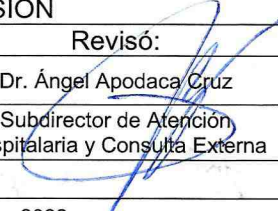
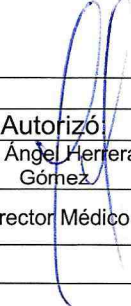
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

3.68.4 Lineamientos para la disposición final de residuos

Es obligatorio eliminar citostáticos de la siguiente manera:

- Contenedor azul rey para frascos de vidrio vacíos o con remanentes de quimioterapia.
- Contenedor para bolsas de solución con quimioterapia no administrada o con remanentes por suspensión de tratamiento o defunción de pacientes.
- El contenedor debe estar rotulado con "Remanentes de QT por suspensión de tratamiento".
- Medicamentos caducados seguir protocolo con formato establecido.
- Bolsa transparente para empaques y todo aquello que no tenga contacto directo con el medicamento o el paciente.

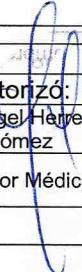
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 3 “Para la administración de medicamentos de alto riesgo”

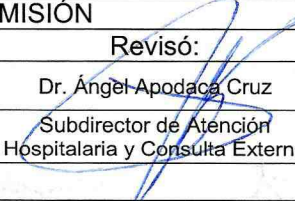
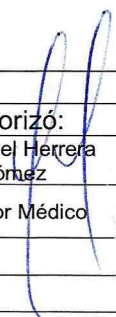
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico(a)	1	Indica administración de medicamento de alto riesgo, realizando conciliación y verificando idoneidad de medicamentos.	– Hoja de indicaciones médicas
Enfermera(o)	2	Verifica indicación de medicamento indicado.	– Hoja de indicaciones médicas – Kardex de enfermería – Hoja de registros clínicos de enfermería
Jefe(a) de servicio	3	Elabora receta de medicamento de alto riesgo a la Farmacia.	– Hoja de indicaciones médicas – Nota en el expediente electrónico – Receta
Farmacia	4	Surte medicamento de alto riesgo debidamente identificado.	– Receta
Enfermera(o)	5	Recibe medicamento verificando presentación correcta.	– Receta
Enfermera(o)	6	Almacena en área y/o contenedor específico.	
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			HOJA: 11 DE: 26

4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 3 "Para la administración de medicamentos de alto riesgo antineoplásico"

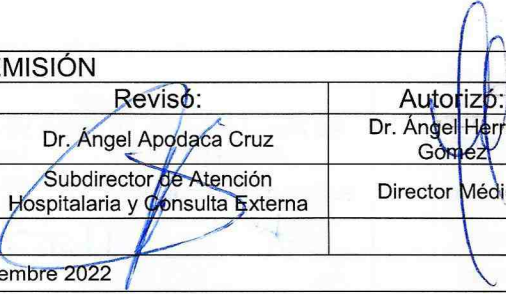
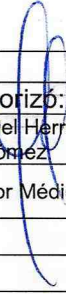
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe(a) de servicio	1	Verifica almacenamiento en área y contenedor específico.	
Enfermera(o)	2	Prepara medicamentos de alto riesgo en área y condiciones específicas, realizando doble verificación.	– Kardex – Membretes – Hoja de indicaciones médicas
Enfermera(o)	3	Administra medicamento de alto riesgo de acuerdo a indicación médica realizando la doble verificación, la conciliación y la idoneidad de medicamentos, así como efectos secundarios.	– Kardex – Membrete – Hoja de registros clínicos de enfermería
Enfermera(o) Químico(a) del área de mezclas	4	Realizar la disposición final de los desechos de acuerdo a normativa establecida.	
Personal de Intendencia	5	Transporta a sépticos y coloca en contenedor específico los residuos debidamente envasados y amarrados.	
Personal de RPBI	6	Recoge residuos de acuerdo a calendarización establecida.	– Calendario de recolección de RPBI
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

4.3 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 3 "Para gestión de solicitud, almacenaje y control de medicamentos de alto riesgo"

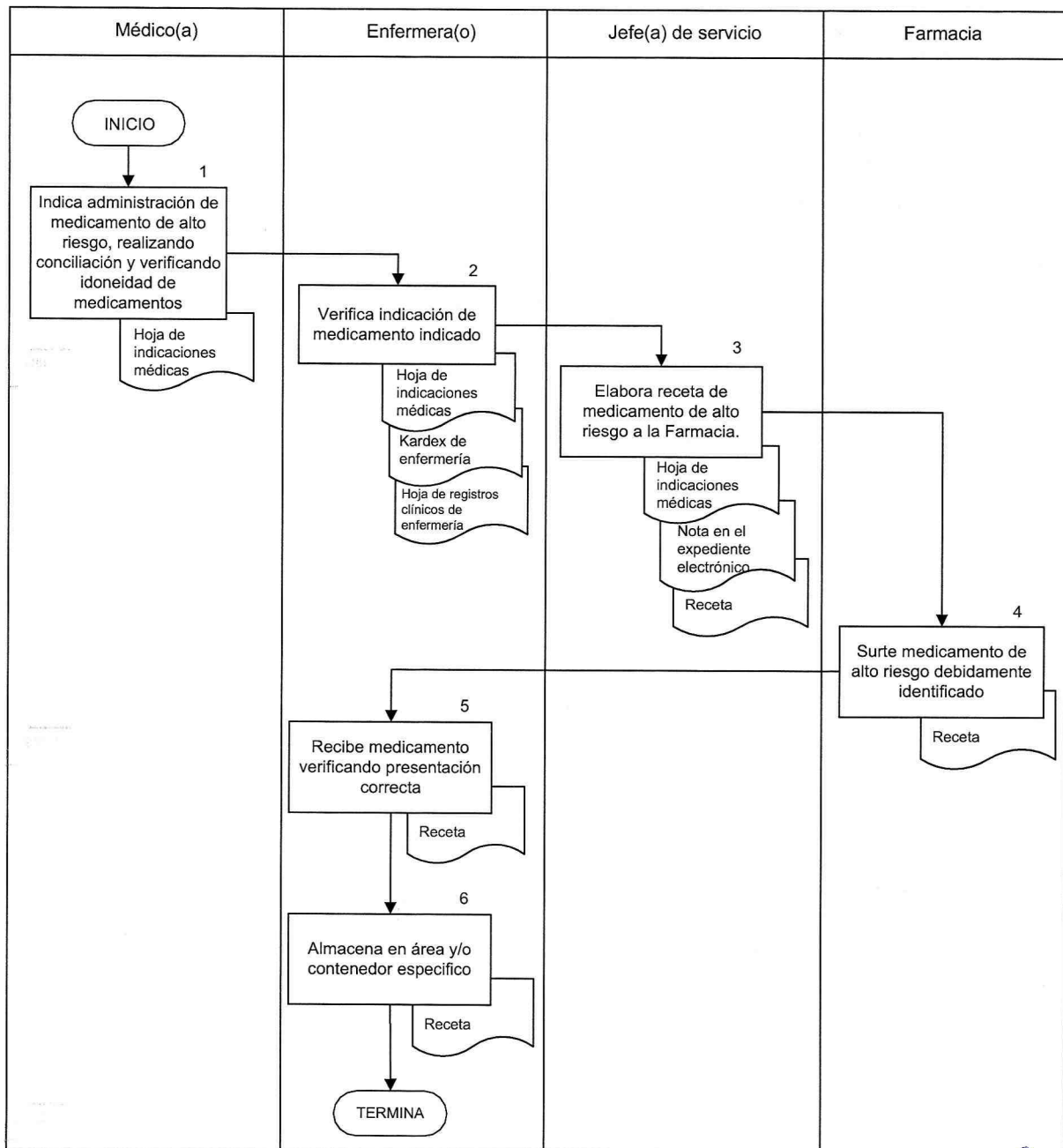
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe(a) de servicio Enfermera(o) administrativa(o)	1	Solicita medicamentos de alto riesgo a Farmacia.	– Recetas – Vales de consumo
Farmacia	2	Verifica, valida y surte el medicamento solicitado.	– Recetas – Vales de consumo
Farmacia Personal administrativo	3	Recibe, verifica la presentación, cantidad y condiciones de traslado de medicamentos de alto riesgo.	– Recetas – Vales de consumo
Enfermera(o) administrativa(o)	4	Recibe, verifica y valida la cantidad de medicamentos de alto riesgo recibidos por servicio.	– Vale de concentrado de farmacia
Enfermera(o) administrativa(o)	5	Almacena medicamentos de alto riesgo en área y contenedores específicos.	
Enfermera(o) operativa(o)	6	Mantiene el orden y condiciones específicas el almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo.	
Jefe(a) de servicio	7	Verifica el almacenamiento de medicamentos de alto riesgo en área y contenedores específicos.	
Jefe(a) de servicio	8	Verifica que se encuentre el cartel que identifica los electrolitos concentrados de acuerdo a normativa NOM 072.	– Cartel
Jefe(a) de servicio	9	Verifica que se encuentre verificada, en orden y limpia el área de preparación de medicamentos.	– Cartel
Jefe(a) de servicio y enfermera(o)	10	Verifica caducidad de los medicamentos.	
TERMINA			

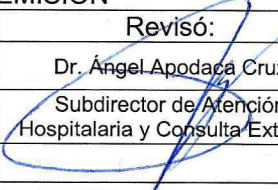
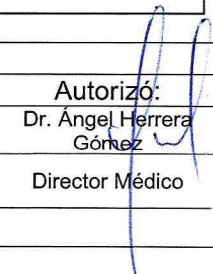
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación		DE: 26

5. DIAGRAMA DE FLUJO

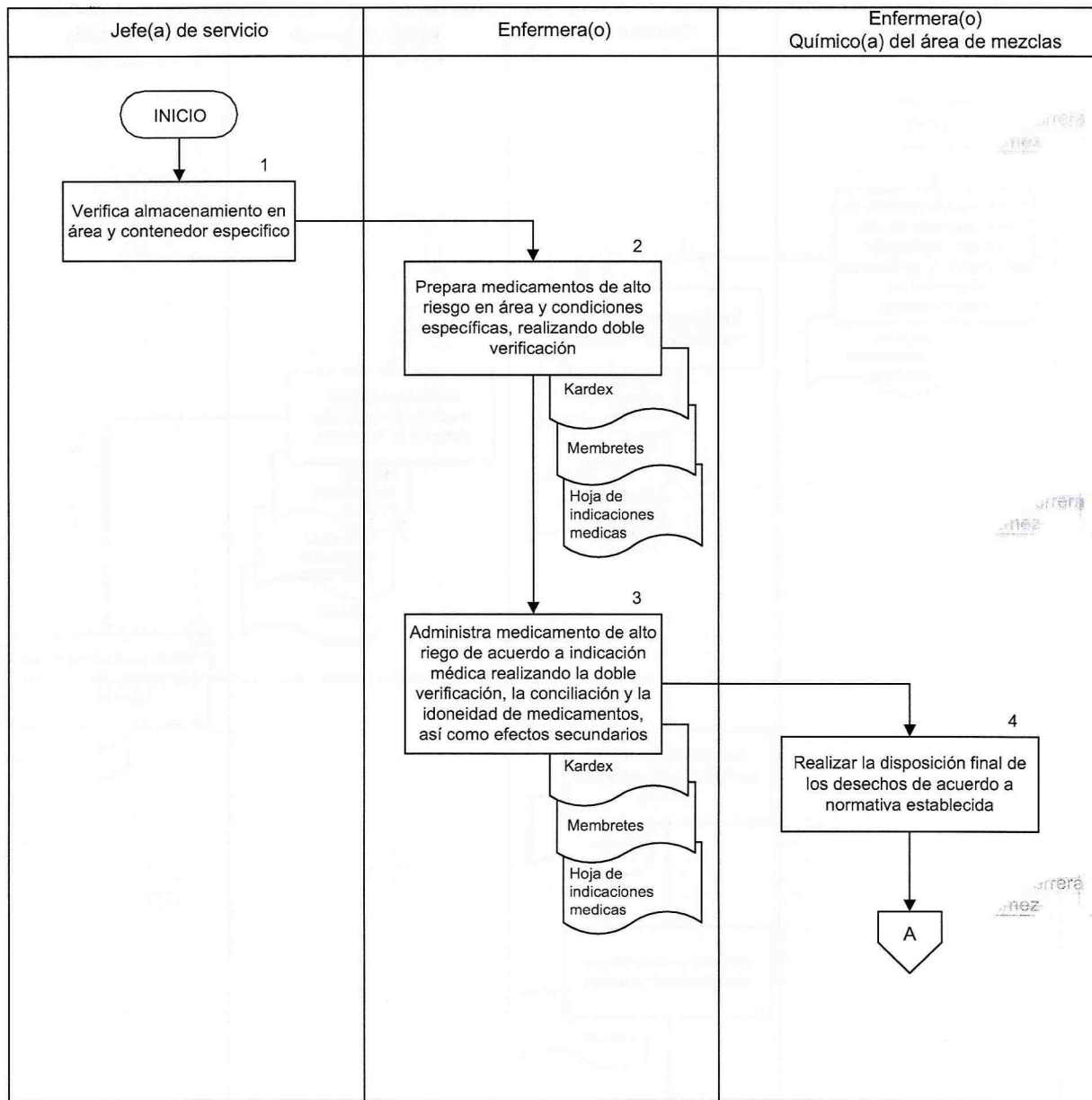
5.1 "Para la administración de medicamentos de alto riesgo"

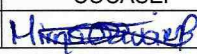
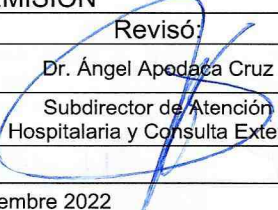
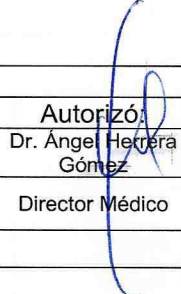


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

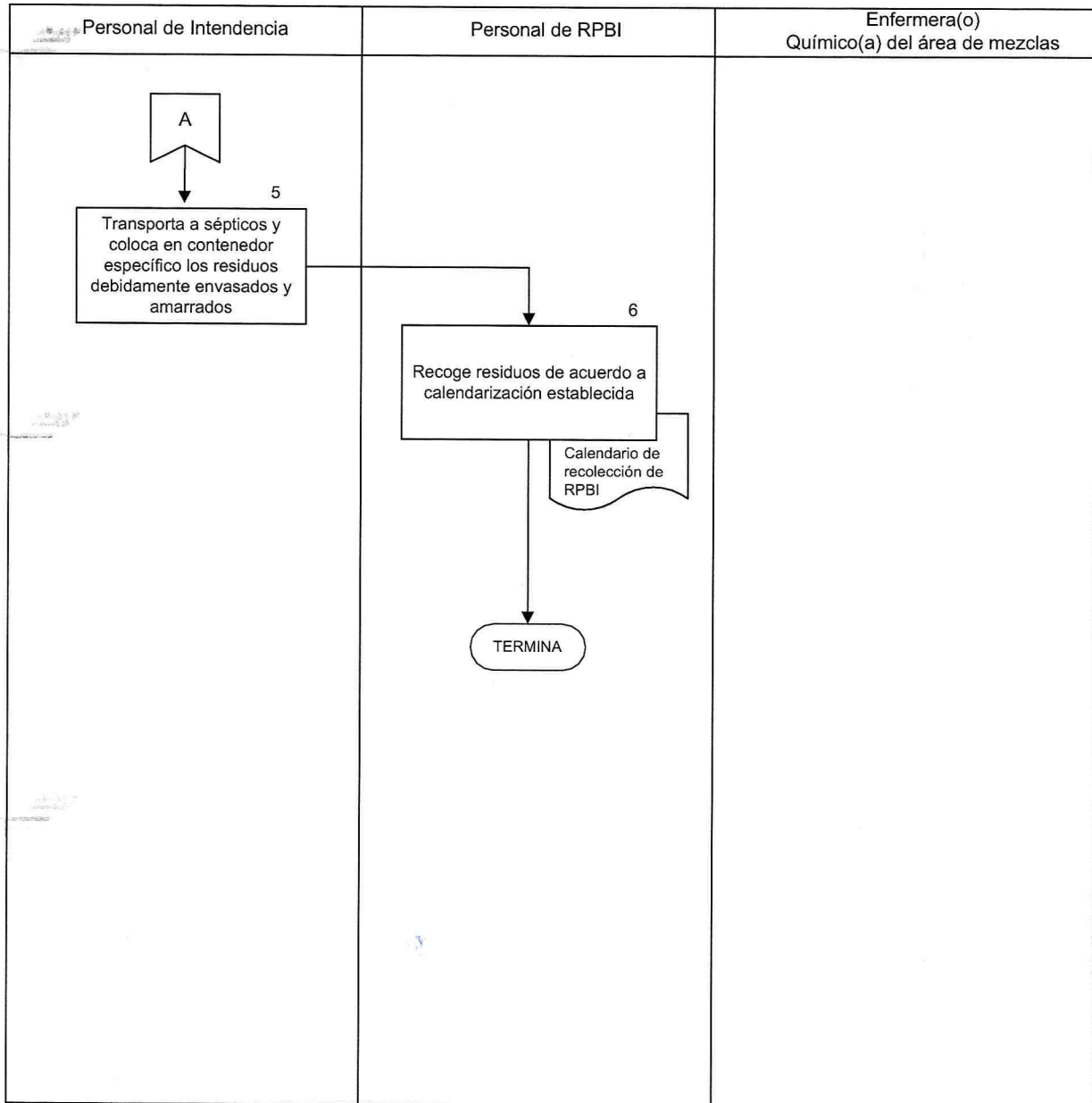
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

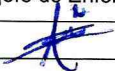
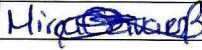
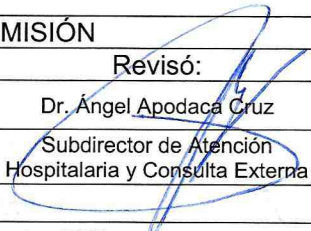
5.2 "Para la administración de medicamentos de alto riesgo antineoplásico"



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

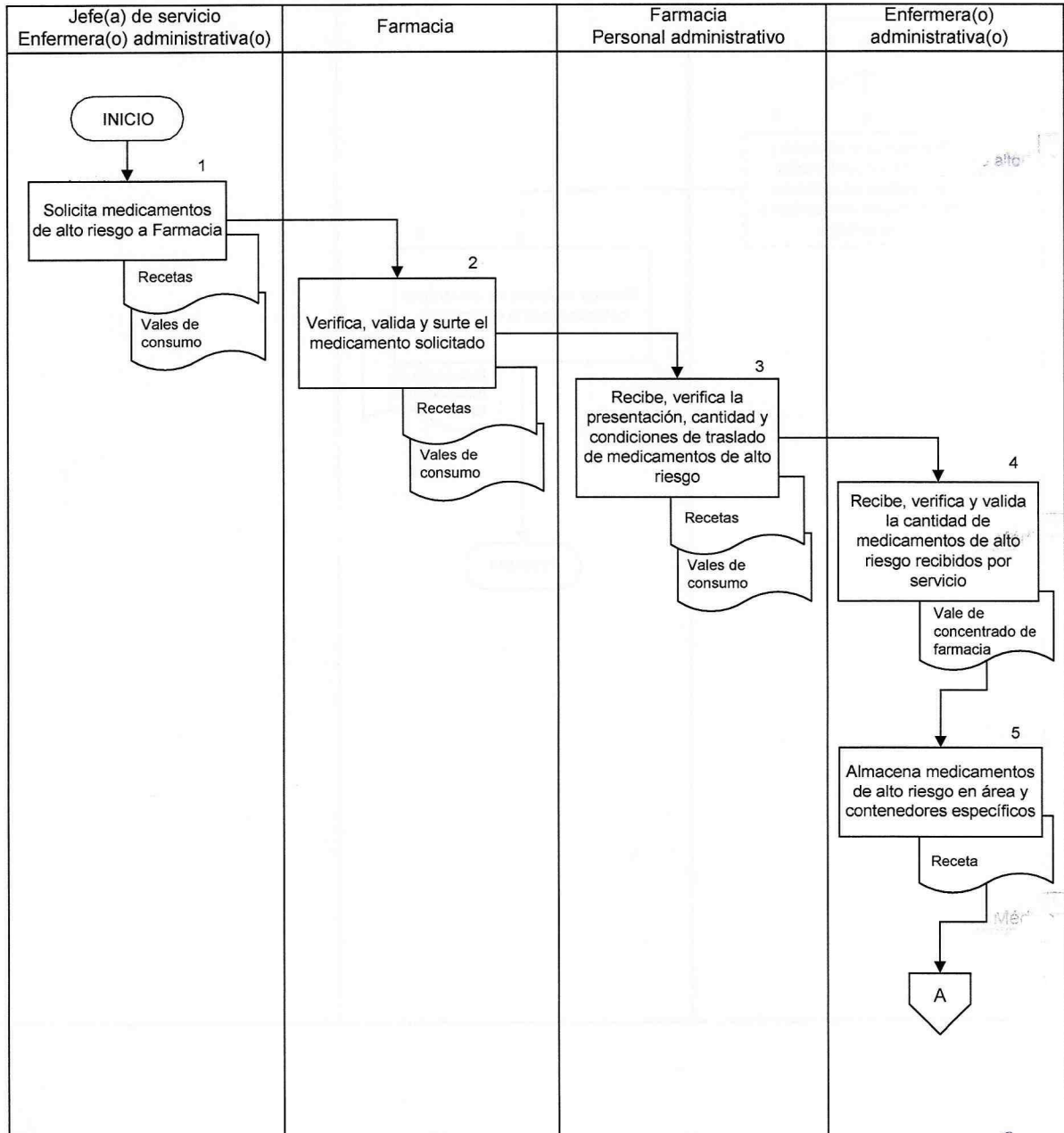
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 15
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

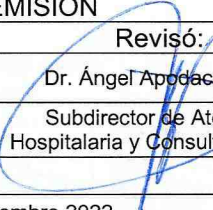
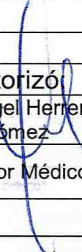


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

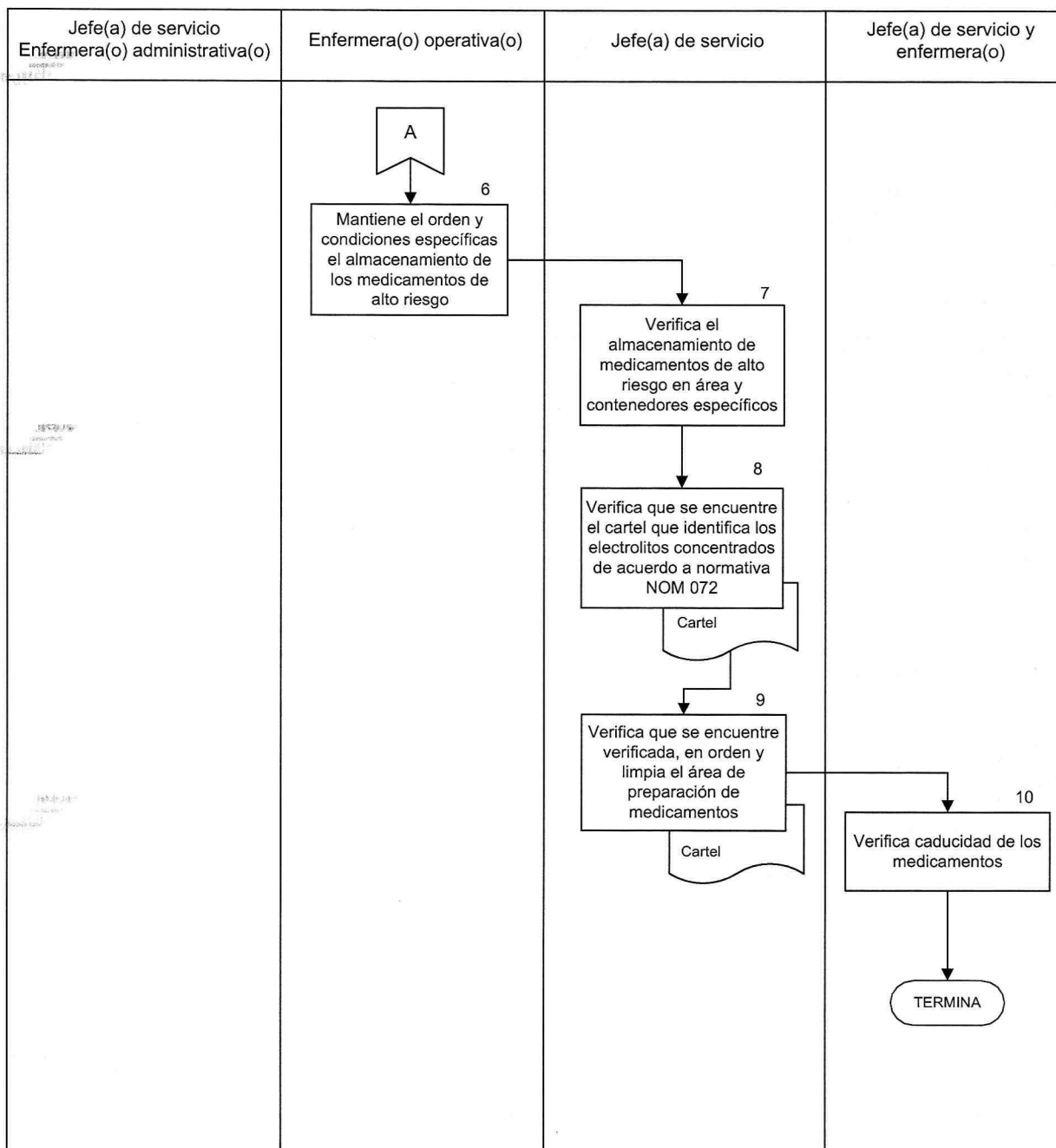
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 16
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

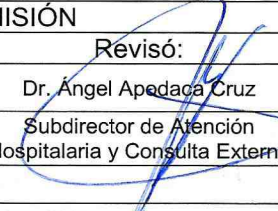
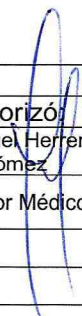
5.3 "Para gestión de solicitud, almacenaje y control de medicamentos de alto riesgo"



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 17
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			HOJA: 18
				DE: 26

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018.	N/P
6.11 NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	N/P
6.12 NOM-072-SSA1- 2012. Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios	N/P
6.13 NOM-087-ECOL-SSA-1-2002. Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológico-infecciosos y clasificación y especificaciones de manejo.	N/P
6.14 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.15 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

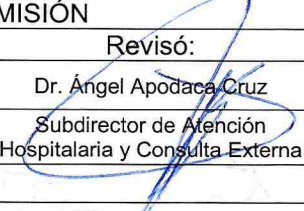
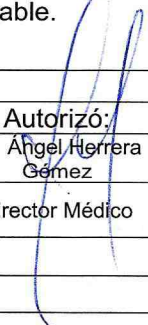
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 19
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación		DE: 26

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de indicaciones médicas (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

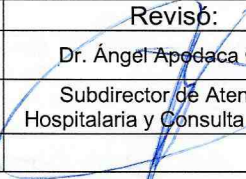
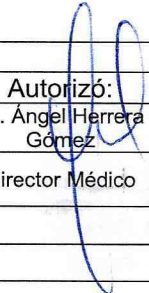
8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Aisladores:** Equipos diseñados para proteger al operario y al entorno de exposiciones a sustancias peligrosas como los agentes Citostáticos, al medicamento de la contaminación cruzada y la procedente del exterior.
- 8.2 Anticoagulante:** Sustancia endógena o exógena que interfiere o inhibe la coagulación de la sangre, creando un estado antitrombótico o prohemorrágico. Se distinguen sustancias endógenas, producidas por el propio organismo y sustancias exógenas (fármacos).
- 8.3 Área:** Se entenderá por área a la superficie que se encuentra en un perímetro donde hay mobiliario y equipo para acciones específicas.
- 8.4 Asepsia:** Término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad.
- 8.5 Citostáticos:** Fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de las células, alteran la división celular y destruyen las células que se multiplican rápidamente.
- 8.6 Conciliación de medicamentos:** Proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas, las cuales se deben comentar con el prescriptor para valorar su justificación y, si se requiere, se deben corregir, los cambios realizados deben documentarse y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.
- 8.7 Electrolitos:** Minerales necesarios para el correcto desarrollo de determinadas funciones de las células.
- 8.8 Etiquetado:** Se trata de una señal, marca, rótulo o marbete que se adhiere a un objeto para su identificación, clasificación o valoración.
- 8.9 Fármaco:** Molécula bioactiva que, en virtud de su estructura y configuración química, puede interactuar con macromoléculas proteicas, generalmente denominadas receptores, localizadas en la membrana, citoplasma o núcleo de una célula, dando lugar a una acción y un efecto evidenciable.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 20
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

- 8.10 Gabinete de seguridad biológica (GSB):** Los gabinetes de seguridad biológica clase II, son ideales para preparar citostáticos ya que el flujo de aire vertical se filtra a través de filtro Hepa y alcanza la superficie de trabajo.
- 8.11 Higiene:** Conjunto de técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.
- 8.12 Identificación:** El término identificación se usa para designar al acto de identificar, reconocer o establecer los datos e información principal sobre una persona.
- 8.13 Idoneidad de la prescripción médica:** Proceso de análisis de la indicación farmacológica que se realiza al iniciar un tratamiento o al cambio del mismo tomando en cuenta factores clínicos, fisiológicos, interacción medicamentosa, alergias o sensibilidades, duplicación terapéutica o comorbilidades del paciente.
- 8.14 Inotrópicos:** Agentes que aumentan la fuerza de contracción miocárdica, produciendo aumento del gasto cardíaco.
- 8.15 Insulina:** Hormona producida por el páncreas que ayuga a que la glucosa que proviene de los alimentos pueda entrar a las células y obtener energía para nuestro organismo.
- 8.16 Medicamento de alto riesgo:** Se considera medicamento de alto riesgo a todo fármaco que debido a un descuido o error en su distribución, almacenamiento, indicación, preparación o administración implica un alto riesgo de eventos adversos incluso provocando la muerte.
- 8.17 Medicamentos radioactivos:** Son medicamentos que contienen materiales radioactivos, llamados radioisótopos. dependiendo del medicamento y de su forma de administración, estos materiales viajan a diversas partes del organismo para tratar el cáncer o aliviar sus síntomas. Emiten radiación, principalmente en forma de partículas alfa y beta, que se dirige a las áreas afectadas. Se emplean con más frecuencia en pequeñas cantidades para estudios por imágenes, aunque se pueden usar mayores dosis para administrar radiación.
- 8.18 Residuo peligroso:** Todos aquellos residuos en cualquier estado físico que, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico- infecciosas representen un peligro para el equilibrio ecológico y el ambiente.
- 8.19 Residuo peligroso biológico- infeccioso (RPBI):** Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológicos infecciosos según son definidos con anterioridad, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 21
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

8.20 Riesgo: Probabilidad de que los RPBI afecten a la salud o daño al medio ambiente.

8.21 Sedantes: Drogas de prescripción médica depresores del sistema nervioso central.

8.22 Vasopresores: Drogas que actúan sobre las resistencias sistémicas mejorando la presión arterial.

8.23 Medicamento LASA: Del inglés "look alike, sound alike" a aquellos medicamentos que se parecen físicamente o que sus nombres suenan parecido.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

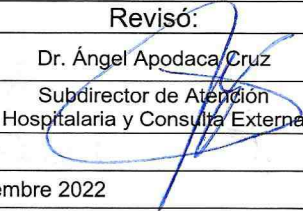
Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad al Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 ANEXO 1. Etiquetado de electrolitos concentrado NOM 072-SSA1-2012

10.2 ANEXO 2 Listado de medicamentos LASA en antineoplásicos

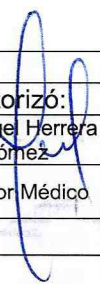
10.3 ANEXO 3. Membretes de soluciones en el hospital

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			HOJA: 22
				DE: 26

10.1 ANEXO 1 Etiquetado de electrolitos concentrado NOM 072-SSA1-2012

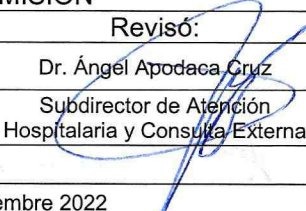
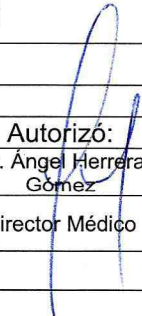
NOMBRE	PRESENTACION	COLOR
Bicarbonato de sodio	7.5% en 10ml	AZUL
Sulfato de magnesio	1 g en 10 ml	VERDE
Gluconato de calcio	1g en 10ml	AMARILLO
Cloruro de potasio	20mEq en 10 ml	ROJO
Fosfato de potasio	20mEq en 10 ml	NARANJA
Cloruro de sodio	17.7% en 10 ml	BLANCO

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 23
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación		DE: 26

10.2 ANEXO 2 Listado de medicamentos LASA en antineoplásicos

MEDICAMENTO	LABORATORIO	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
Gemcitabina 1000mg Irinotecán 100mg Oxaliplatino 100mg Oxaliplatino 50mg	ULSATECH	
Mitomicina 5mg Idarrubicina 5mg	KEMEX	
Doxorrubicina 50mg Epirubicina 50mg	ZURICH	
Palonosetrón 0.25mg Irinotecán 100mg	JAYOR	
Daunorrubicina 20 mg Dacarbazina 200mg Ifosfamida 1000 mg	KEMEX	

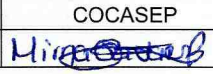
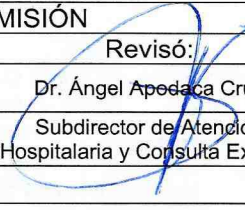
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 24
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

Vincristina 1mg Vinblastina 10mg Bleomicina 15 ui	KEMEX	  
---	-------	--

Listado de medicamentos LASA en hospitalización

Grupo terapéutico	Nombre medicamento	Nombre medicamento	Grupo terapéutico
Nutriólogía	Ácido fólico	Ácido folínico	Oncología
Psiquiatría	Alprazolam	Lorazepam	Psiquiatría
Cardiología	Captopril	Carvedilol	Cardiología
Oncología	Ciclofosfamida	Ciclosporina	Endocrinología
Oncología	Carboplatino	Cisplatino	Oncología
Oncología	Daunorubicina	Doxorrubicina	
Oncología	Daunorubicina	Idarrubicina	
Cardiología	Dobutamina	Dopamina	Cardiología
Anestesia	Efedrina	Epinefrina	Cardiología
Enfermedades infecciosas	Levofloxacino	Levetiracetam	Neurología
Endocrinología	Metformina	Metronidazol	Enfermedades infecciosas
Oncología	Mitoxantrona	Mitomicina	Oncología
Analgesia	Morfina	Hidromorfona	Analgesia
Analgesia	Nalbufina	Naloxona	Anestesia
Cardiología	Nifedipino	Nimodipino	Neurología
Psiquiatría	Olanzapina	Queteapina	Psiquiatría
Cardiología	Verapamil	Vasopresina	Endocrinología

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apedaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 25
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

10.3 ANEXO 3 MEMBRETES

10.3.1 MEMBRETE DE SOLUCIONES

Instituto Nacional de Cancerología	
Fecha: ____ / ____ / ____	
Nombre del paciente _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Cama: _____
Prescripción: _____	

Hora de Inicio: _____	Hora de termino: _____
Velocidad ml/h: _____	Gts x min: _____
Nombre de enfermera que administra _____	

10.3.2 MEMBRETE DE QUIMIOTERAPIA

Instituto Nacional de Cancerología	
Nombre del paciente _____	
Expediente. _____	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
N° Cama. _____	
Fecha de preparación. ____ / ____ / ____	
Tipo de solución: _____	

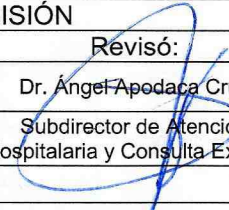
SOLUCIÓN, MEDICAMENTO, DOSIS	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 26
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3. Seguridad en el Proceso de la Medicación			DE: 26

10.3.3 MEMBRETE DE RADIOFARMACO

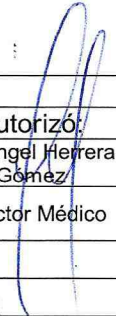
Nombre del medicamento: _____	MBq _____ mCi
Hora de elaboración _____	Fecha de elaboración _____
Hora de caducidad _____	
<i>Medicamento estéril y libre de endotoxinas bacterianas</i>	
Nombre de la persona _____	
Lugar de elaboración _____	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 1
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 4. SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 2
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos		DE: 87

1. PROPÓSITO

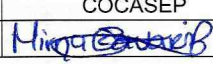
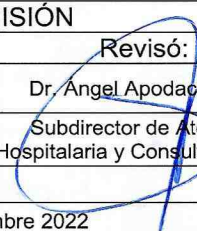
- 1.1 Garantizar la seguridad en los procedimientos invasivos de alto riesgo que se realicen dentro y fuera del quirófano como cirugías, instalación de Catéter Venosos Central, Terapia de Reemplazo Renal (hemodiálisis), procedimientos del servicio de angiología (instalación de nefrostomias, recambio de catéter, cambio de nefrostomias, drenajes percutáneos, etc.), del departamento de radiodiagnóstico (toma de biopsias, aspirados, etc.), departamento de medicina nuclear y servicio de endoscopia entre otros.
- 1.2 Prevenir los errores involucrados y asociados a los procedimientos de esta institución desde la indicación, preparación de la persona, ejecución del procedimiento, evaluación de riesgos y el termino del mismo en el marco de la seguridad del paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno esta acción es aplicable al profesional de enfermería, médico(a), anestesiólogo(a), medicina del dolor, químico(a), físico(a), técnico(a) y áreas afines del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) que participen en la realización de procedimientos de alto riesgo de los diversos servicios.
- 2.2 A nivel externo esta acción implica a los/las médicas(as) rotantes, prestadores de servicio social, personal de prácticas profesionales a fines que acudan a esta institución.

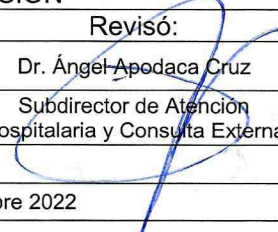
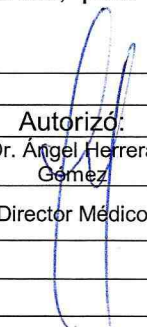
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Los procedimientos invasivos considerados del alto riesgo en el Instituto Nacional de Cancerología son cirugías, instalación de Catéter Venoso Central (externo y tunelizado, largo), instalación de nefrostomias y recambio, colocación de catéteres percutáneos, toma de biopsias, procedimientos de dolor, endoscopias, CPRE, terapia de reemplazo renal (hemodiálisis), estudios en medicina nuclear, entre otros.
- 3.2 Es de observancia obligatoria de todo el personal de salud conocer la Acciones Esencial para la Seguridad del Paciente 4 (AESP), seguridad en los procedimientos dentro y fuera del quirófano que se ejecutan dentro de esta institución.
- 3.3 Es de observancia obligatoria que todo el personal que labora en la institución conozca las acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- 3.4 La implementación de esta acción aplica para todo profesional de salud que participa y/o realiza procedimientos dentro del Instituto Nacional de Cancerología.
- 3.5 Es de observancia obligatoria ante una indicación de procedimientos, utilizar el formato institucional confirmando que contenga nombre de la persona, fecha de nacimiento, expediente y procedimiento a ejecutar, así como indicaciones para su preparación, esto de manera clara con unidades básicas sin evitar abreviaturas y tachadura.
- 3.6 Es responsabilidad del personal médico, realizar la presentación de la persona y su caso clínico al servicio al cual ejecutará la intervención.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

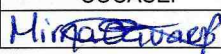
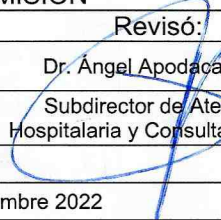
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 3 DE: 87

- 3.7 Queda estrictamente prohibido realizar órdenes verbales de procedimientos por su complejidad y el potencial de errores fatales.
- 3.8 Es responsabilidad del profesional de enfermería y camillería verificar con el servicio de quirófano, angiografía, endoscopia, radiodiagnóstico y medicina nuclear que el paciente se encuentre presentado y aceptado para el estudio.
- 3.9 Es responsabilidad del todo el personal de salud realizar la implementación de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente 1 identificación correcta, ante la solicitud de cualquier procedimiento de la persona bajo su cuidado.
- 3.10 Es responsabilidad de personal de enfermería administrativo, realizar la solicitud de medicamentos a farmacia requerido para los procedimientos a realizarse fuera del área quirúrgica, es decir, servicios de radiodiagnóstico, angiografía, clínica del dolor, urología, endoscopia.
- 3.11 Es responsabilidad del personal de enfermería validado por el(la) jefe(a) de servicio, realizar la solicitud de materiales requeridos para el procedimiento fuera del área quirúrgica, es decir servicios de radiodiagnóstico, angiografía, clínica del dolor, urología, endoscopia.
- 3.12 Es responsabilidad del área médica realizar la solicitud de materiales especiales y/o específicos requeridos en los procedimientos fuera del área quirúrgica, de manera planificada mediante una receta con las características necesarias.
- 3.13 Es responsabilidad del área médica realizar, recabar y explicar el procedimiento a ejecutar con la persona a su cuidado, así como la posible complicación; plasmándolo en la hoja de consentimiento informado debidamente llenada.
- 3.14 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a), anestesiólogo(a), técnico(a), químico(a) o físico(a) confirmar de manera verbal, cotejado con la persona su consentimiento para el procedimiento, confirmando que no existen dudas sobre el mismo.
- 3.15 Es de observación obligatoria del equipo interdisciplinar, realizar interrogatorio a las personas sobre las alergias de medicamentos, alimento y sustancias conocidas de la persona y registrarlas en la hoja de registros clínicos, expediente.
- 3.16 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería y médico(a), confirmar la existencia del consentimiento informado completo para cada procedimiento a realizar en la persona bajo su cargo.
- 3.17 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a) y áreas afines, el uso correcto del protocolo y lista de verificación en la hoja de procedimientos para cada área de la institución (Anexo 1 a 7 según corresponda).
- 3.18 Es responsabilidad del médico(a) realizar la solicitud de hemoderivado para los procedimientos si procede, implementando la Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente 1 durante todo momento, con la finalidad de tenerlos disponibles para dicho evento.
- 3.19 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico(a) y áreas afines, verificar y confirmar el procedimiento a realizar, así como la existencia de medicamento y materiales a utilizar en el procedimiento planeado.
- 3.20 Es responsabilidad del profesional de enfermería realizar la toma de pilotos y confirmar con el servicio de Banco de Sangre la disponibilidad y existencia de hemocomponentes, para el procedimiento de la persona bajo su cargo.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

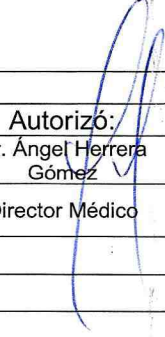
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01	
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4	
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87	

- 3.21 La señal estandarizada en el INCAN para el marcado del sitio anatómico en la cultura de seguridad de los procedimientos de la persona es una "X", que se realiza con marcador quirúrgico indeleble.
- 3.22 Es responsabilidad del médico(a) realizar marcaje de sitio quirúrgico de acuerdo con la señal estandarizada del INCAN, en presencia del cuidador primario y previa notificación e información a la persona. Notificar al personal de enfermería una vez ejecutado, para dar cumplimiento a cultura de la seguridad de los procedimientos.
- 3.23 Es responsabilidad del médico(a) realizar el marcaje en el sitio quirúrgico en situaciones especiales; en caso de hipersensibilidad realizar la señal estandarizada sobre un apósito adhesivo transparente, en procedimientos oftálmicos solo colocar un punto de la ceja correspondiente.
- 3.24 El marcaje documental se reserva para los procedimientos:
- Procedimientos de urgencia para no demorarlos.
 - 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.
 - Abordaje en mucosas.
 - Sitios anatómicos difíciles.
 - Procedimientos dentales.
 - Lesiones visibles y/o actividad tumoral evidente.
 - En personas que no acepten el marcaje.
- 3.25 Es de observancia obligatoria para el profesional de enfermería y áreas afines, corroborar la existencia de marcaje quirúrgico si procede, realizando una verificación con la persona del sitio y motivo de procedimiento.
- 3.26 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a), anestesiología y áreas afines, verificar y garantizar que los equipos utilizados durante los diversos procedimientos se encuentren funcionales, ante alguna falla notificar al departamento de ingeniería biomédica para su corrección.
- 3.27 Es responsabilidad del departamento de ingeniería biomédica realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los diversos equipos biomédicos utilizados en los procedimientos, para garantizar y evitar eventos asociados a los mismos.
- 3.28 Es de observancia obligatoria del profesional de enfermería, médico(a) y áreas afines que participen en la seguridad de los procedimientos, conocer la NOM 004-SSA-2012 Del expediente del clínico. Garantizar una adecuada revisión, registro verificación de los datos contenidos en el mismo.
- 3.29 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico(a), técnico(a), físico(a) y áreas afines que participen en la seguridad de los procedimientos, mantener una comunicación efectiva (ASEP 2) durante el perioperatorio.
- 3.30 Es responsabilidad del(la) anestesiólogo(a) aplicar la lista de verificación anestésica.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 5 DE: 87

- 3.31 Es responsabilidad del equipo quirúrgico y áreas afines, realizar el proceso de verificación del procedimiento a realizar en la persona para verificar:
- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la AESP 1).
 - El procedimiento correcto.
 - La disponibilidad todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
 - Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
 - Alergias y patologías agregadas.
 - Riesgo de hemorragia.
- 3.32 Es responsabilidad del equipo quirúrgico aplicar y firmar la lista de verificación al ingresar el paciente a la sala de operaciones, antes de iniciar la cirugía y antes de salir del quirófano, además de incluirlo en el expediente clínico.
- 3.33 Es responsabilidad de equipo quirúrgico realizar el tiempo fuera o "time out" en todos los procedimientos quirúrgicos, incluyendo las situaciones de urgencia.
- 3.34 Es responsabilidad de la (el) jefe o encargada (o) de servicio de las áreas donde se encuentre la persona que va a ser sometido algún procedimiento, verificar que se realice el llenado correcto de la hoja de cirugía segura (Anexo 1).
- 3.35 Es responsabilidad de la enfermera(o), físico(a) y medico(a) realizar la hoja de procedimientos seguros en medicina nuclear, anexada en la parte posterior de la papeleta (Anexo 3).
- 3.36 Todo el personal que participe en los procedimientos que se realicen en el departamento de medicina nuclear, deberá cumplir con el tiempo fuera o "time out" antes de ejecutar cualquier intervención en la persona a su cuidado.
- 3.37 Es responsabilidad del personal de enfermería y área médica, realizar el adecuado llenado de la hoja de procedimientos para instalación de catéter venoso central (Anexo 2).
- 3.38 Es de observancia obligatoria que todo el personal que participe en la instalación de catéter venoso central realice el tiempo fuera o "time out" antes de la intervención.
- 3.39 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico(a) y anestesiólogo(a) que participe en procedimientos de intervencionismo, realizar el adecuado llenado de la lista de verificación y tiempo fuera o "time out" antes de ejecutar dicha intervención en la persona. (Anexo 5)
- 3.40 Todo personal que participe en procedimientos de intervencionismo como enfermera(o), medico(a), anestesiólogo(a) y técnico(a), deberá realiza el tiempo fuera o "time out" antes de ejecutar cualquier acción sobre la persona.
- 3.41 Es responsabilidad del profesional de enfermería, realizar el adecuado llenado de la hoja de procedimientos antes de iniciar una terapia de remplazo renal "hemodiálisis (Anexo 6).
- 3.42 Es de observancia obligatoria realizar el tiempo fuera o "time out" durante la terapia de remplazo renal en esta institución.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos		DE: 87

- 3.43 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico(a) y áreas afines que participen en la seguridad de los procedimientos dentro del INCAN, realizar el tiempo fuera o "time out" en todos los procedimientos endoscópicos, de radiodiagnóstico, de medicina nuclear y/o de intervencionismo y clínica de dolor, incluyendo situaciones de urgencia. (Anexo 4 y 5 y 7 respectivamente)
- 3.44 En el marco de la austeridad republicada normada por el gobierno federal, se implementa la ejecución de hojas de verificación en formatos digitales, en pro de uso racional de los recursos materiales del Instituto Nacional de Cancerología, se encuentran exclusivamente vinculadas al correo institucional de calidad, con la finalidad de salvaguardar la información y confidencialidad de los usuarios y cumpliendo los requisitos de la implementación del a AESP 4.
- 3.45 Es de observancia obligatoria para el profesional de enfermería, médico(a) y áreas a fines que participen en todos los procedimientos invasivos fuera del área quirúrgica, realizar las listas de verificación diseñadas para cada área.
- 3.46 Es responsabilidad del secretario(a) del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), el resguardo de la información obtenida de las listas de verificación de procedimientos invasivos digitales dentro del Instituto Nacional de Cancerología.
- 3.47 Es de observancia obligatoria para el profesional de enfermería, médico(a) y áreas afines, conocer que el acceso al registro de las listas de verificación será mediante el "Código Qr" que se encuentra en las computadoras de los servicios de intervencionismo, endoscopia y clínica del dolor exclusivamente.
- 3.48 Es de observancia obligatoria del profesional de enfermería, médico(a) y áreas afines, conocer que el registro de las listas de verificación para endoscopia, intervencionismo y clínica del dolor se realizara a través del equipo de cómputo institucional.
- 3.49 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico(a) y área a fin que ejecute la lista de verificación de procedimientos invasivo fuera de área quirúrgica de manera digital, convertir el registro al formato físico, ante la presencia de complicación y/o reacción durante el mismo, con la finalidad de contar con evidencia documental en el expediente.

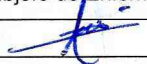
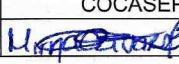
3.50 Lineamientos operativos AESP 4

Existen 7 herramientas que favorecen significativamente el cumplimiento de la AESP 4.

a) Protocolo universal

1 Verificación del proceso antes de la cirugía.

Es importante corroborar la identificación correcta de la persona, su correlación con el procedimiento y áreas anatómicas a intervenir, además de asegurar que se cuenta con toda la documentación del expediente clínico, así como los auxiliares diagnósticos y la congruencia con el planteamiento quirúrgico.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 7 DE: 87

2 El marcado del sitio quirúrgico

Deberá realizarlo el responsable del procedimiento, con participación de la persona estando despierto y consiente, siempre que esto sea posible, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión, debe ser visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio quirúrgico se marcará en todos casos relacionados con lateralidad (derecho-izquierdo), estructuras dobles (dedos de la mano y de los pies), o niveles múltiples (columna vertebral: cervical, torácicas, lumbar, sacro, coxígea) institucionalmente adoptaremos la siguiente marca "X".

Este instrumento contempla tres etapas:

Al ingresar a la persona a la sala de operaciones, intervención, medicina nuclear, endoscopia, ETI, UCI y/o radiodiagnóstico.

Antes de la ejecución del procedimiento.

Antes de que la persona salga de la sala de operaciones, servicio, departamento y/o conclusión del procedimiento.

3 Tiempo fuera o time out.

Cualquier integrante del equipo quirúrgico puede aplicar en forma adecuada el tiempo fuera, indica el momento en que se realiza una pausa, esta es, antes de realizar la incisión para corroborar los principales puntos: identificación correcta del paciente, del procedimiento y del sitio quirúrgico, se puede ampliar con otros datos importantes, consentimiento bajo información, alergias, algunas condiciones especiales de la persona y profilaxis con antibióticos, disponibilidad de estudios de imagen, etc.

b) Lista de verificación:

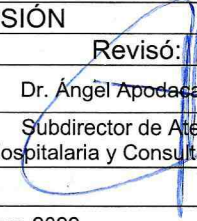
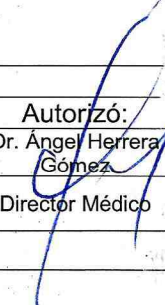
Permite registrar y documentar las acciones de aseguramiento realizadas para la persona durante la ejecución de procedimientos en esta institución.

Los aspectos a revisar en cada uno de estos apartados están enunciados en el formato e instructivo específico (Ver anexos).

El personal responsable del procedimiento, proporcionará información a la persona y/o familiar en el ámbito de su competencia sobre la justificación, plan terapéutico, las alternativas, los riesgos de las intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos a realizar.

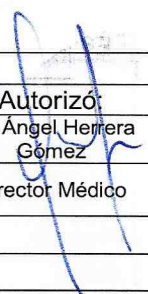
Es importante considerar los siguientes puntos:

- Verificar la existencia de la carta de consentimiento bajo información para todas las intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos invasivos definidos por la unidad médica hospitalaria.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

- El personal responsable del procedimiento (médico cirujano), marcará inequívocamente el sitio.
- Considerar la participación de la persona, cuando sus condiciones de salud lo permitan en todos los puntos del proceso de verificación de la seguridad de los procedimientos.
- Verificar en la etapa previa al procedimiento de la persona: la intervención quirúrgica, procedimiento a ejecutar, el sitio anatómico, instrumental, el funcionamiento del equipo de anestesia, biomédico y cualquier implante o prótesis y/o material que fuera necesario.
- Realizar una pausa quirúrgica o tiempo fuera en el quirófano, antes de realizar la incisión en la persona, para verificar la identificación de nombre correcto, el procedimiento correcto, y el sitio correcto. El cirujano y/o cualquier integrante del equipo quirúrgico puede guiar este paso.
- Realizar una pausa quirúrgica o tiempo fuera en los diversos servicios (medicina nuclear, ETI, UCI, intervencionismo, radiodiagnóstico y endoscopia) antes de realizar la intervención planeada para la persona, para verificar la identificación correcta de la persona correcta, procedimiento correcto, área y/o zona adecuada y dosis adecuada. Cualquier integrante de equipo de salud puede guiar esta acción
- La revisión en el postoperatorio inmediato del material utilizado durante la cirugía, etiquetado de las muestras o piezas, así como los cuidados especiales que requerirá la persona.
- La revisión posterior al procedimiento, la obtención de muestras si procede, así como establecer los cuidados en la persona y manejo.

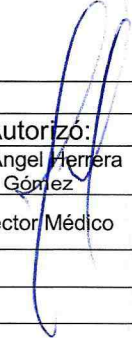
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 9
				DE: 87

4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

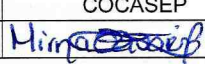
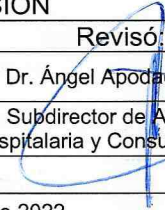
4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 "Para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos"

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Cirujano(a)	1	Informa a la persona el procedimiento, los beneficios riesgos y complicaciones.	
Persona y/o familiar	2	Acepta procedimiento quirúrgico y realiza forma de consentimiento.	- Consentimiento informado
Personal de enfermería de hospitalización y/o cirugía ambulatoria	3	Confirma la identidad de la persona, sitio quirúrgico, procedimiento y carta de consentimiento firmada.	- Hoja de verificación de cirugía segura
Enfermera(o) Cirujano(a) Inhalo terapeuta Anestesiólogo(a)	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen, banco de sangre, expediente clínico completo y material o equipo especial que se requiera.	- Hoja de verificación de cirugía segura - Expediente físico y electrónico
Cirujano(a)	5	Realiza el marcado del sitio quirúrgico si procede en hospitalización, con la persona consciente; registra procedimiento.	- Hoja de verificación de cirugía segura
Anestesiólogo(a)	6	Realiza valoración pre anestésica y genera indicaciones.	- Hoja de anestesia
Personal de enfermería de hospitalización y/o cirugía ambulatoria	7	Realiza preparación, indicaciones médicas y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona, además verifica el marcaje del sitio quirúrgico.	- Hoja de registros clínicos de enfermería - Hoja de verificación de cirugía segura
Personal de enfermería de hospitalización y/o cirugía ambulatoria	8	Realiza el llenado de la hoja de cirugía segura en lo correspondiente a "Datos de Identificación" AESP 1.	- Hoja de verificación de cirugía segura - Expediente clínico completo
	9	Entrega y recepción de la persona en conjunto con el material o equipos necesarios para la cirugía.	
Personal de enfermería de área quirúrgica	10	Solicita al anestesiólogo(a) que confirme la realización de control de la seguridad de la anestesia.	- Hoja de verificación de cirugía segura
Anestesiólogo(a) Personal de enfermería de área quirúrgica	11	Confirma y coloca monitoreo hemodinámico antes de la Inducción de la anestesia.	- Hoja de verificación de cirugía segura

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

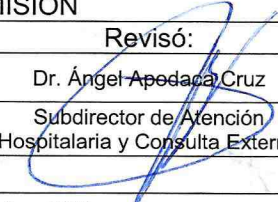
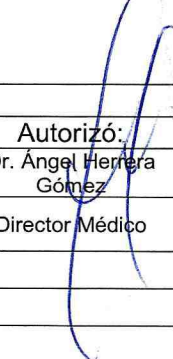
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Anestesiólogo(a) Personal de enfermería de área quirúrgica	12	Confirma verbalmente con anestesia si ha valorado de forma objetiva, algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación.	- Hoja de verificación de cirugía segura
Personal de enfermería de área quirúrgica	13	Pregunta al equipo de cirugía si la persona corre el riesgo de perder > 500ml de sangre durante la operación.	
Cirujano(a)	14	Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	
	15	Previsión de eventos críticos.	
Personal de enfermería de área quirúrgica	16	Revisa si se ha confirmado la esterilidad (indicadores) y si existen dudas y/o problemas relacionados con el instrumental y equipos.	
Enfermera(o) circulante	17	Administra profilaxis antibiótica si procede.	
Equipo quirúrgico	18	Realiza tiempo fuera "time out" antes de la incisión quirúrgica.	
Personal de enfermería de área quirúrgica	19	Confirma verbalmente con el equipo quirúrgico, el nombre del procedimiento realizado.	- Hoja de verificación de cirugía segura - Bitácora de registro de muestras - Solicitud de patología
Enfermera(o) circulante y/o residente de medicina	20	Realiza el etiquetado, registro y entrega correcta de las muestras y/o piezas patologías obtenidas, según las indicaciones de conservación específicas.	
Enfermera(o) instrumentista	21	Confirma verbalmente con el equipo quirúrgico que los recuentos de instrumentos, textiles y agujas son correctos (o no proceden).	
Cirujano(a) Anestesiólogo(a)	22	Realiza indicaciones posquirúrgicas verificando persona correcta.	- Hoja de indicaciones médicas
Enfermera(o) circulante Cirujano(a) Anestesiólogo(a)	23	Entregar a la persona al profesional de enfermería del servicio de recuperación, UCI y/o hospitalización de acuerdo a las condiciones clínica.	
TERMINA			- Expediente clínico completo - Hoja de verificación de cirugía segura - Hoja de indicaciones médicas - Hoja de anestesia

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 11
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

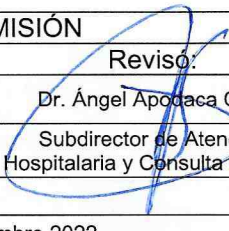
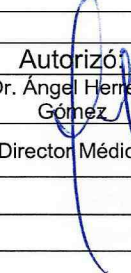
4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad en la instalación de catéter venoso central”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Cirujano(a)	1	Informa a la persona, quién decide y acepta la instalación del CVC.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la solicitud e interconsulta a ETI, verificando AESP1 Motivo de solicitud.	- Formato de interconsulta
Personal de enfermería de hospitalización y/o ETI	3	Confirma la identidad de la persona, sitio de punción, tipo de catéter y carta de consentimiento firmada.	- Hoja de verificación de instalación de CVC
Enfermera(o) de ETI Médico(a)	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen, expediente clínico completo y material o equipo especial que se requiera.	- Hoja de verificación de instalación de CVC - Expediente físico y electrónico
Enfermera(o) de ETI	5	Realiza la orientación sobre los diversos tipos de acceso, cuidados posibles complicaciones. Para realizar la elección tipo de acceso vascular.	- Hoja de verificación de instalación de CVC
Personal de enfermería de hospitalización y/o ETI	6	Realiza preparación, cumple indicaciones médicas y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona.	- Hoja de registros clínicos de enfermería - Hoja de verificación de instalación de CVC
Personal de enfermería de hospitalización y/o ETI	7	Realiza el llenado de la hoja de verificación de instalación de CVC en lo correspondiente a "Datos de Identificación".	- Hoja de verificación de instalación de CVC - Expediente clínico completo
	8	Entrega recepción de la persona en conjunto con el material o equipos adicionales para la instalación del CVC.	
Personal de enfermeras de ETI	9	Confirma que en la persona se coloque el monitoreo hemodinámico antes de la preparación de la piel.	- Hoja de verificación de instalación de CVC

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			

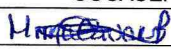
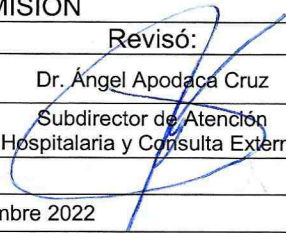
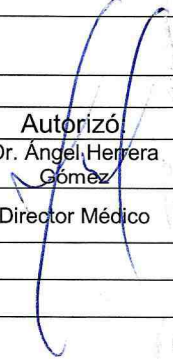
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Enfermera(o) de ETI Médico(a)	10	Confirma verbalmente que el médico(a) ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún problema para la instalación.	- Hoja de verificación de instalación de CVC
	11	Pregunta al médico si la persona corre riesgo de multipunción y/o evento.	
	12	Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	- Hoja de verificación de instalación de CVC
	13	Previsión de eventos críticos.	
	14	Revisa si se ha confirmado la esterilidad (indicadores) y si existen dudas y/o problemas relacionados con el instrumental y equipos.	
	15	Administra profilaxis antibiótica si procede.	
	16	Realiza tiempo fuera "time out" antes de la punción.	- Hoja de verificación de instalación de CVC
	17	Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.	
	18	Confirma con el equipo el número de intentos para instalación de CVC.	
	19	Realiza la identificación, cubrir catéter, registro y sutura correcta.	
Médico(a)	20	Confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden).	- Hoja de indicaciones médicas
	21	Realiza indicaciones pos- procedimiento y solicitud de radiografía de control, verificando persona correcta.	
Enfermera(o) de ETI	22	Entrega a la persona al profesional de enfermería del servicio de hospitalización y/o área de recuperación, de ser un procedimiento ambulatorio.	- Expediente clínico completo - Hoja de verificación de instalación de CVC - Hoja de indicaciones médicas
	23	Control radiológico, sin eventualidades egreso al servicio de procedencia o domicilio.	
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

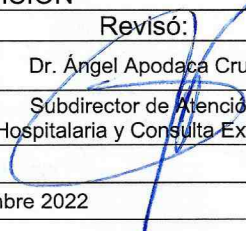
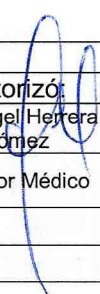
4.3 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad en los procedimientos de medicina nuclear”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Medico(a)	1	Informa a la persona quién decide y acepta el estudio.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la solicitud del procedimiento en medicina nuclear.	- Solicitud de medicina nuclear
Personal administrativo	3	Se confirma día, hora a ejecutar el procedimiento, así como las indicaciones para el mismo.	- Agenda de medicina nuclear
	4	Solicitud de radiofármaco para el día y hora del estudio en radiofarmacia.	
	5	Recepción y/o solicitud de la persona confirmando la identidad (AESP 1).	- Papeleta de citas
Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)	6	Confirma la identidad de la persona, tipo de estudio, hora de ayuno, y si cuenta con acceso venoso periférico.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	7	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen en el expediente electrónico, material o equipo especial que se requiera.	
Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)	8	Realiza la orientación sobre la instalación de acceso venoso si procede, tipo de fármaco e indicaciones específicas del estudio.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	9	Realiza preparación, e iniciar el proceso de acuerdo a necesidades detectadas en la persona.	
	10	Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear al anverso de la papeleta de citas.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	11	Confirma que la persona se encuentra en condiciones para realizar estudio (hemodinámico, glucémico).	
Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)	12	Confirma verbalmente que el medico ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún problema para ejecutar el estudio.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	13	Pregunta al médico si la persona corre riesgo de un evento adverso reacción, alergia o suspensión del estudio.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

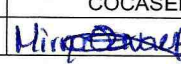
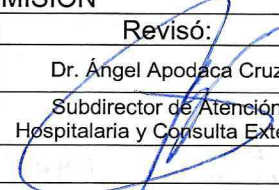
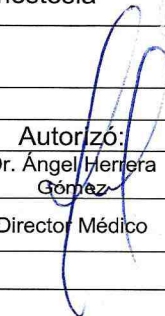
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a) Físico(a)	14	Confirma que se encuentre el médico, físico, los cuales se hayan presentado por su nombre y función.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	15	Realiza la doble verificación del radiofármaco con la persona y equipo.	
	16	Previsión de eventos críticos.	
	17	Revisa si se ha confirmado la radio protección adecuada.	
	18	Realizar la administración del radiofármaco con la AESP 3.	
	19	Realiza tiempo fuera "time out" antes de la administración de radiofármaco y/o estudio.	
Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a) Físico(a)	20	Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	21	Confirma con el equipo la dosis, frecuencia y tipo de radiofármaco administrado.	
	22	Confirma con el equipo la ausencia de eventos adversos asociados al procedimiento.	
	23	Realiza el retiro de acceso vascular en la persona y orienta sobre los cuidados posteriores.	
Médico(a) Físico(a)	24	Realiza el informe del procedimiento en el expediente electrónico y notifica de la fecha de interpretación del mismo.	- Expediente electrónico
Enfermera(o) de medicina nuclear	25	Entrega a la persona al profesional de enfermería del servicio de hospitalización o mantener en el servicio de ser un procedimiento ambulatorio.	- Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear
	26	Orientación sobre los cuidados en el domicilio y/o servicio de procedencia.	
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 15 DE: 87

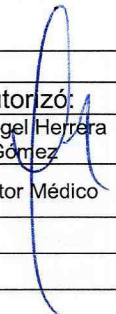
4.4 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de procedimientos endoscópicos”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico(a)	1	Informa a la persona, quién decide y acepta procedimiento endoscópico.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la solicitud del estudio endoscópico.	- Hoja de interconsulta
Personal de enfermería de hospitalización y/o endoscopia Médico(a)	3	Confirma la identidad del paciente, sitio procedimiento y carta de consentimiento firmada.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen, banco de sangre, expediente clínico completo y material o equipo especial que se requiera.	- Expediente físico y electrónico
Anestesiólogo(a)	5	Realiza valoración pre anestésica y genera indicaciones y/o recomendaciones.	- Hoja de anestesia
Personal de enfermería de hospitalización y/o endoscopia	6	Realiza preparación, cumple indicaciones médicas y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona y procedimiento planeado.	- Hoja de registros clínicos de enfermería - Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
Personal de enfermería de hospitalización y/o endoscopia	7	Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimiento endoscópicos, en base a la AESP 1.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
	8	Entrega recepción de la persona en conjunto con el material o equipos necesarios para el procedimiento.	- Expediente clínico electrónico
Enfermera(o) de endoscopia	9	Solicita al anestesiólogo(a) que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
Anestesiólogo(a) Enfermera(o) de endoscopia	10	Confirma y coloca monitoreo hemodinámico antes de la Inducción de la anestesia.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
	11	Confirma verbalmente que el equipo de anestesia si ha valorado de forma objetiva, algún problema en la vía aérea que pueda dificultar el procedimiento.	- Hoja de anestesia

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 16
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

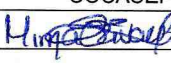
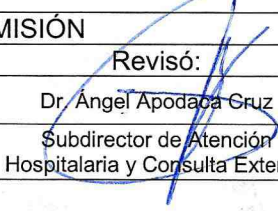
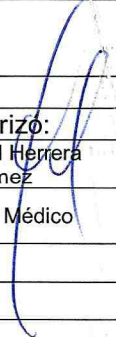
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Enfermeras(os) de endoscopia Medico(a)	12	Pregunta al equipo de cirugía si la persona corre el riesgo de perder > 500ml de sangre durante el procedimiento.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
	13	Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	
	14	Previsión de eventos críticos.	
	15	Revisa si se ha confirmado la esterilidad (indicadores) y si existen dudas y/o problemas relacionados con el instrumental y equipos.	
	16	Administra profilaxis antibiótica y/o contraste si procede.	
Equipo endoscópico	17	Realiza tiempo fuera "time out" antes de la ejecución del procedimiento.	- Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos - Bitácora de registro de muestras - Solicitud de patología
Enfermeras(os) de endoscopia Medico(a) Anestesiólogo(a)	18	Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.	
	19	Realiza el etiquetado, registro y entrega correcta de las muestras y/o piezas patologías obtenidas, según las indicaciones de conservación específicas.	
	20	Confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden).	- Hoja de indicaciones médicas - Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos - Hoja de indicaciones médicas
Medico(a)	21	Realiza indicaciones posquirúrgicas verificando persona correcta.	
Enfermeras(os) de endoscopia Medico(a)	22	Traslado interno al área de recuperación si procede.	
	23	Entrega de la persona al profesional de enfermería de hospitalización y/o familiar con las recomendaciones adecuadas.	
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 17
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

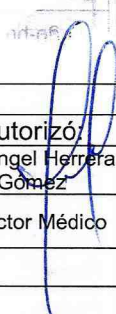
4.5 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos en intervencionismo y/o radiodiagnóstico”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Medico(a)	1	Informa a la persona, quién decide y acepta el procedimiento.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la solicitud e interconsulta a intervencionismo, radiodiagnóstico, urología, verificando AESP1 y motivo de solicitud.	- Formato de interconsulta
Medico(a)	3	Confirma la identidad de la persona, procedimiento a realizar; autorización del mismo.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
Enfermera(o) de hospitalización y/o servicio Médico(a)	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen, expediente clínico completo y material o equipo especial que se requiera.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
Personal de enfermería de hospitalización y/o servicio	5	Realiza preparación, cumple indicaciones médicas y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona.	- Expediente electrónico
Personal de enfermería de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, urología	6	Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, verificando "Datos de Identificación" AESP 1.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico - Expediente clínico electrónico
	7	Recepción de la persona al personal de enfermería en conjunto con el material o equipos adicionales para el procedimiento planeado.	
Personal de enfermería de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, urología Médico(a) Anestesiólogo(a)	8	Confirma y coloca el monitoreo hemodinámico antes de la preparación de la piel.	
	9	Confirma verbalmente que el(la) medico(a) ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún contraindicación.	
	10	Pregunta al(la) médico(a) si la persona corre riesgo de evento adverso.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 18
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

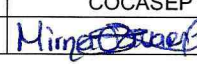
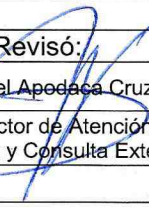
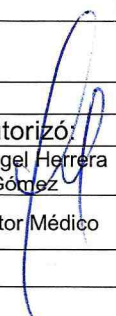
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de enfermería de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, urología Médico(a) Técnico(a) Anestesiólogo(a)	11	Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
	12	Previsión de eventos críticos.	
	13	Revisa si se ha confirmado la esterilidad (indicadores) y si existen dudas y/o problemas relacionados con el instrumental y equipos.	
	14	Administra profilaxis antibiótica y/o medio de contraste si procede.	
Equipo intervencionismo	15	Realiza tiempo fuera "time out" antes del procedimiento.	
Personal de enfermería de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, urología Médico(a) Técnico(a)	16	Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
	17	Realiza el etiquetado, registro y entrega correcta de las muestras y/o piezas patológicas obtenidas, según las indicaciones de conservación específicas.	- Bitácora de registro de muestras
	18	Confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden).	- Solicitud de patología
Médico(a)	19	Realiza indicaciones pos- procedimiento si procede y nota en el expediente electrónico.	- Hoja de indicaciones médicas
Personal de enfermería de intervencionismo y/o radiodiagnóstico, urología Médico(a) Técnico(a)	20	Entrega a la persona al profesional de enfermería del servicio de hospitalización si procede, o mantener en recuperación de ser un procedimiento ambulatorio.	- Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
	21	Orientación sobre los cuidados y manejo en el domicilio y/o al servicio de procedencia.	- Hoja de indicaciones médicas
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 19
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

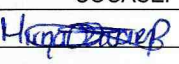
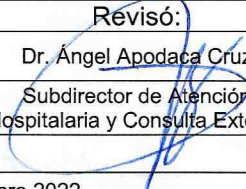
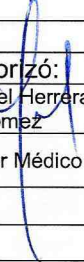
4.6 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 "Para la seguridad de los procedimientos de hemodiálisis"

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Medico(o) Nefrólogo(a)	1	Informa a la persona, quién decide y acepta el procedimiento.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la valoración nefrológica e indica la terapia de remplazo renal adecuada verificando AESP1.	- Hoja de indicaciones nefrológicas
Personal de enfermería de la UCI	3	Confirma la identidad de la persona, terapia de remplazo renal y autorización del mismo.	- Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis
Personal de enfermería de la UCI Médico(a)	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, acceso venoso adecuado, material y equipo necesario.	- Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis - Expediente electrónico
Personal de enfermería de la UCI	5	Realiza preparación y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona.	
Personal de enfermería de la UCI	6	Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis.	
Personal de enfermería de la UCI Médico(a)	7	Garantiza el monitoreo hemodinámico durante y posterior a la terapia de hemodiálisis.	
	8	Confirma verbalmente que el médico(a) ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún contraindicación.	- Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis - Expediente electrónico
	9	Pregunta al(la) médico(a) si la persona corre riesgo de evento adverso.	
	10	Previsión de eventos críticos.	
Personal de enfermería de la UCI Médico(a)	11	Revisa si se ha confirmado la esterilidad, funcionalidad de osmosis, filtro y equipo de hemodiálisis.	
	12	Realiza tiempo fuera "time out" antes del procedimiento.	- Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis
	13	Confirma verbalmente con el(la) médico(a) la terapia establecida.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 20 DE: 87

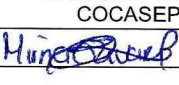
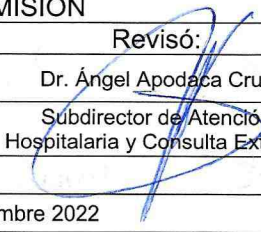
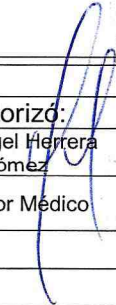
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de enfermería de la UCI Médico(a)	14	Vigilancia y control hemodinámico durante la terapia de remplazo renal.	- Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis - Expediente clínico electrónico
	15	Administra hemoderivados si procede.	
	16	Realiza la recirculación de la persona y desconexión del equipo de hemodiálisis.	
	17	Cuidado y mantenimiento de acceso venoso utilizado.	
	18	Registro de eventos presentados, si procede.	
	19	Administración de medicamentos y/o antibióticos, si procede.	
	20	Organización de la habitación y retiro de equipo.	
		TERMINA	-

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 21 DE: 87

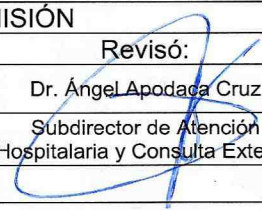
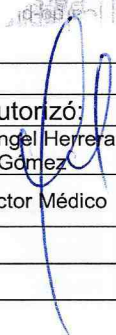
4.7 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos en clínica del dolor”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Medico(a)	1	Informa a la persona, quién decide y acepta el procedimiento.	- Consentimiento informado
	2	Realiza la solicitud e interconsulta clínica del dolor, verificando AESP1 y motivo de solicitud.	- Formato de interconsulta
Medico(a) de clínica del dolor	3	Confirma la identidad de la persona, procedimiento a realizar; autorización del mismo.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor
Enfermera(o) de clínica del dolor Medico(a) de clínica del dolor	4	Verifica existencia de estudios de laboratorio, imagen, expediente clínico completo y material o equipo especial que se requiera.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor - Expediente electrónico
Personal de enfermería de hospitalización y/o servicio	5	Realiza preparación, cumple indicaciones médicas y brinda cuidados de acuerdo a necesidades detectadas en la persona.	
Personal de enfermería clínica del dolor	6	Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor verificando "Datos de Identificación" AESP 1.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor - Expediente clínico electrónico
	7	Recepción de la persona al personal de enfermería en conjunto con el material o equipos adicionales para el procedimiento planeado.	
Personal de enfermería clínica del dolor Médico(a) Anestesiólogo(a)	8	Confirma y coloca el monitoreo hemodinámico antes de la preparación de la piel.	
	9	Confirma verbalmente que el(la) medico(a) ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún contraindicación.	
	10	Pregunta al(la) médico(a) si la persona corre riesgo de evento adverso.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 22
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

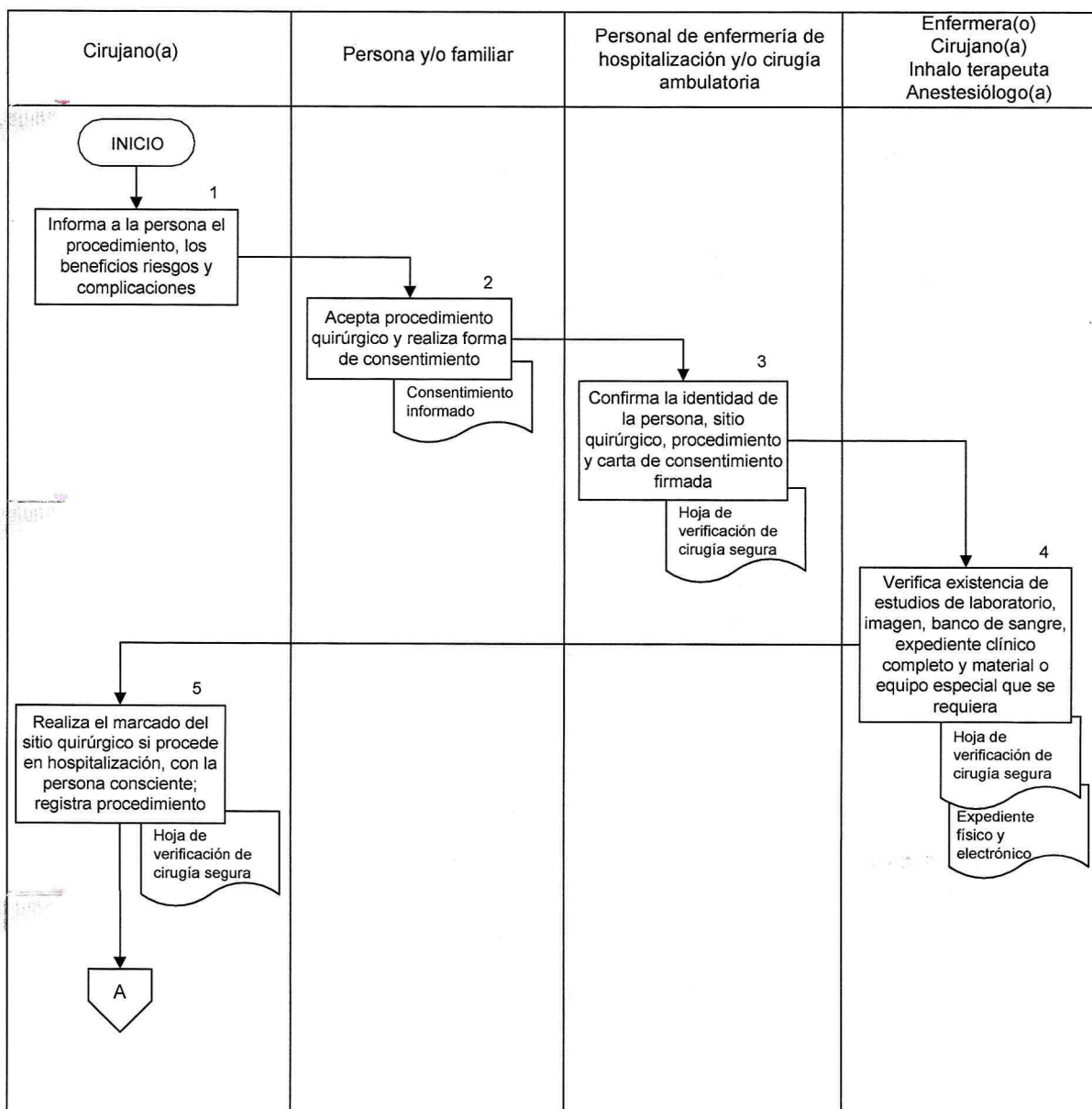
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de enfermería clínica del dolor Médico(a) Técnico(a) Anestesiólogo(a)	11	Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor
	12	Previsión de eventos críticos.	
	13	Revisa si se ha confirmado la esterilidad (indicadores) y si existen dudas y/o problemas relacionados con el instrumental y equipos.	
	14	Administra profilaxis antibiótica y/o medio de contraste si procede.	
Equipo intervencionismo	15	Realiza tiempo fuera "time out" antes del procedimiento.	
Personal de enfermería clínica del dolor Médico(a) Técnico(a)	16	Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor
	17	Realiza el etiquetado, registro y entrega correcta de las muestras obtenidas, según las indicaciones de conservación específicas.	
	18	Confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden).	
Médico(a)	19	Realiza indicaciones pos- procedimiento si procede y nota en el expediente electrónico.	- Hoja de indicaciones médicas
Personal de enfermería clínica del dolor Médico(a) Técnico(a)	20	Entrega a la persona al profesional de enfermería del servicio de hospitalización si procede, o mantener en recuperación de ser un procedimiento ambulatorio.	- Hoja de verificación de procedimientos de clínica del dolor
	21	Orientación sobre los cuidados y manejo en el domicilio y/o al servicio de procedencia.	- Hoja de indicaciones médicas
TERMINA			

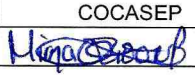
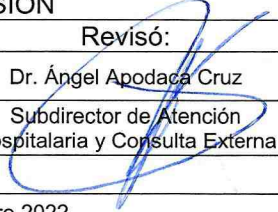
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 23 DE: 87

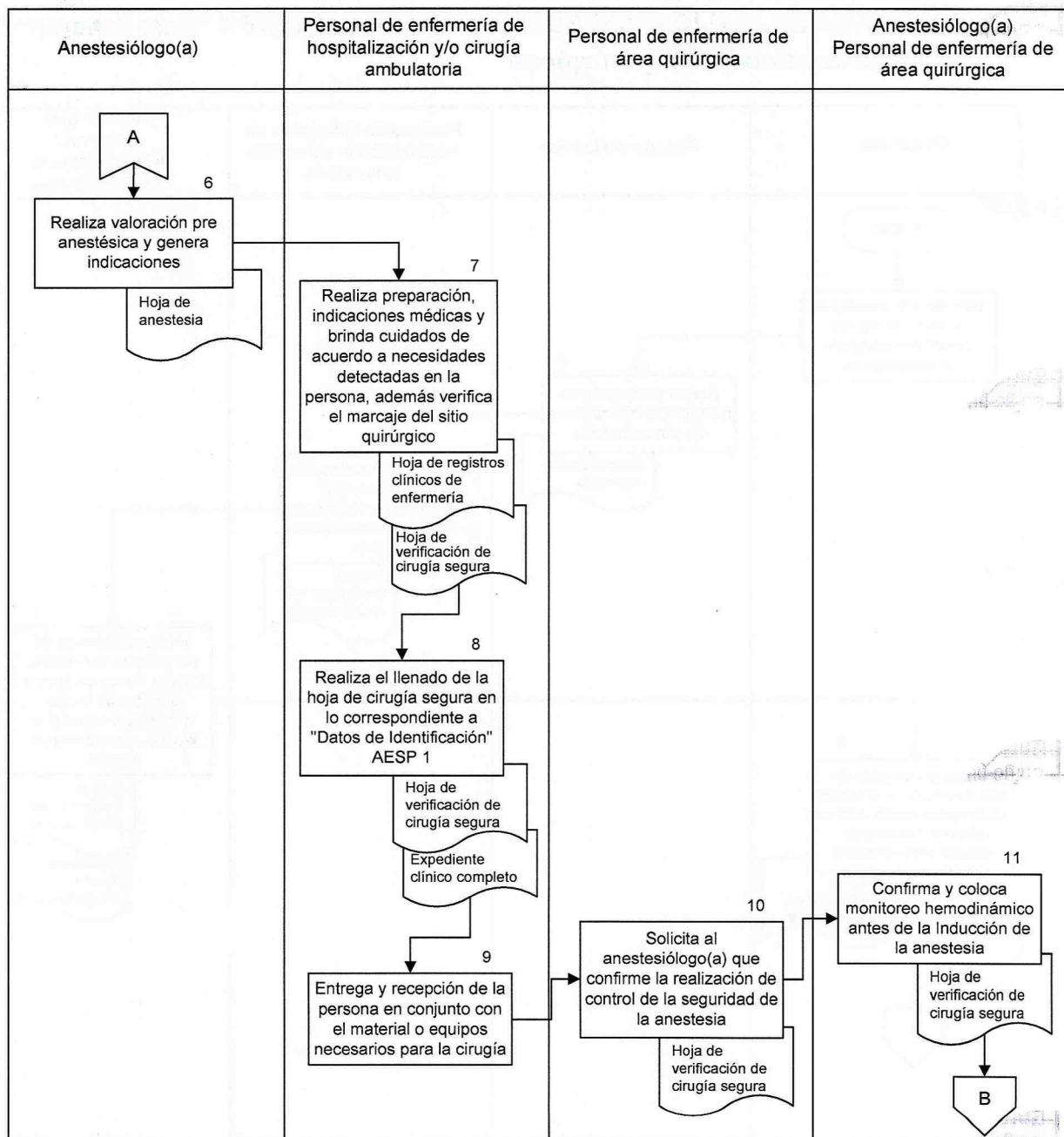
5 DIAGRAMA DE FLUJO

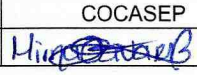
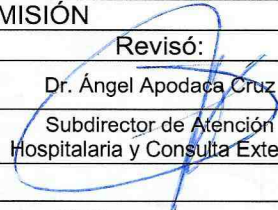
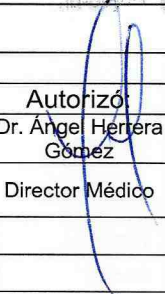
5.1 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos”



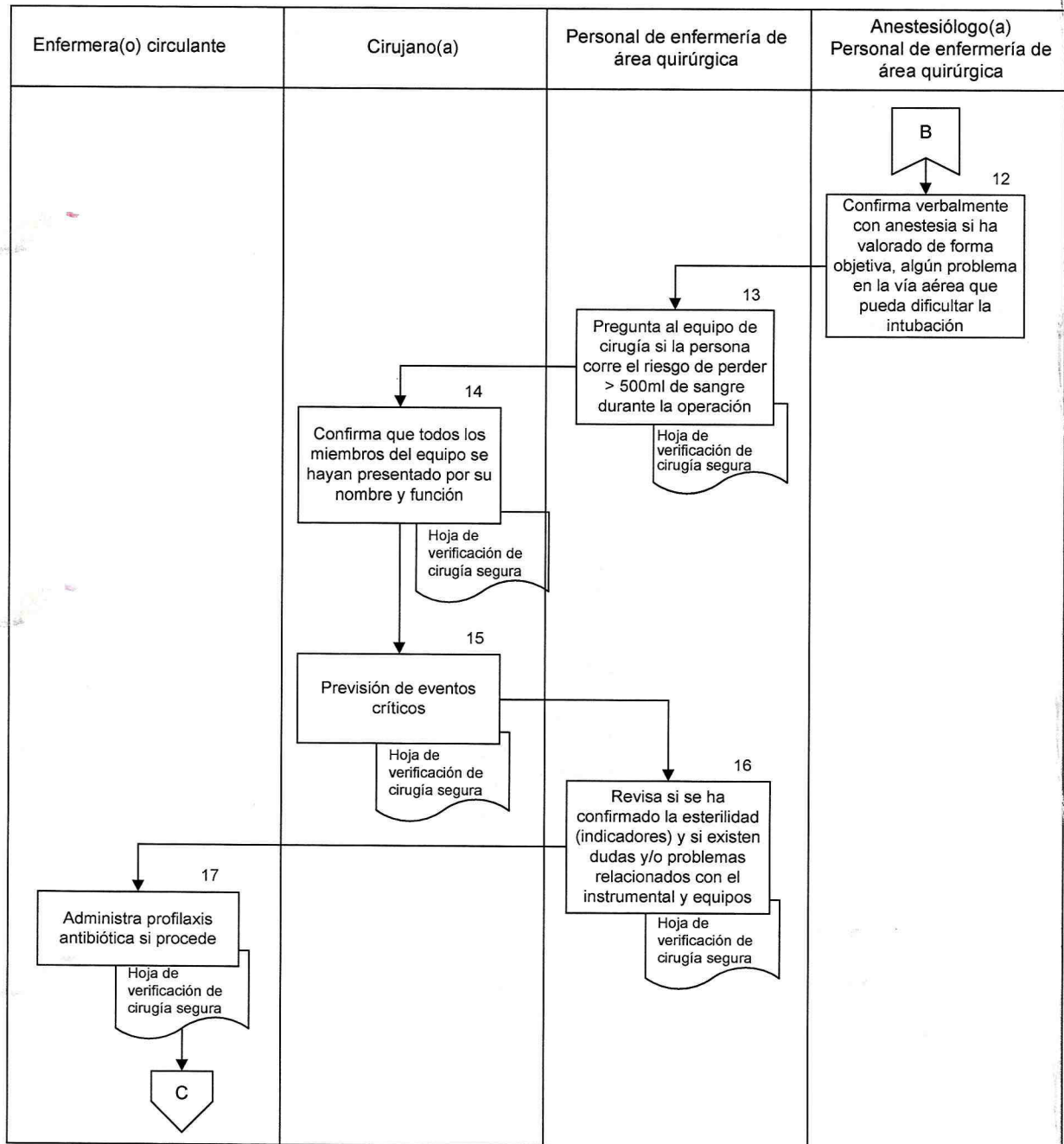
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

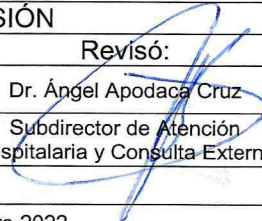
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 24
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



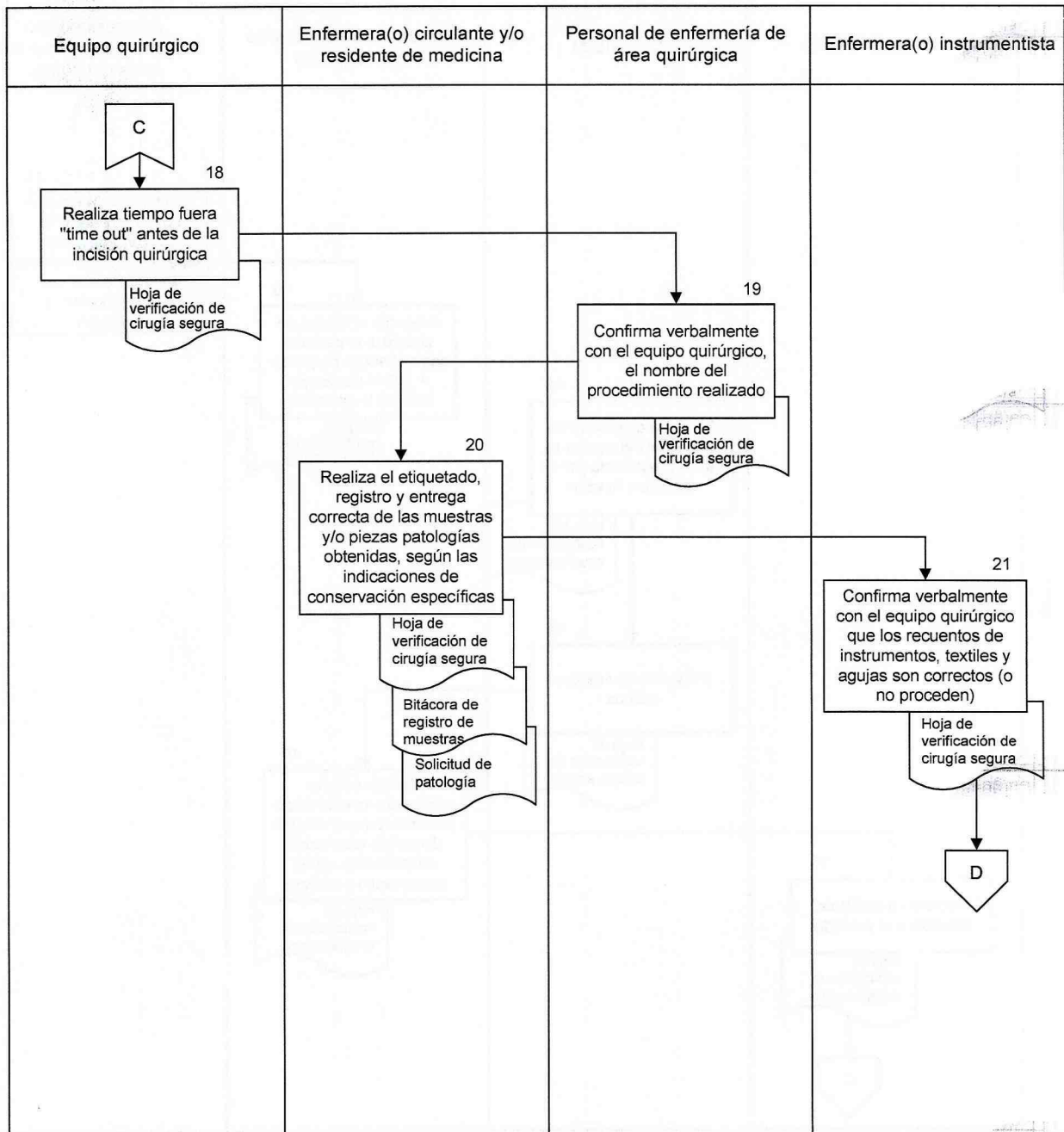
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

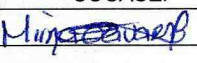
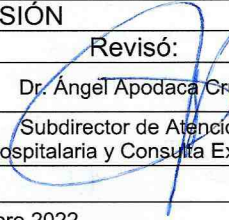
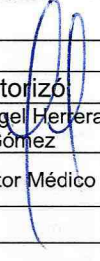
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 25
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



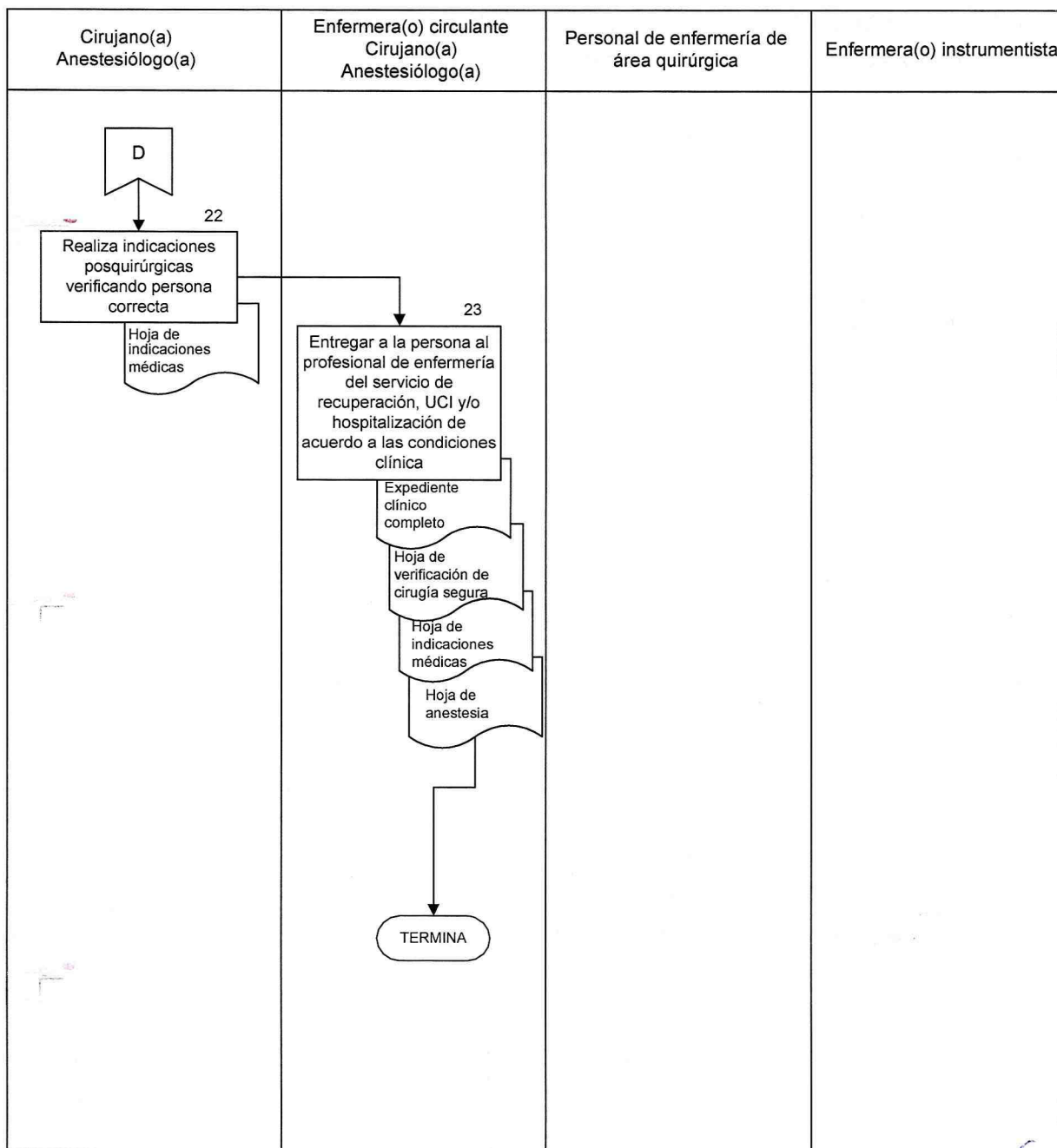
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

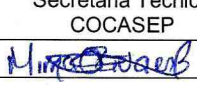
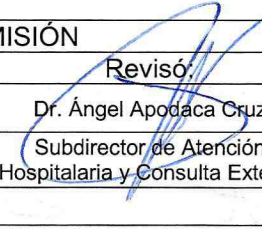
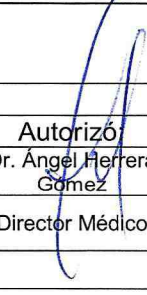
 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 26
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

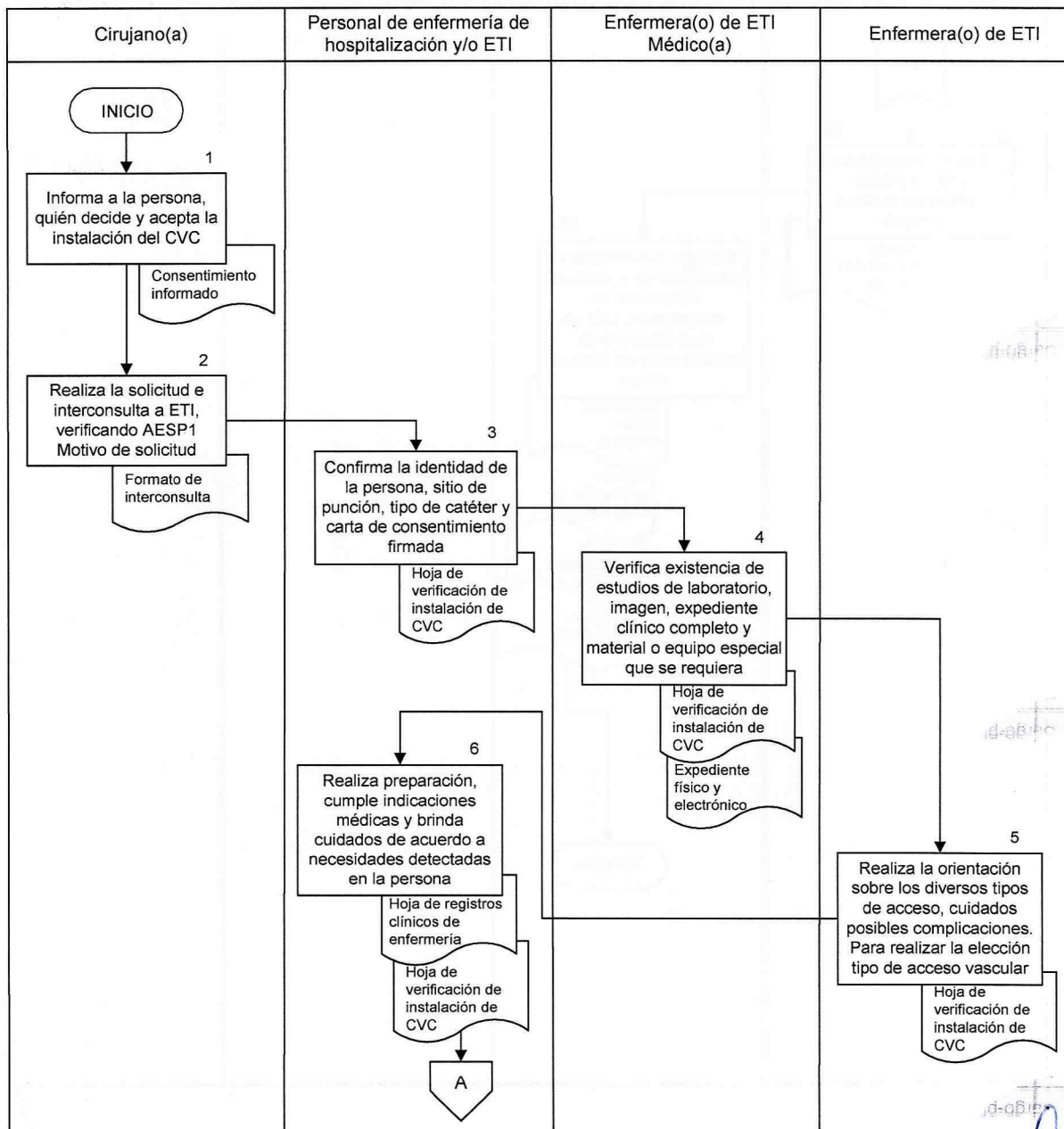
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 27
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

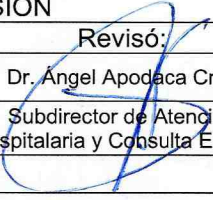


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

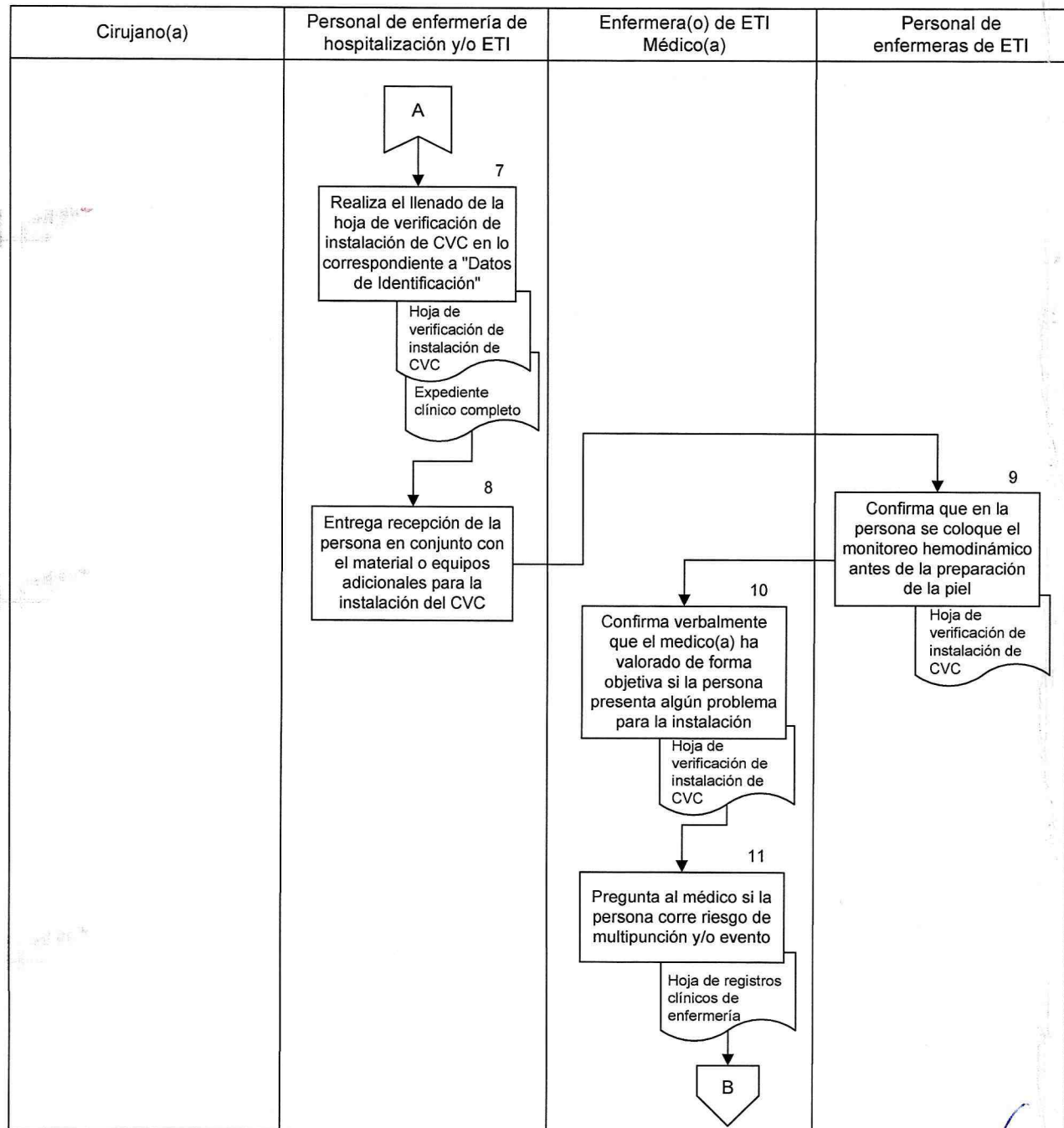
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 28
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

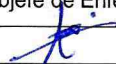
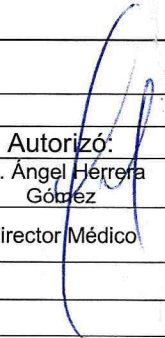
5.2 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad en la instalación de catéter venoso central”



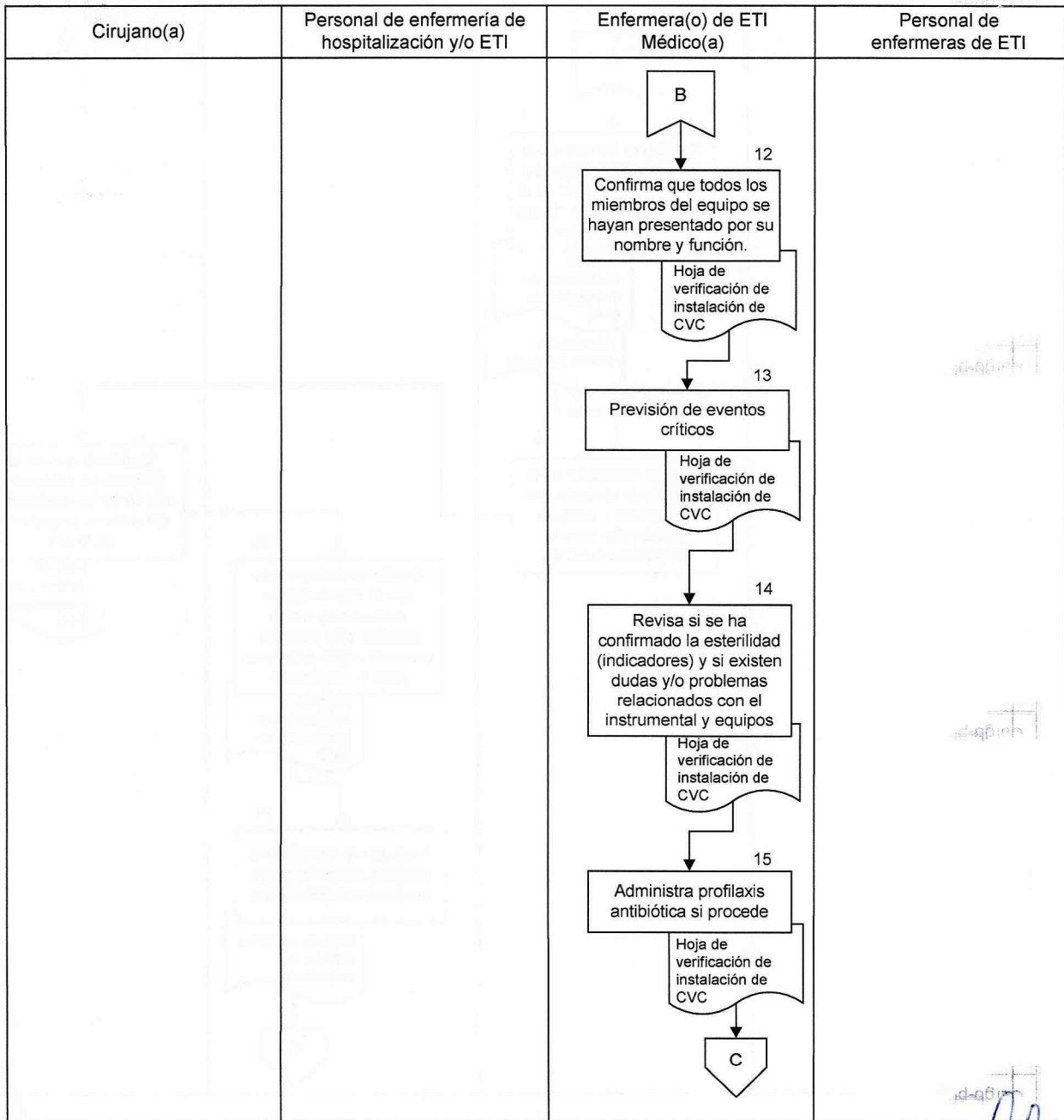
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

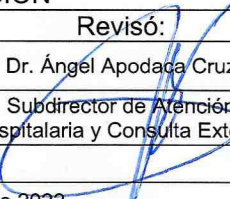
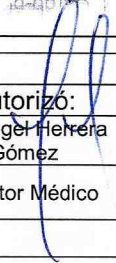
 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 29
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



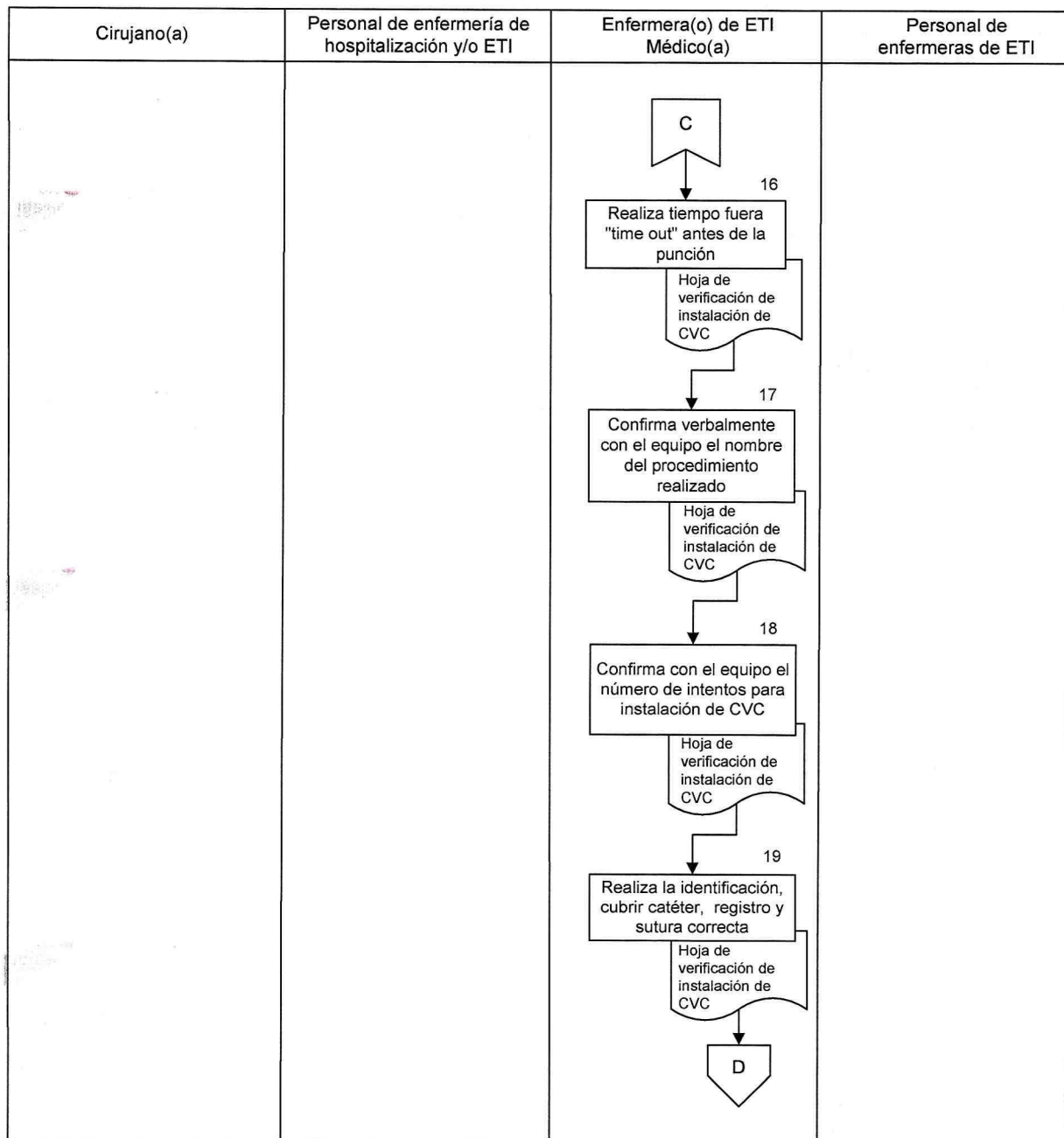
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

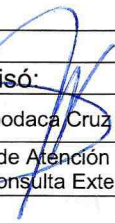
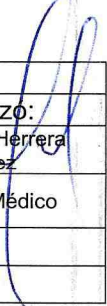
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 30
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



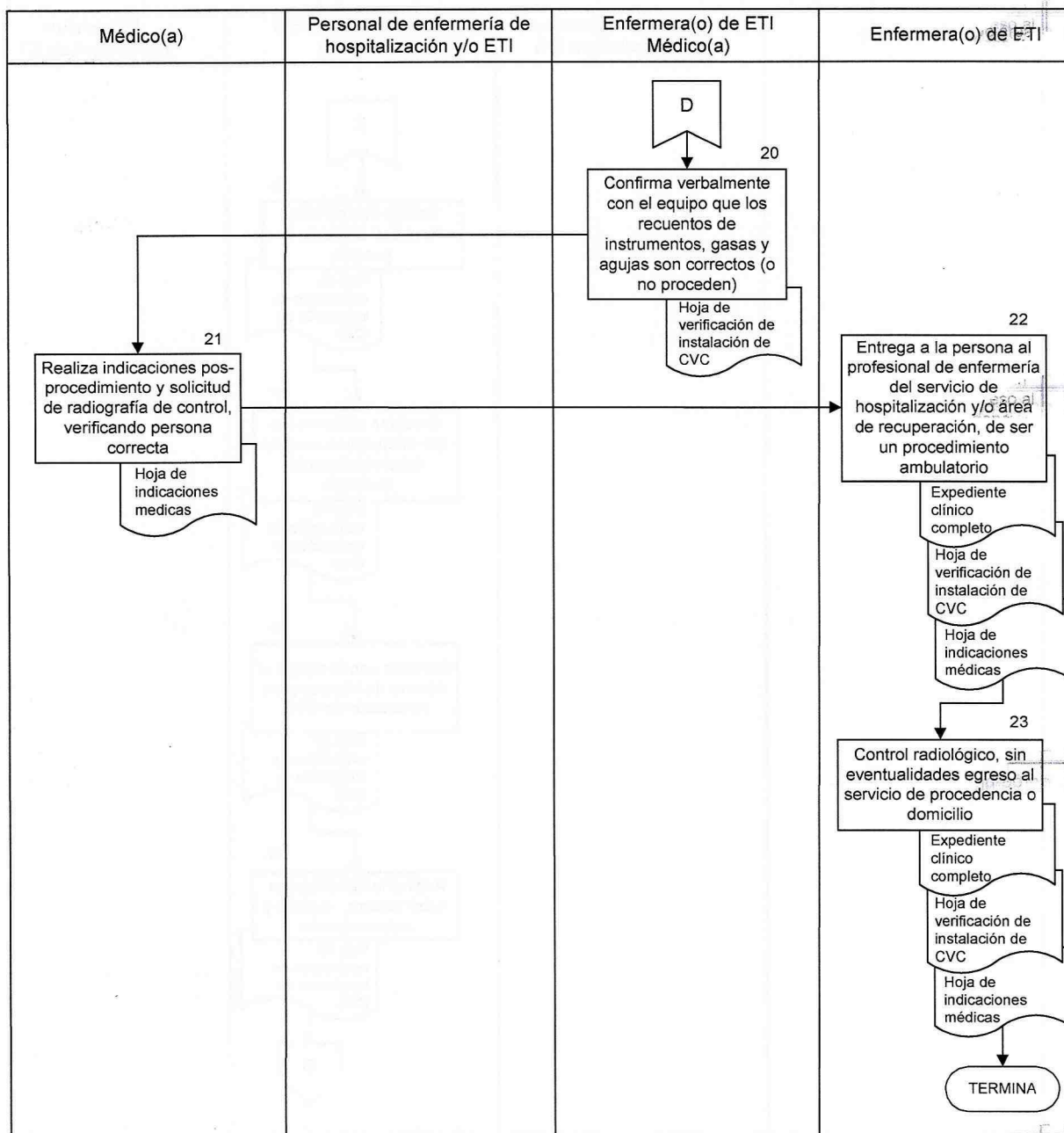
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

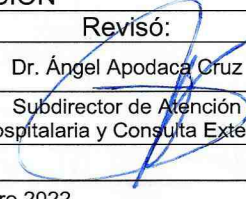
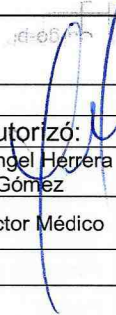
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 31
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

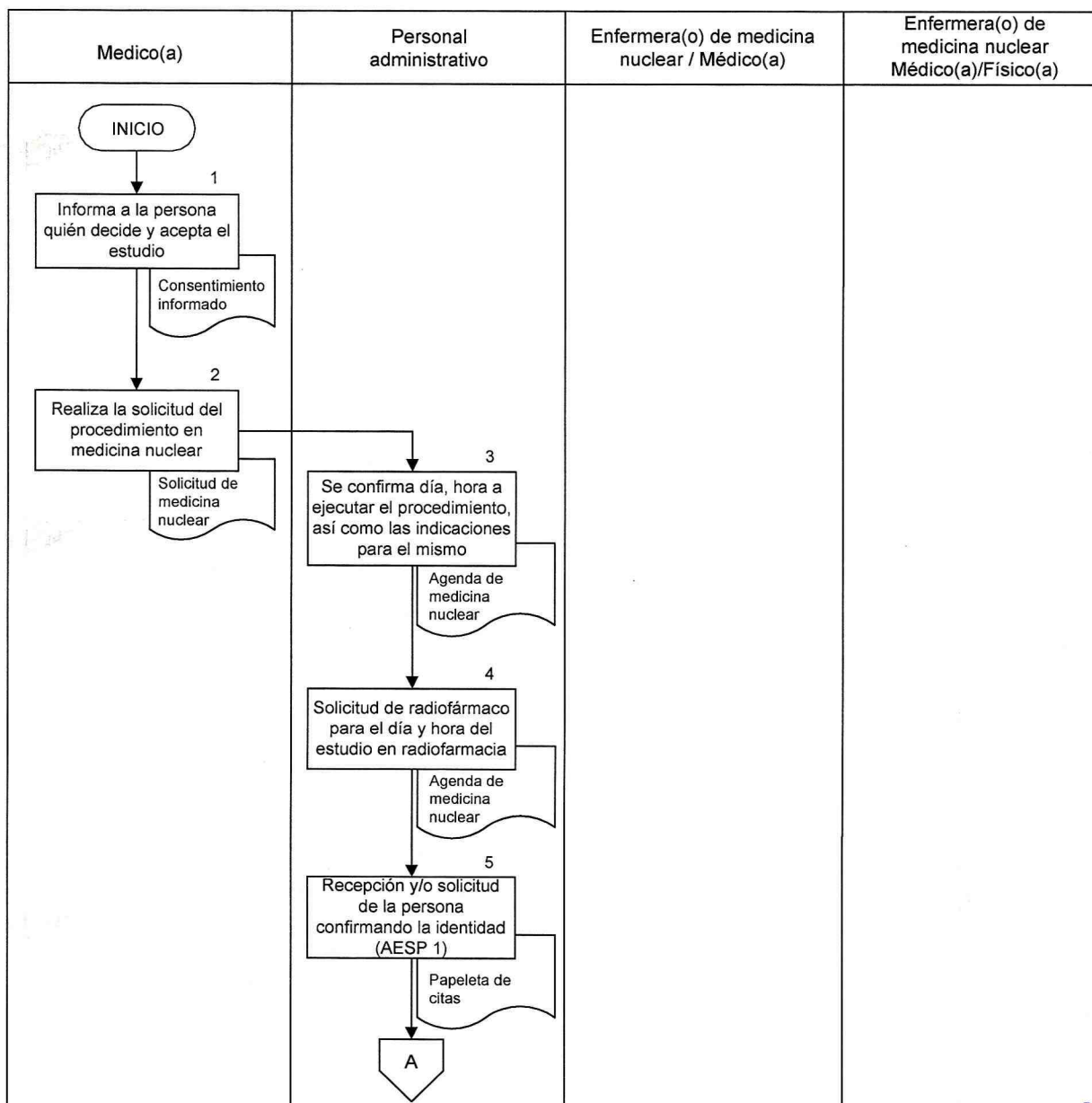
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 32
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

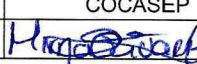
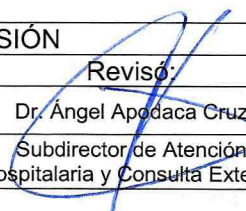
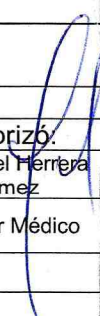


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

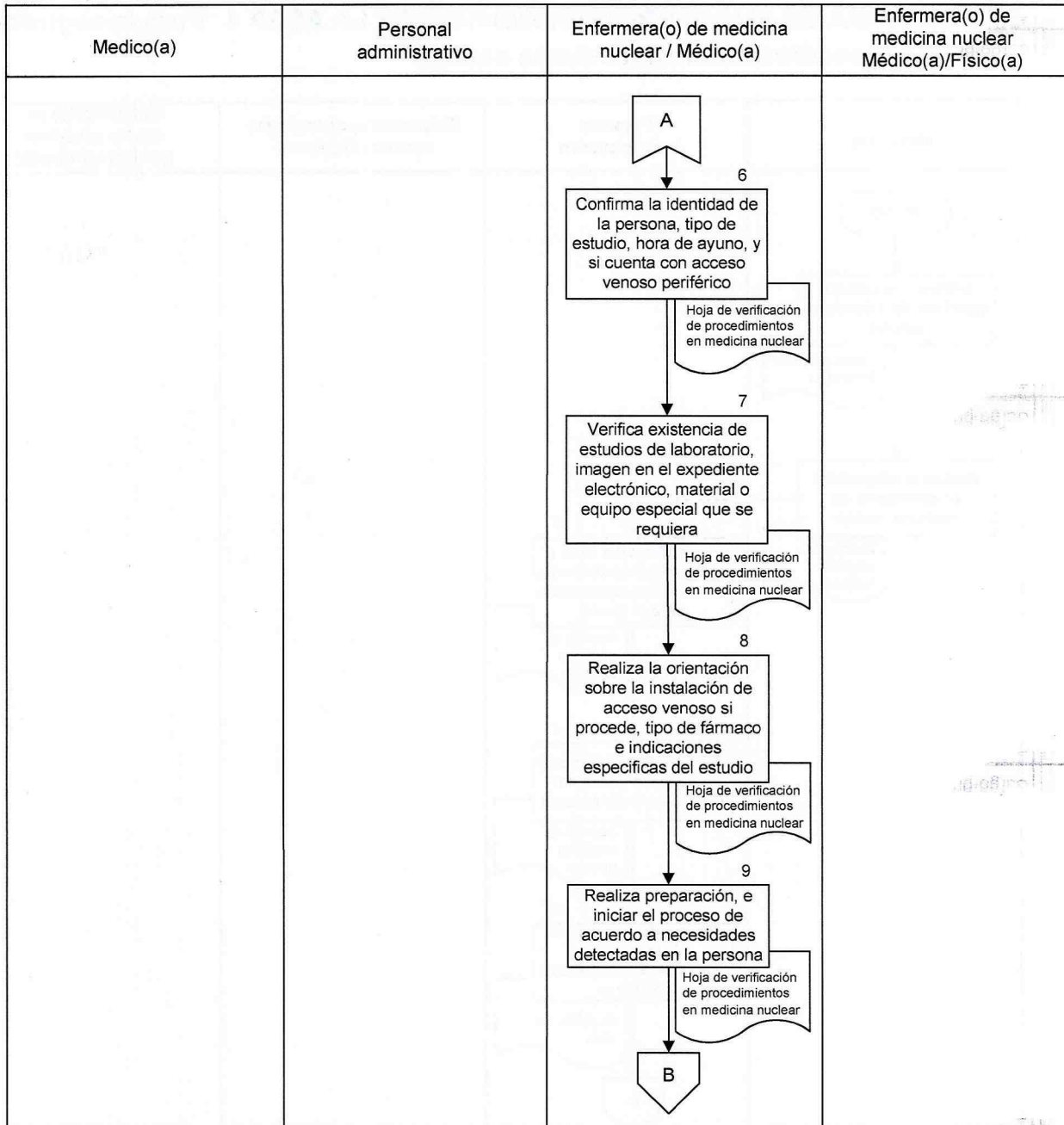
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 33 DE: 87

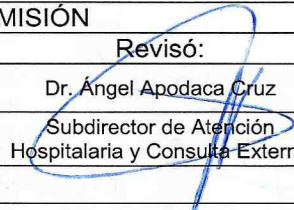
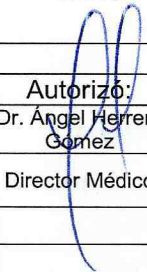
5.3 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad en los procedimientos de medicina nuclear”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

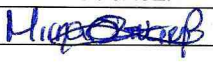
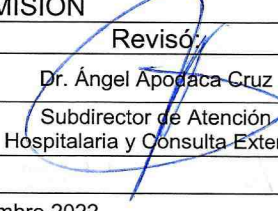
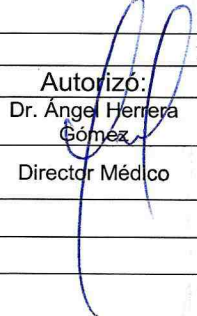
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 34
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

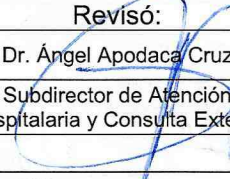
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 35
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

Medico(a)	Personal administrativo	Enfermera(o) de medicina nuclear / Médico(a)	Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)/Físico(a)
		B 10 Realiza el llenado de la hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear al anverso de la papeleta de citas Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 11 Confirma que la persona se encuentra en condiciones para realizar estudio (hemodinámico, glucémico) Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 12 Confirma verbalmente que el medico ha valorado de forma objetiva si la persona presenta algún problema para ejecutar el estudio Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 13 Pregunta al médico si la persona corre riesgo de un evento adverso reacción, alergia o suspensión del estudio Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear C	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

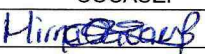
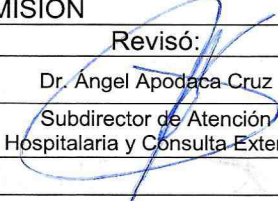
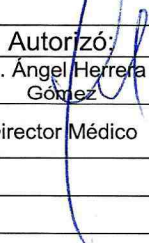
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 36
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

Medico(a)	Personal administrativo	Enfermera(o) de medicina nuclear / Médico(a)	Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)/Físico(a)
			C 14 Confirma que se encuentre el médico, físico, los cuales se hayan presentado por su nombre y función Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 15 Realiza la doble verificación del radiofármaco con la persona y equipo Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 16 Previsión de eventos críticos Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 17 Revisa si se ha confirmado la radio protección adecuada Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 18 Realizar la administración del radiofármaco con la AESP 3 Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear D

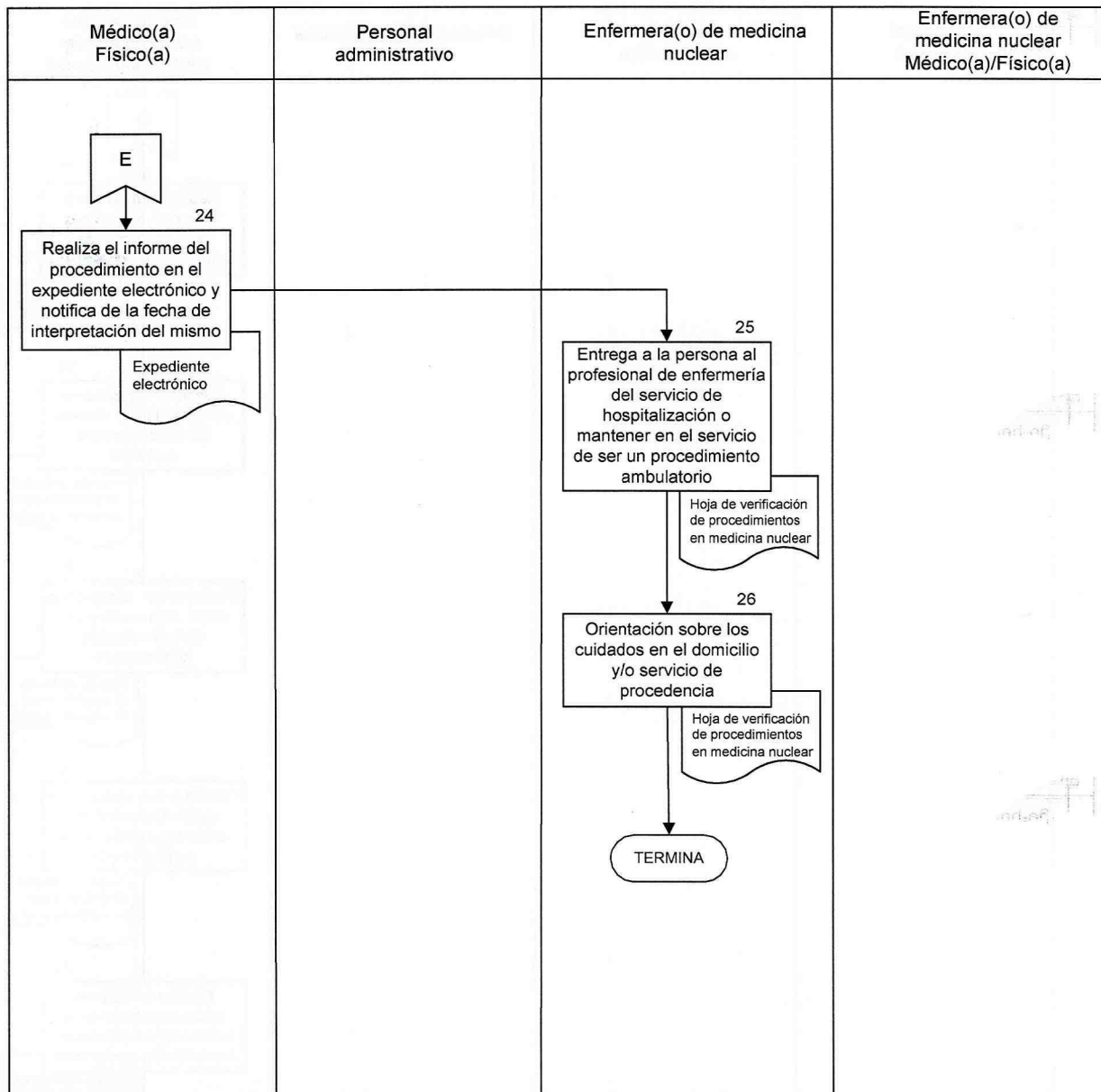
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

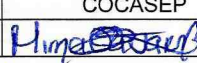
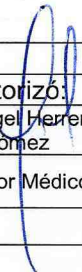
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 37
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

Médico(a) Físico(a)	Personal administrativo	Enfermera(o) de medicina nuclear	Enfermera(o) de medicina nuclear Médico(a)/Físico(a)
			D 19 Realiza tiempo fuera "time out" antes de la administración de radiofármaco y/o estudio Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 20 Confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 21 Confirma con el equipo la dosis, frecuencia y tipo de radiofármaco administrado Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 22 Confirma con el equipo la ausencia de eventos adversos asociados al procedimiento Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear 23 Realiza el retiro de acceso vascular en la persona y orienta sobre los cuidados posteriores Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear E

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

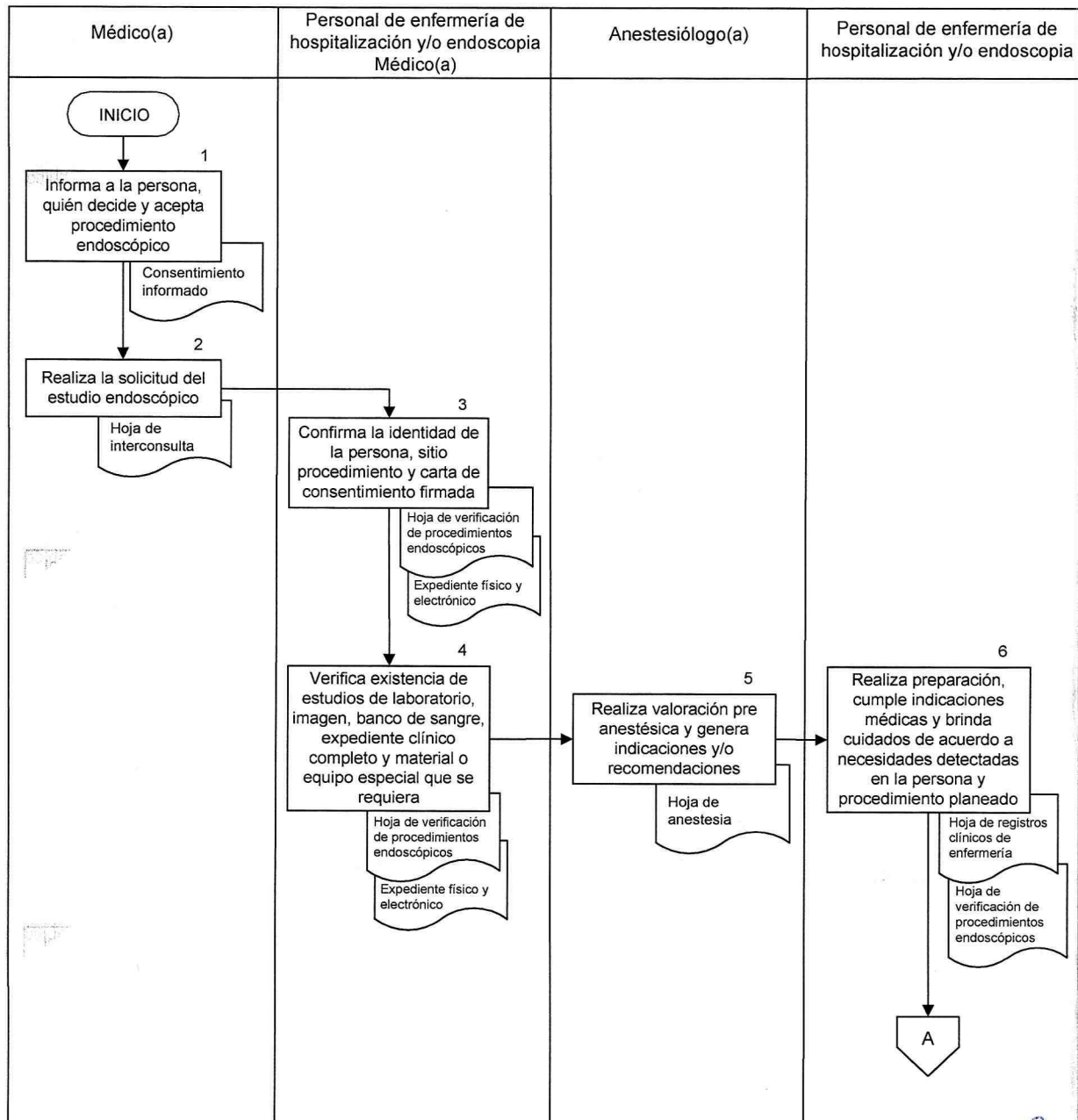
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 38
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

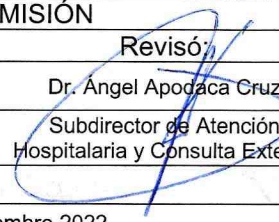
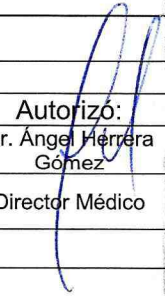


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

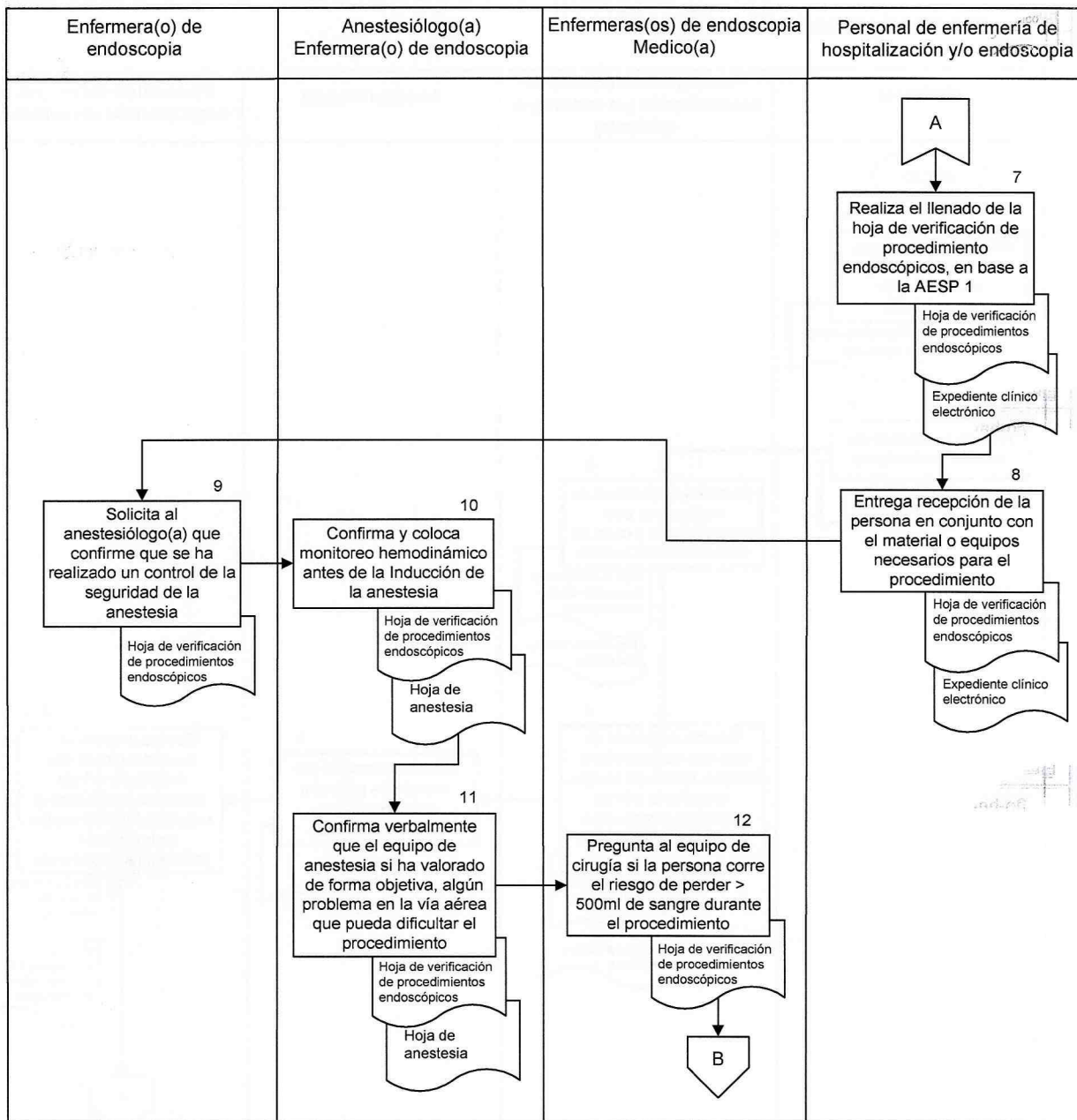
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 39
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

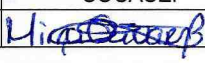
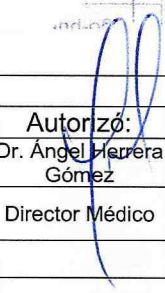
5.4 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de procedimientos endoscópicos”



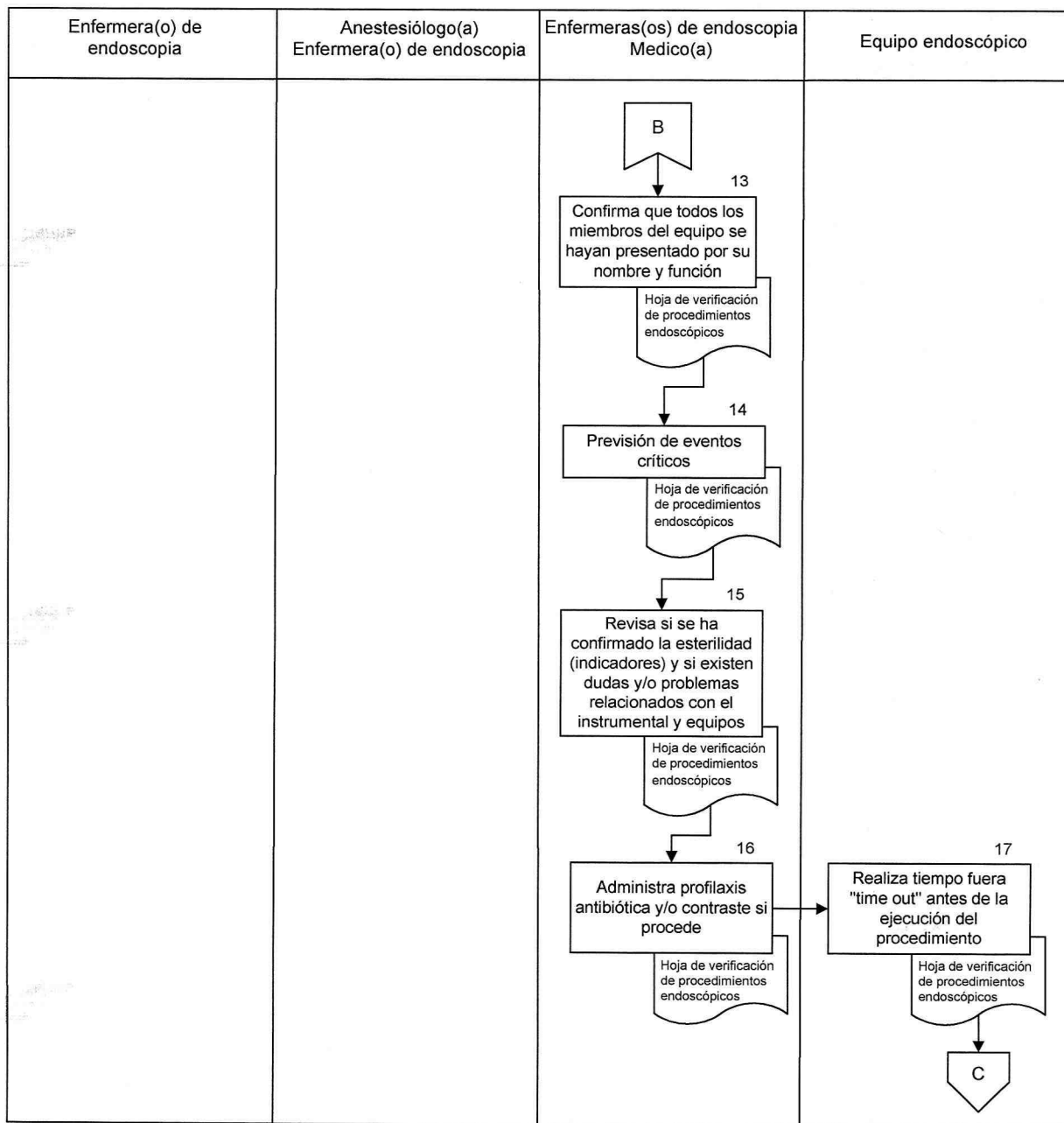
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

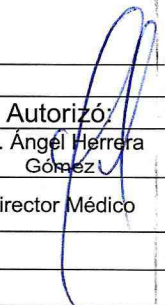
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 40
				DE: 87



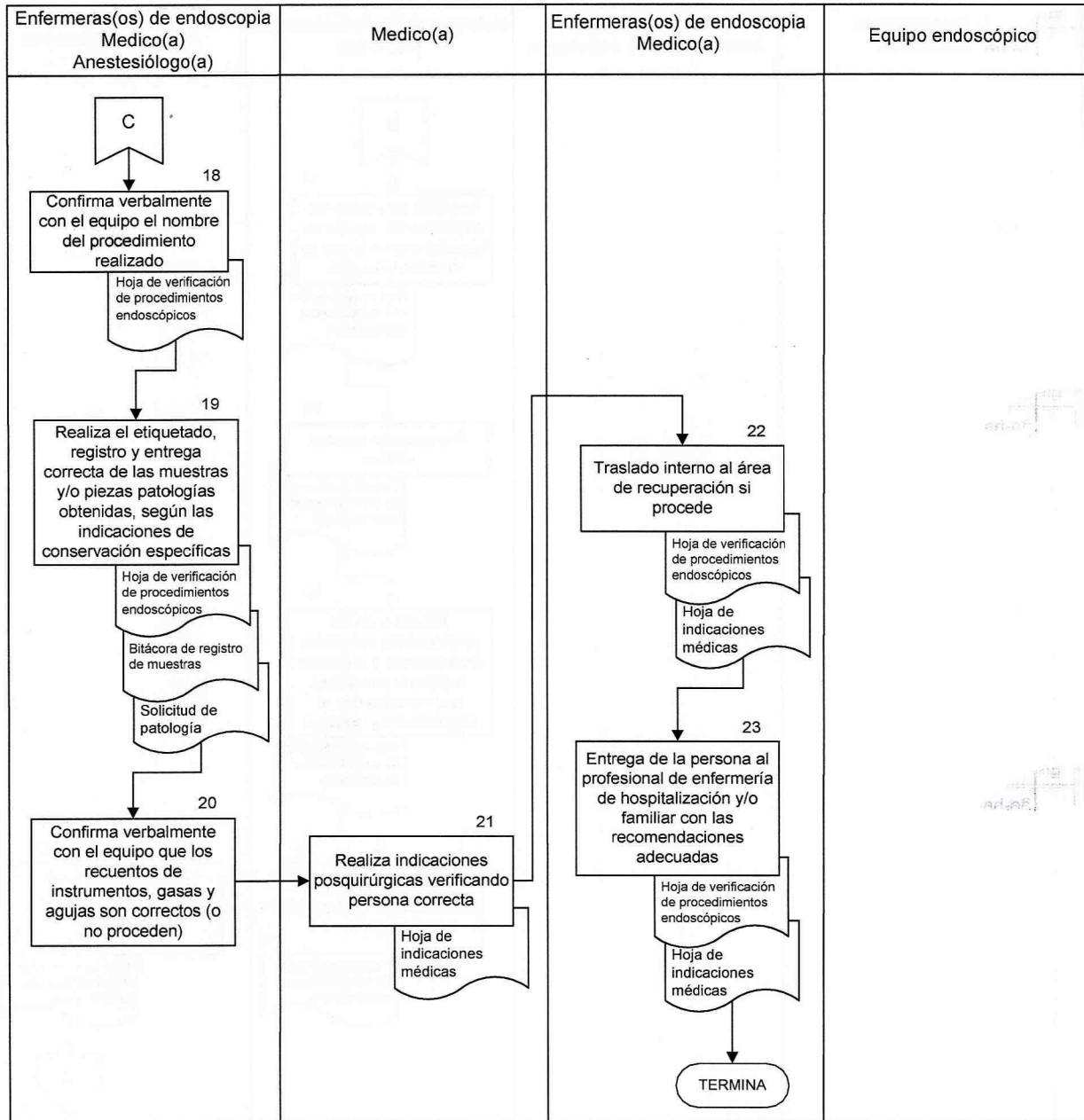
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

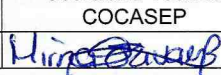
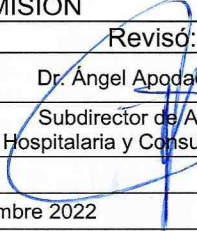
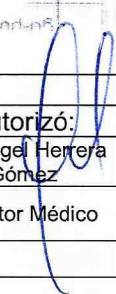
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 41
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

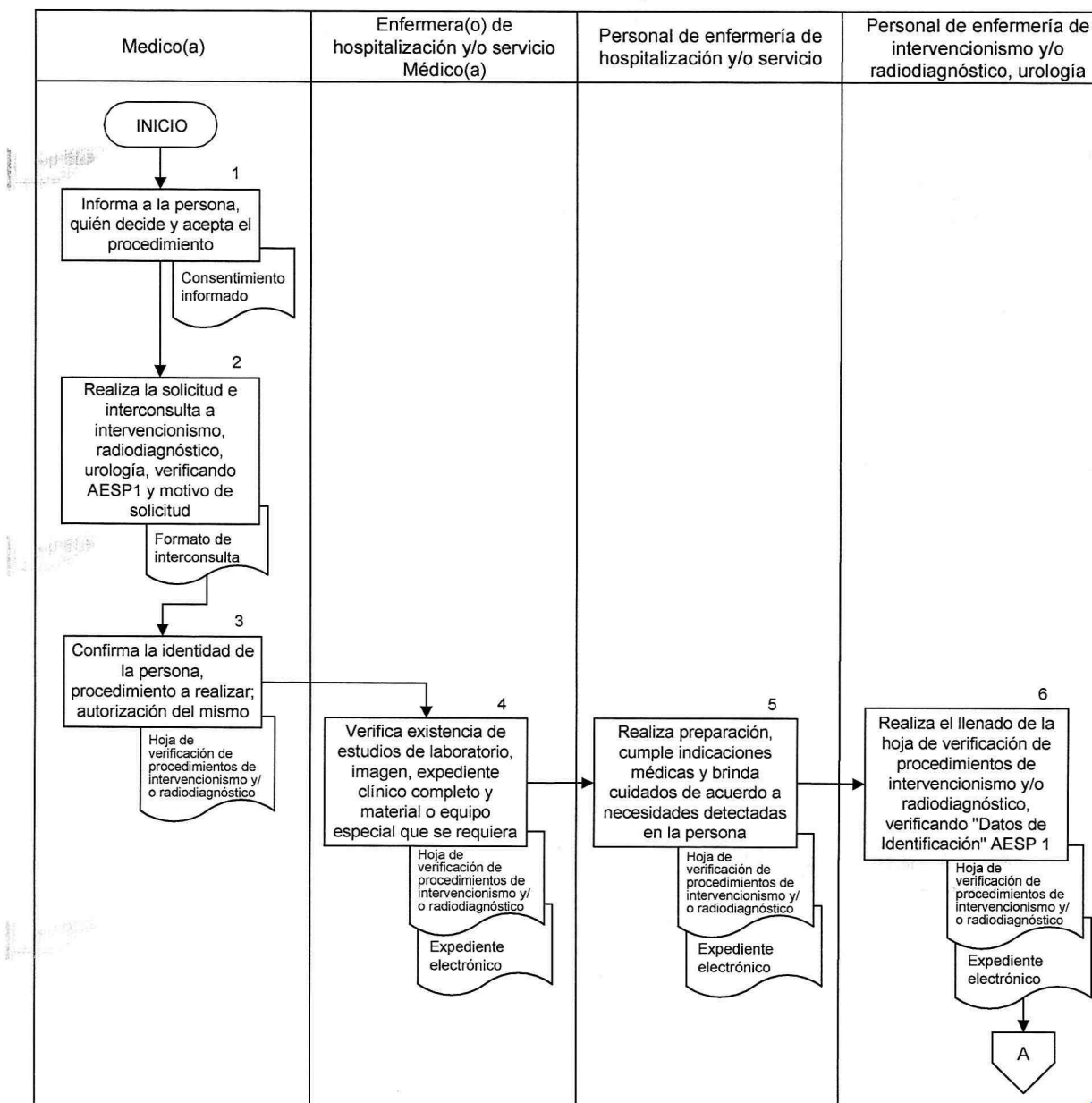
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 42
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

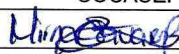
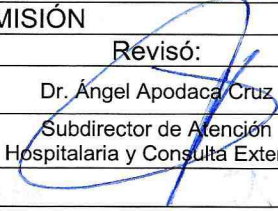
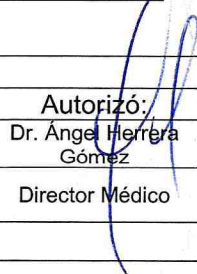


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

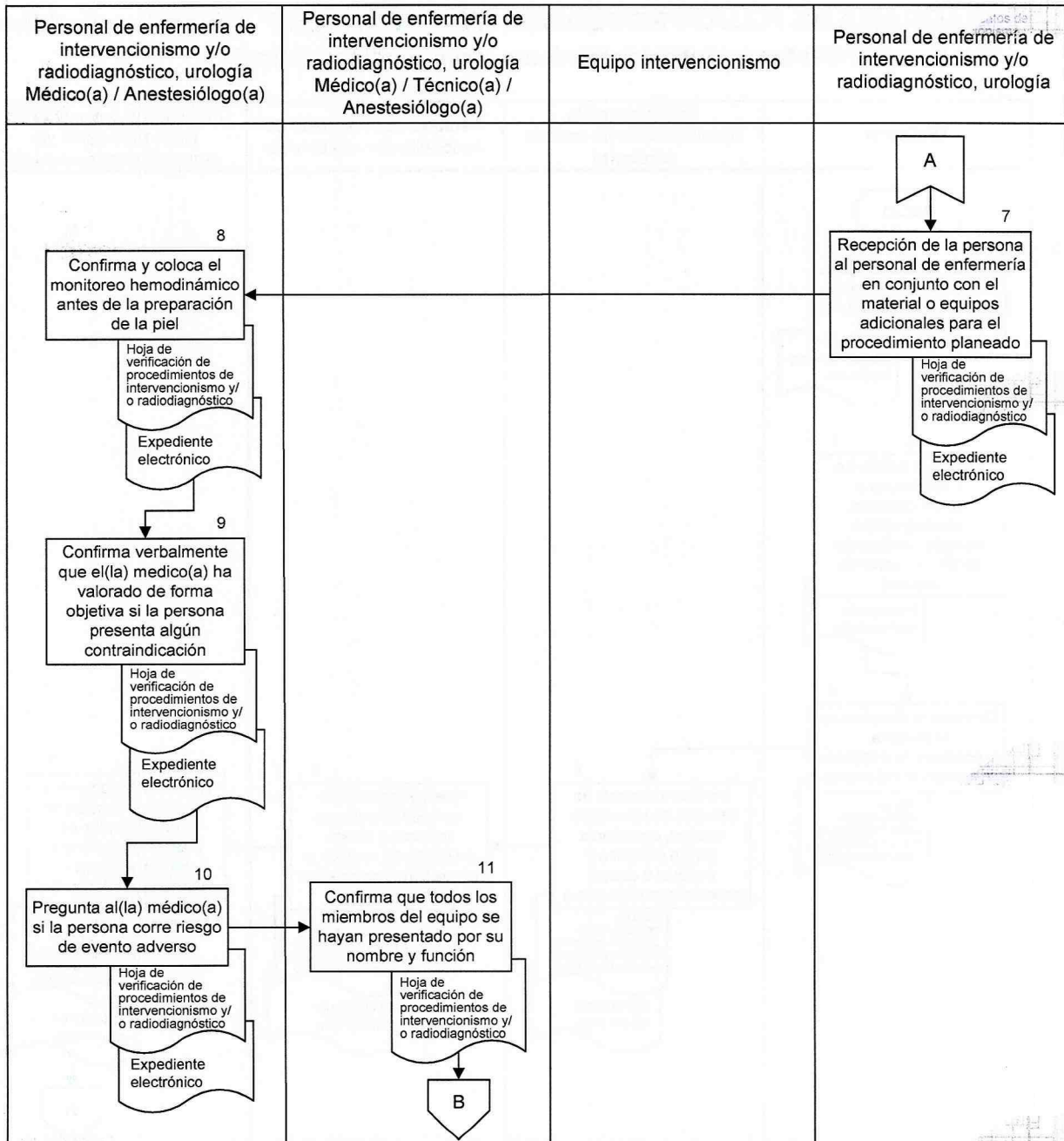
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 43
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

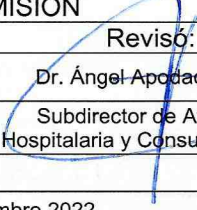
5.5 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos en intervencionismo y/o radiodiagnóstico”



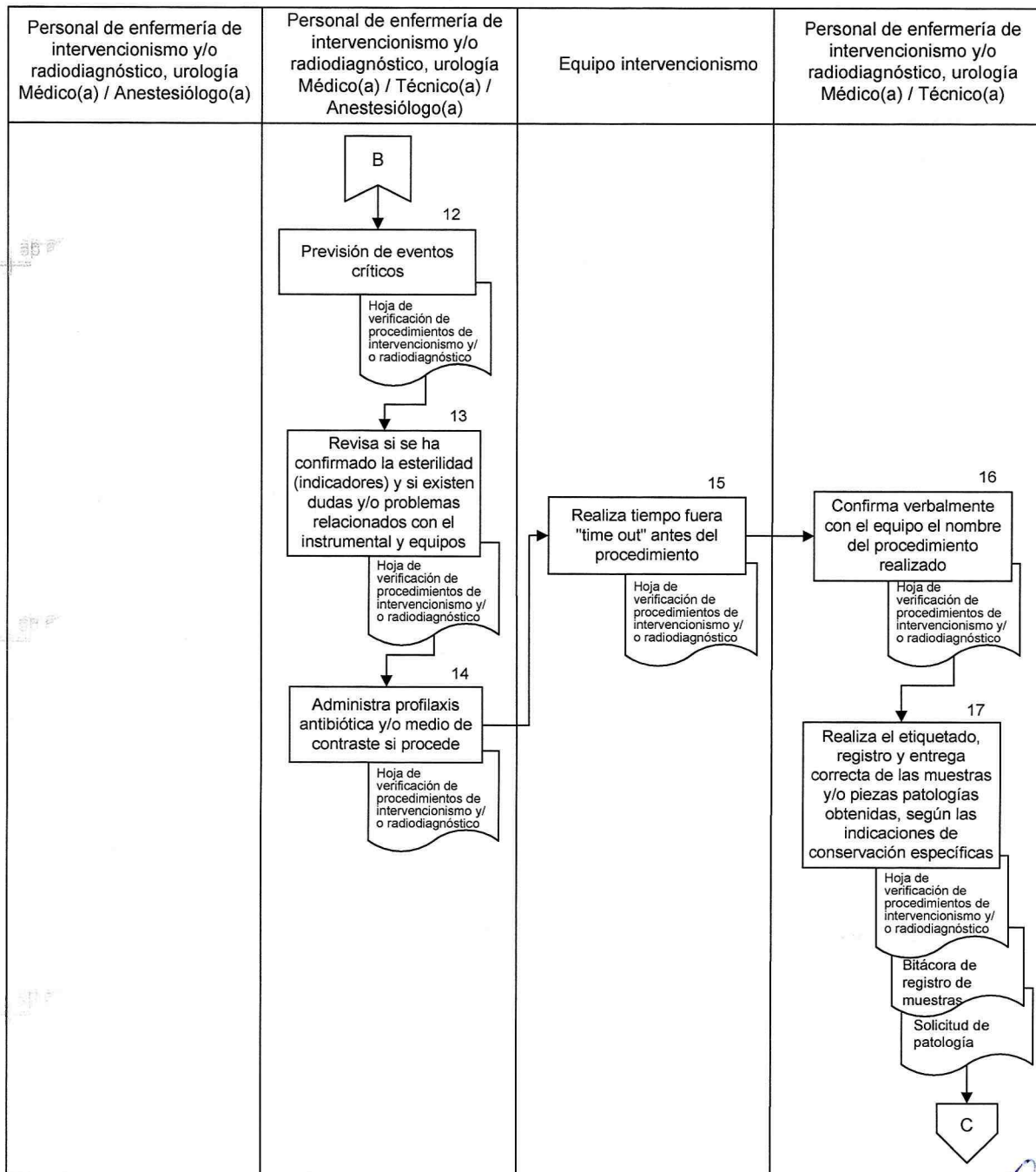
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

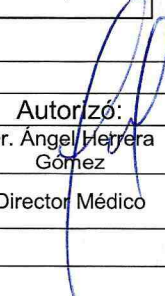
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 44
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



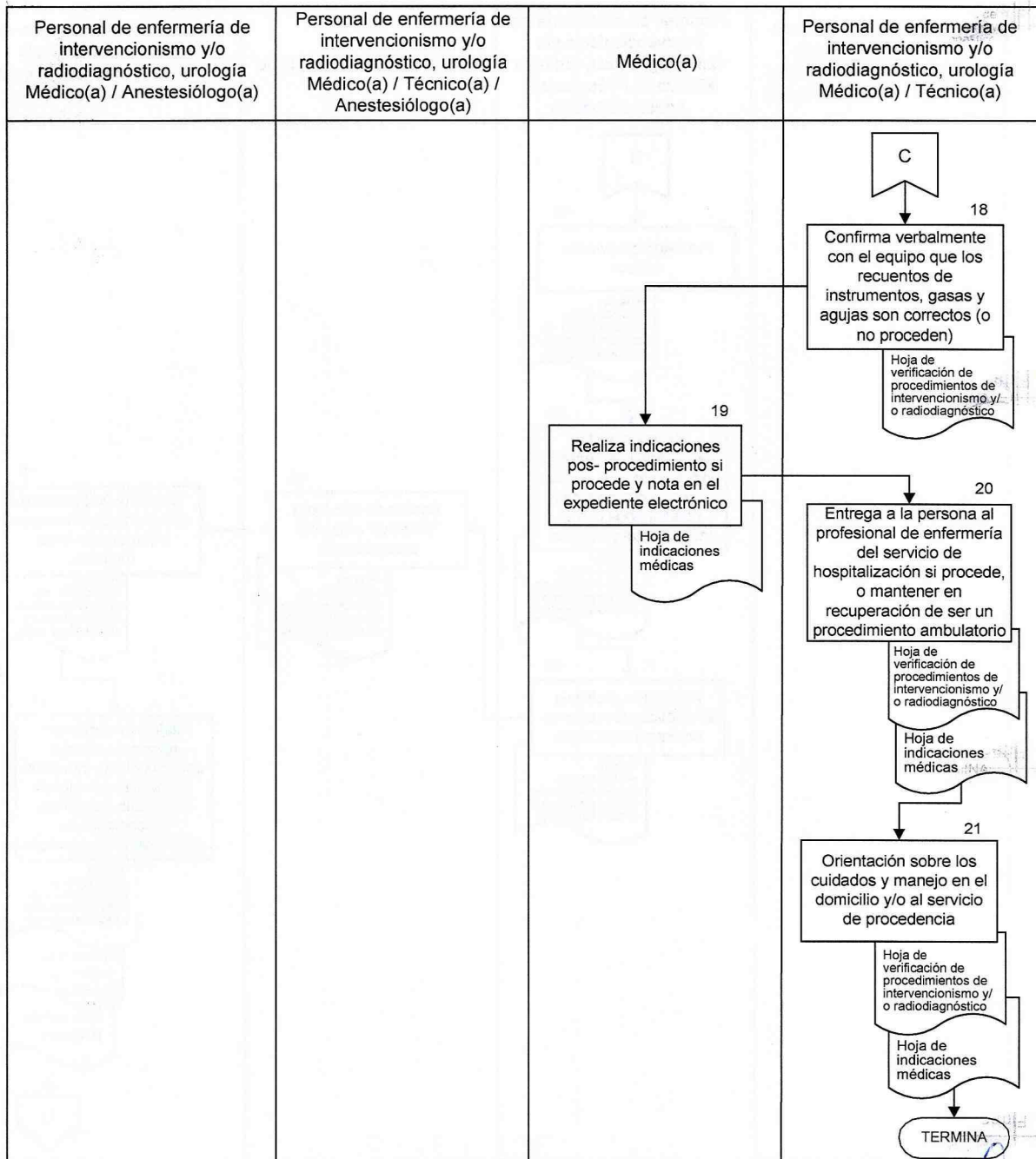
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

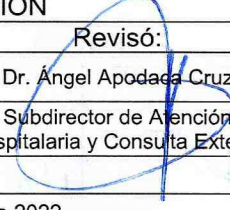
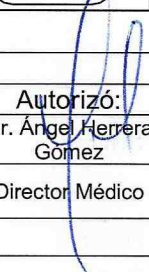
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 45
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

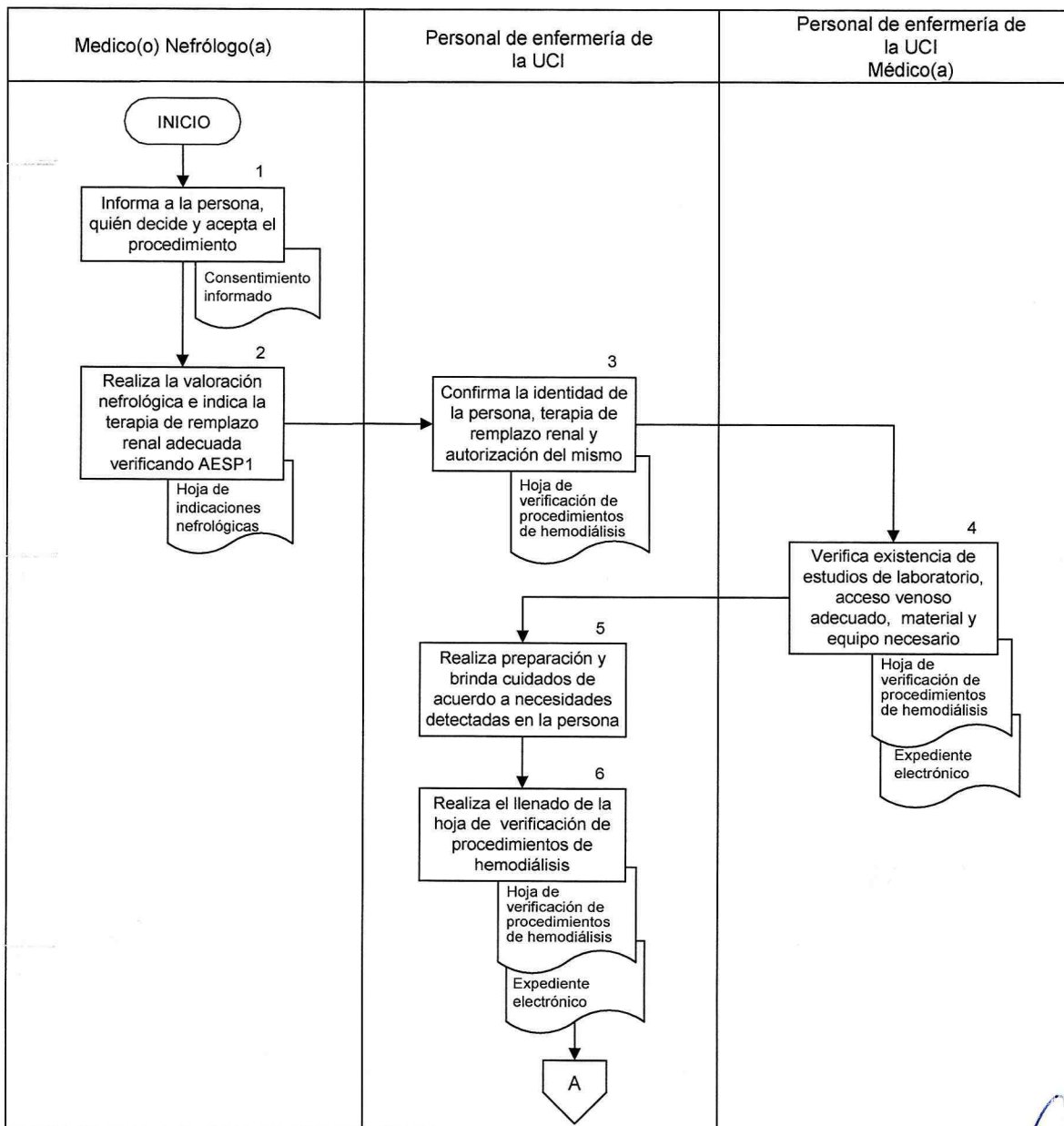
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 46
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			

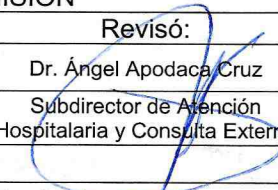
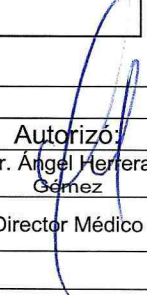


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

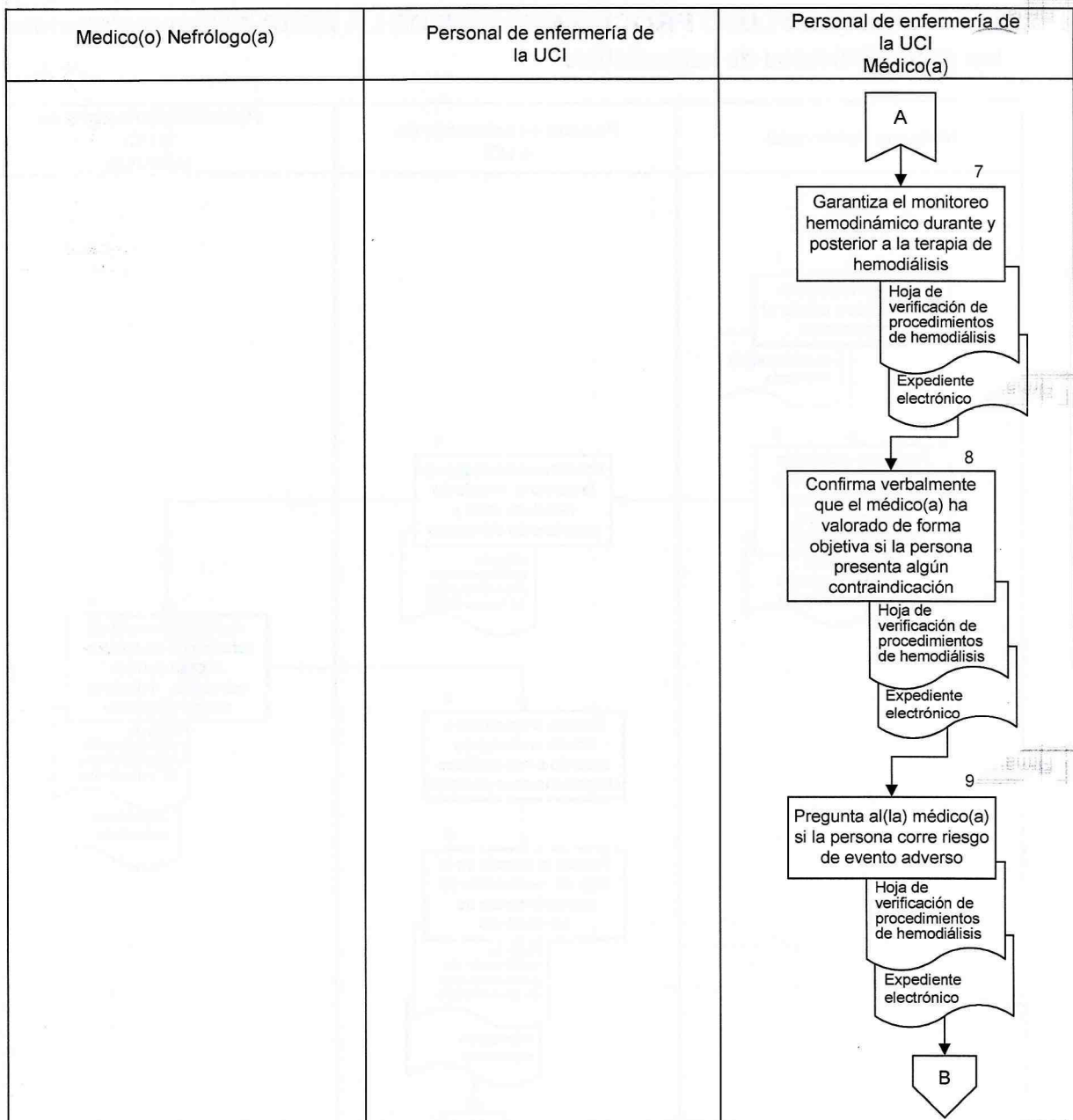
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 47
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

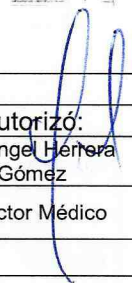
5.6 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos de hemodiálisis”



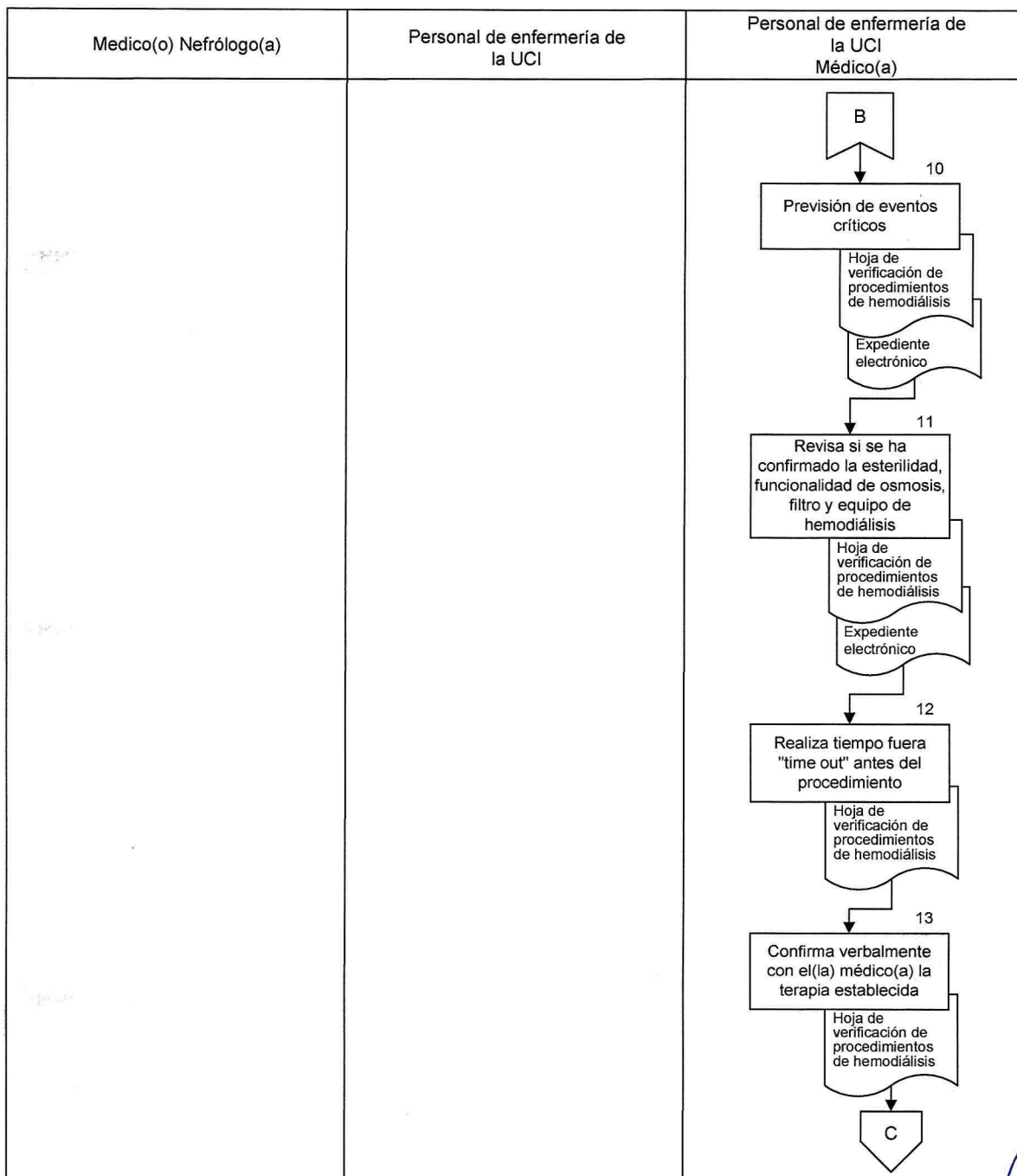
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gmez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

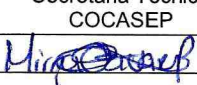
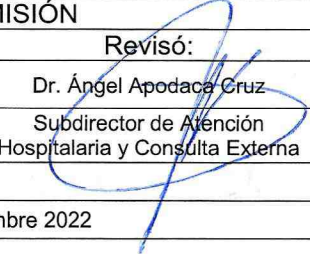
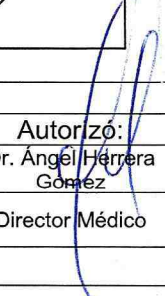
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 48
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



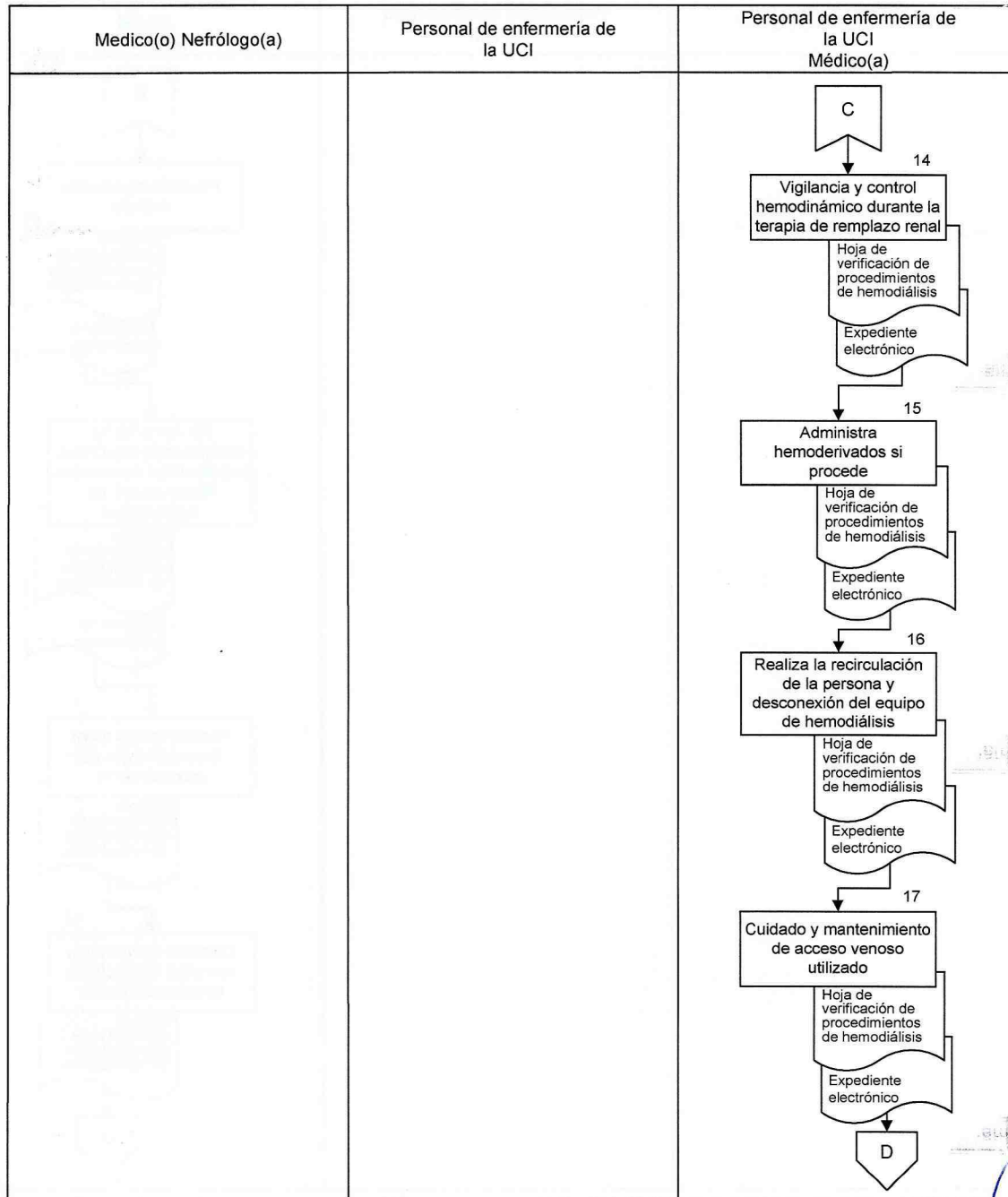
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

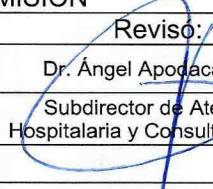
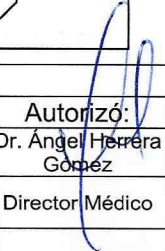
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 49
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



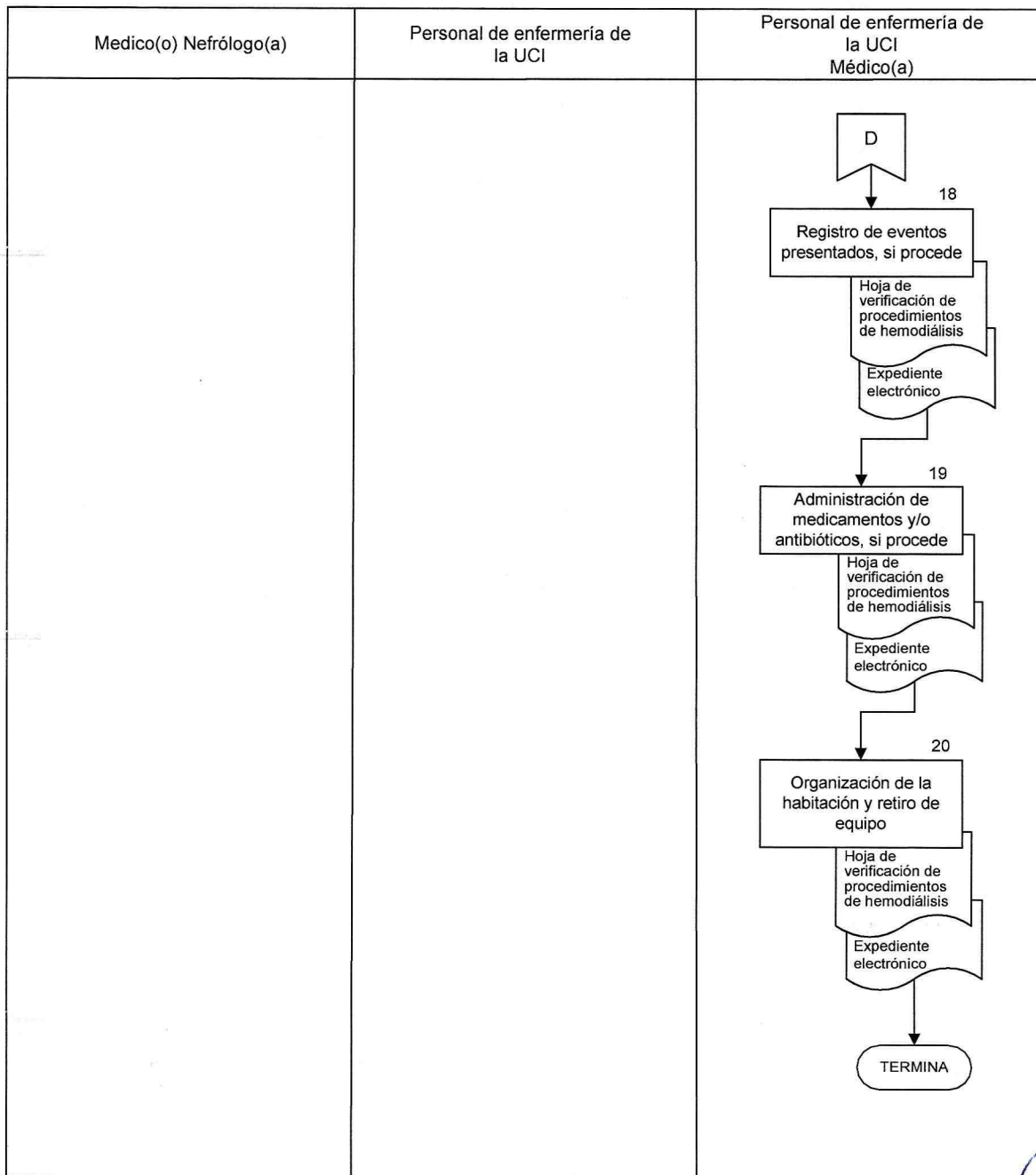
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

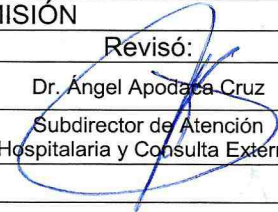
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 50
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

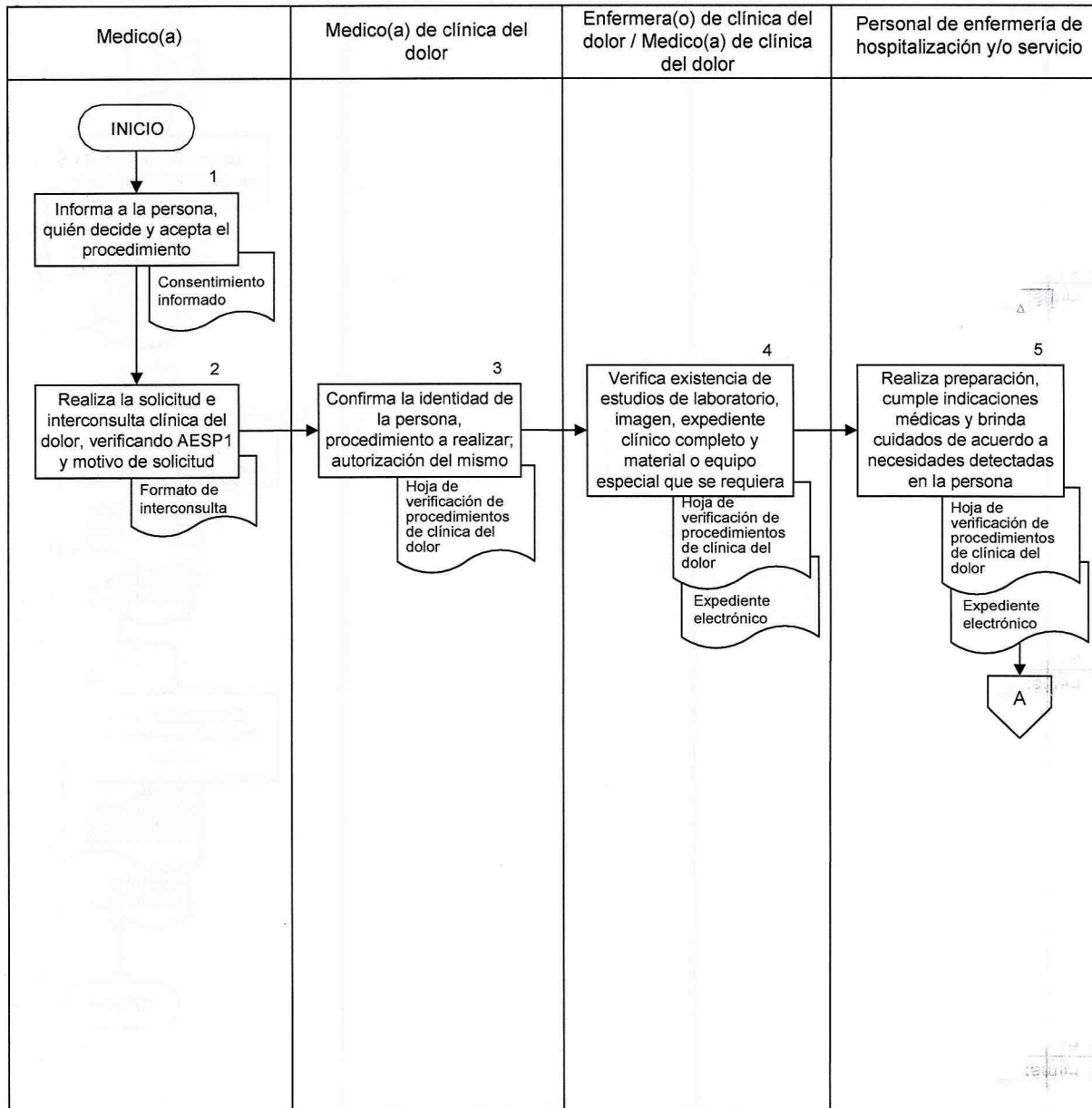
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 51
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

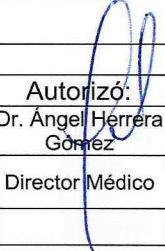


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

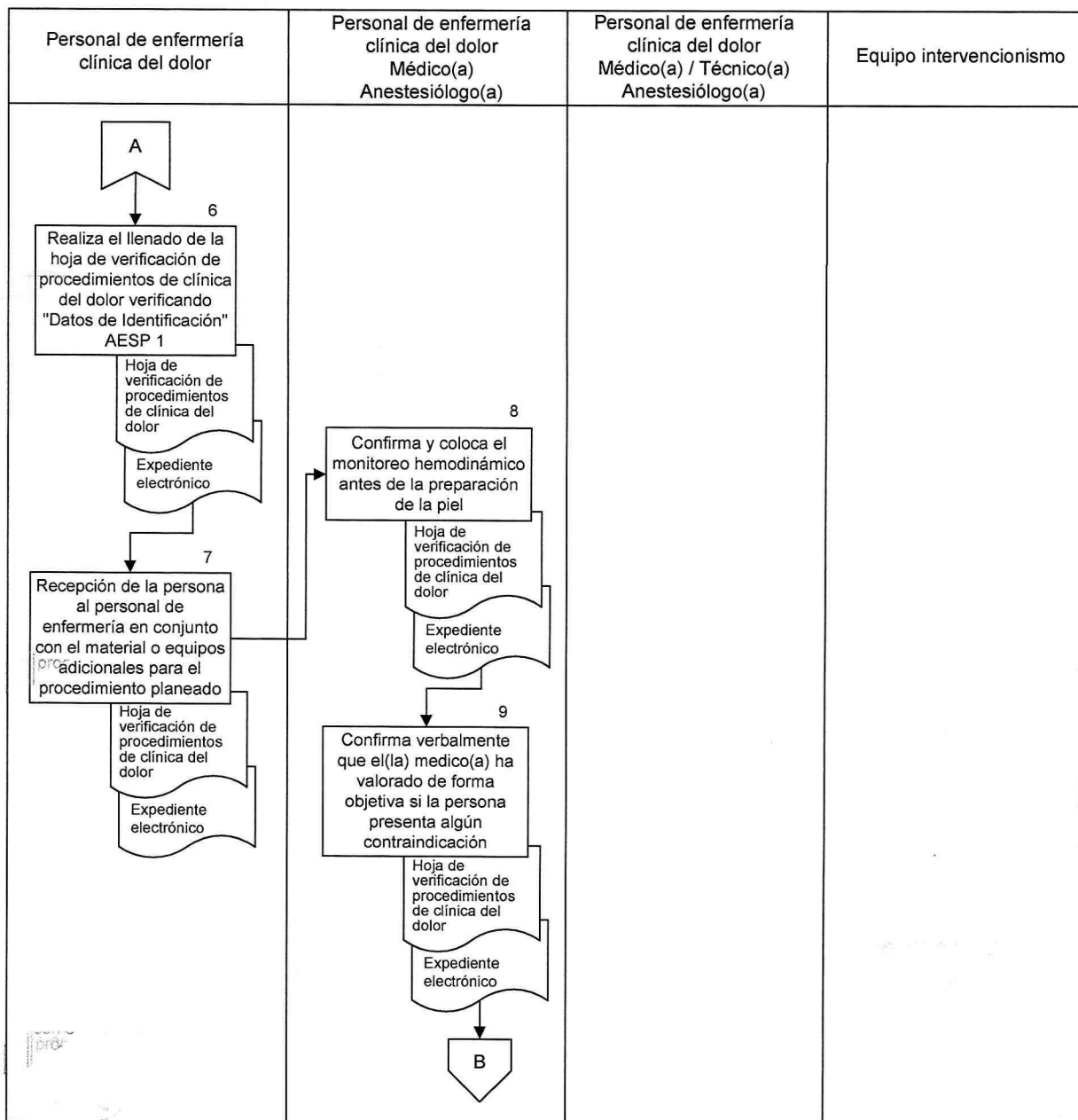
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 52
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

5.7 DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 4 “Para la seguridad de los procedimientos en clínica del dolor”



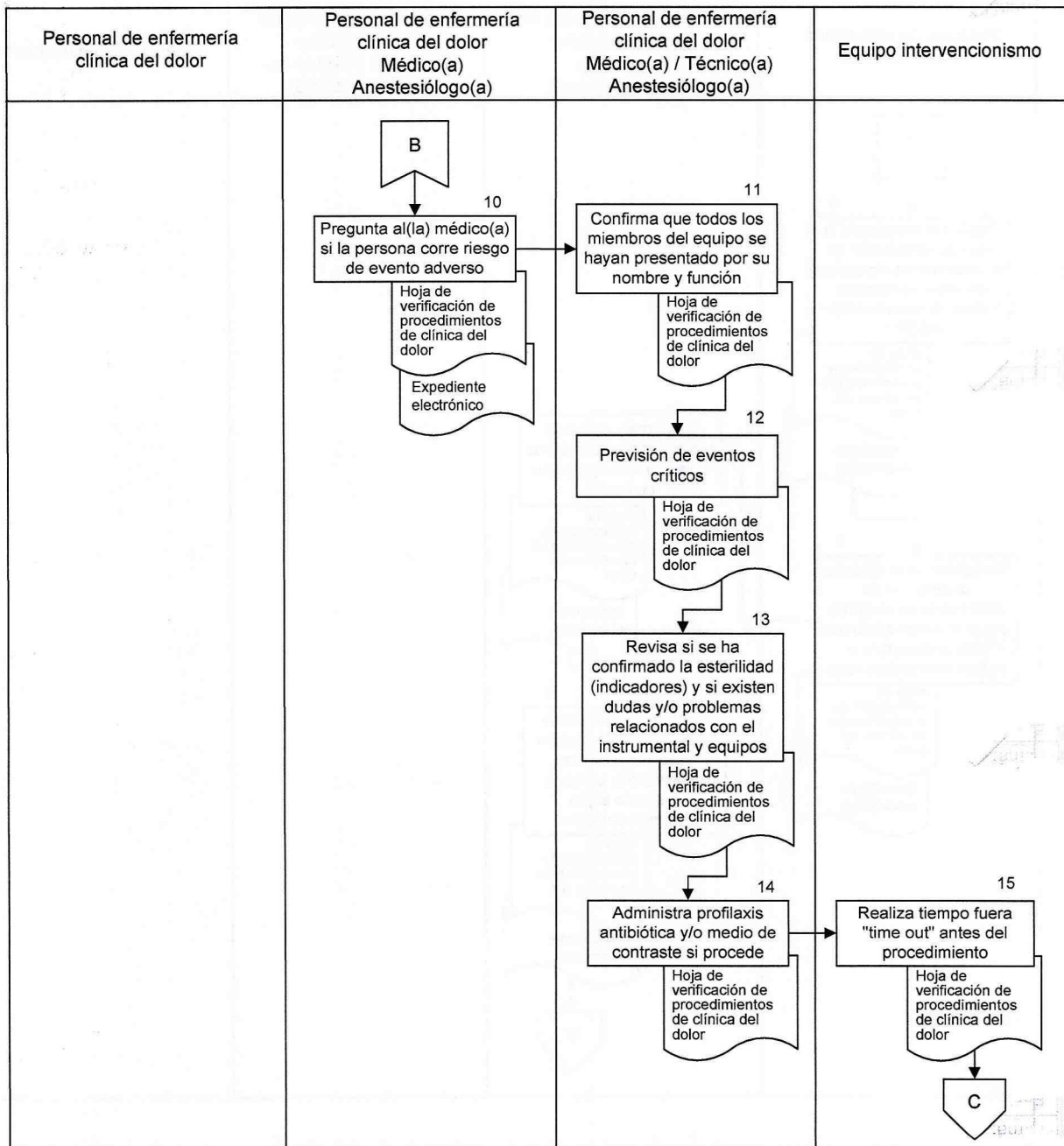
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Angel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 53
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



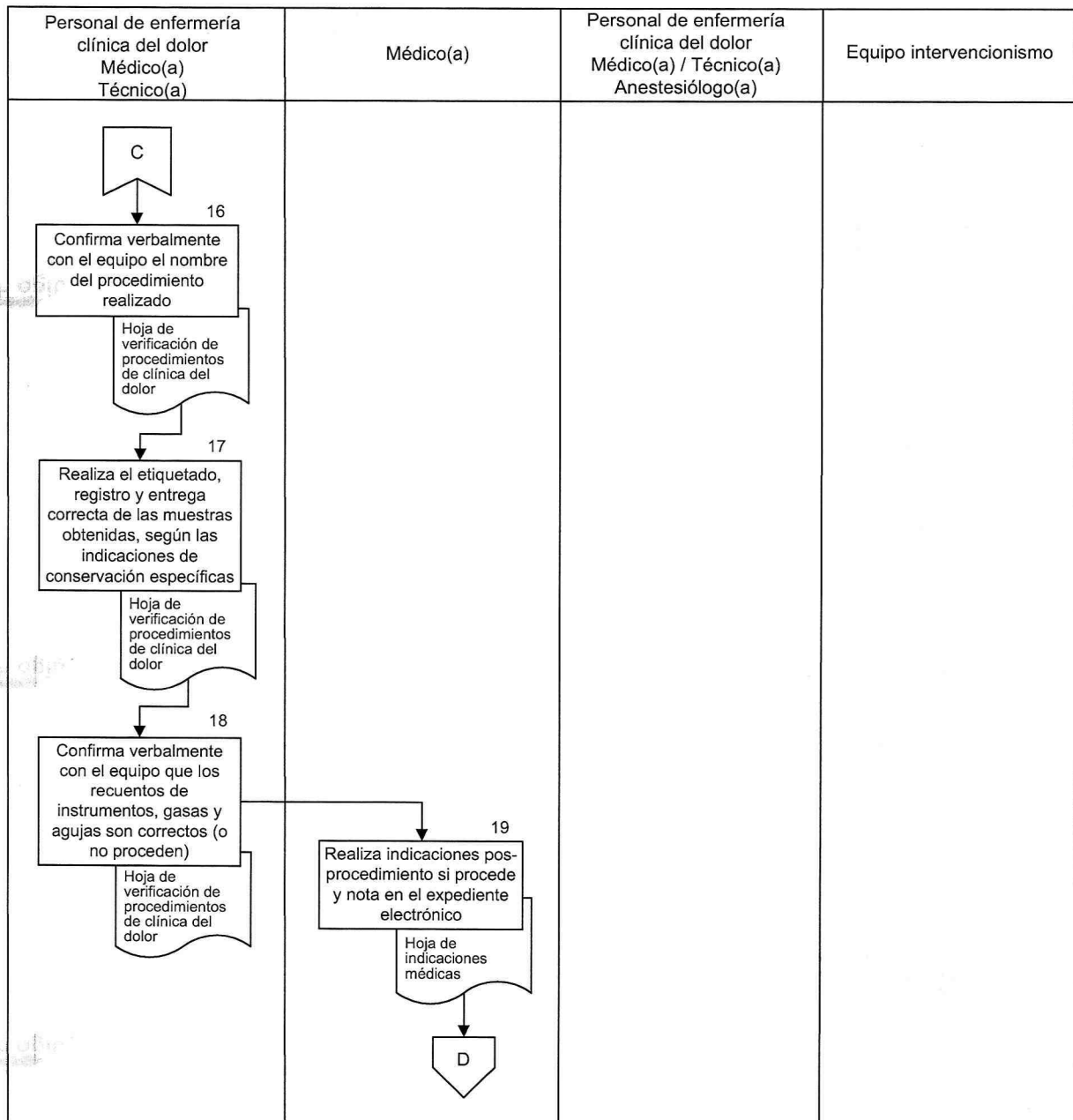
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

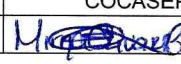
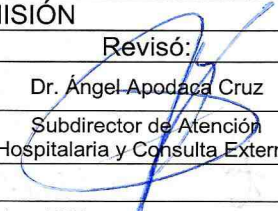
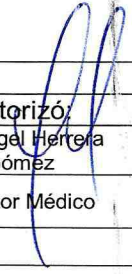
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 54
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



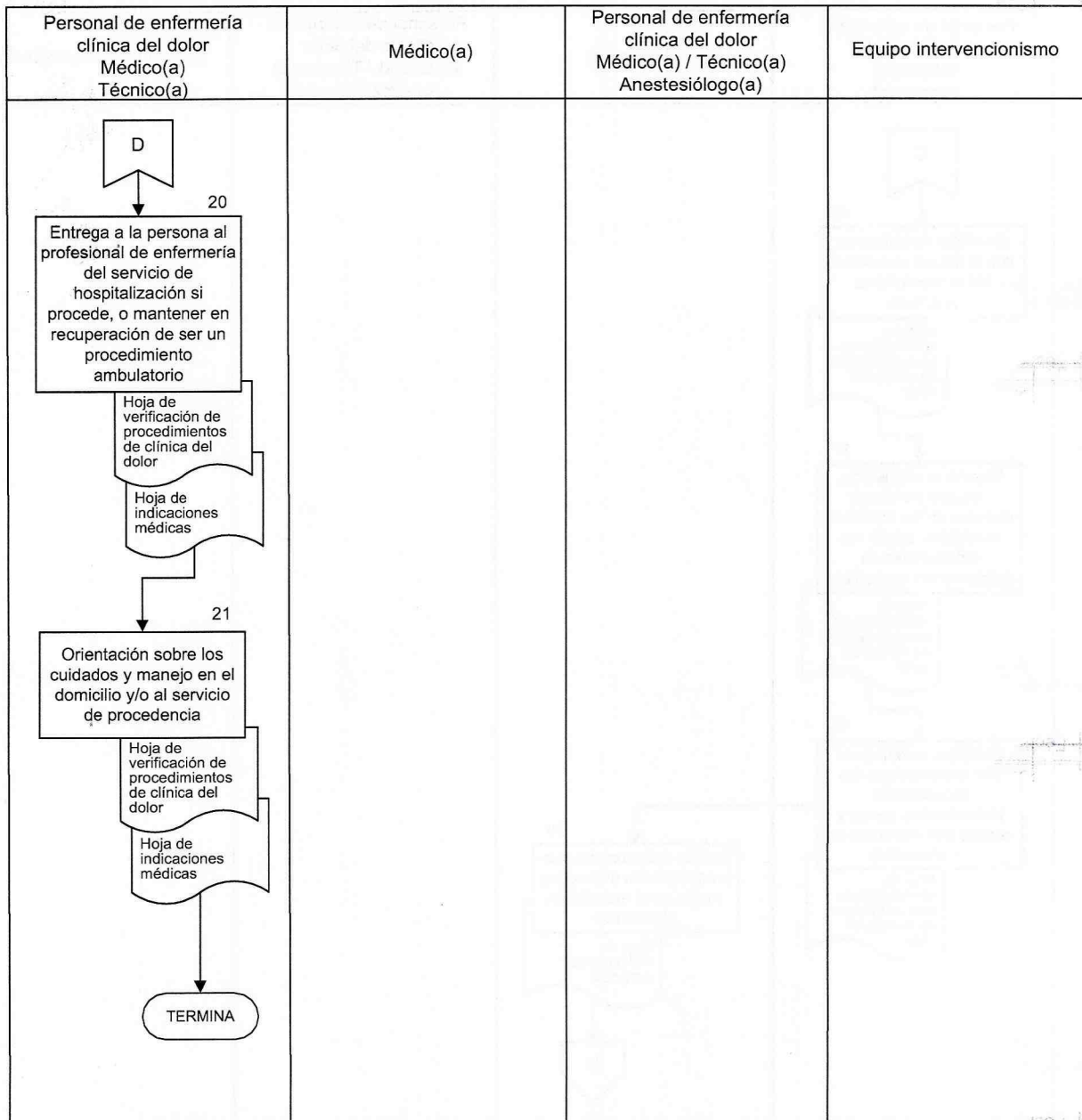
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

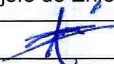
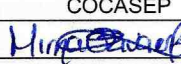
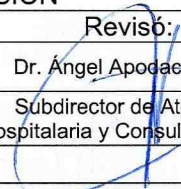
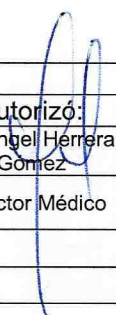
 SALUD SECRETARIA DE SALUD 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 55
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 56
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

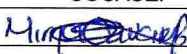
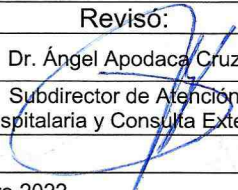
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos		HOJA: 57 DE: 87

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018. 2018.	N/P
6.11 NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	N/P
6.12 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.13 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7 REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

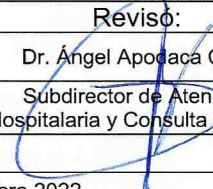
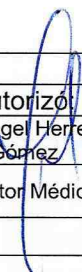
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 58
				DE: 87

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de indicaciones médicas (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación de procedimientos quirúrgicos (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación para instalación de cvc (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación de procedimientos en medicina nuclear (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación de procedimientos en intervencionismo y/o radiodiagnóstico (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de verificación de terapia de remplazo renal (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P

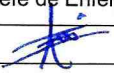
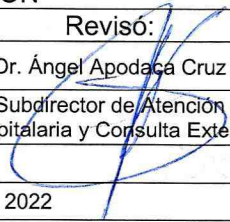
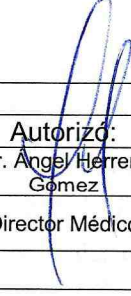
8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cirugía:** Rama de la medicina que comprende el cuidado pre, trans y post operatorio del enfermo e incluye como elemento principal la intervención quirúrgica, para la corrección de deformidades, mitigación del sufrimiento y prolongación de la vida.
- 8.2 Comunicación efectiva:** Forma de comunicación, que logra que quien transmite el mensaje lo haga de modo claro y entendible para su interlocutor/es, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas.
- 8.3 Confirmar:** Hacer firme y definitiva una decisión o un acuerdo que ya había sido convenido o pactado.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 59
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

- 8.4 CPRE:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento que combina la endoscopia gastrointestinal de la parte superior del aparato digestivo y radiografías para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos.
- 8.5 COCASEP:** Comité de calidad y seguridad del paciente.
- 8.6 Equipo quirúrgico:** Se entiende por equipo quirúrgico a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- 8.7 Equivocado:** Tener, tomar o hacer una cosa por otra, confundiéndolas, juzgando, actuando erróneamente.
- 8.8 Error:** Acción que no sigue lo que es correcto, acertado o verdadero y una decisión o un acuerdo que ya había sido convenido o pactado.
- 8.9 ETI:** Equipo de Terapia Intravenosa:
- 8.10 Indeleble:** Que no se puede borrar o quitar.
- 8.11 Intubación:** Procedimiento médico en el cual se coloca una cánula o sonda (tubo) en la tráquea a través de la boca o la nariz.
- 8.12 Listado de Chequeo de Cirugía Segura:** Herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.
- 8.13 Omitir:** Dejar de hacer algo voluntaria o involuntariamente.
- 8.14 Pausa quirúrgica:** Momento antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocado.
- 8.15 Sistema INCAN:** Sistema informático vigente del Instituto Nacional de Cancerología.
- 8.16 UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

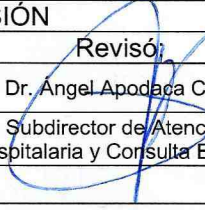
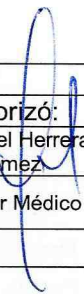
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 60
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 ANEXO 1 Hoja de verificación de cirugía segura
- 10.2 ANEXO 2 Hoja de verificación de instalación de catéter venoso central
- 10.3 ANEXO 3 Hoja de verificación de procedimientos de medicina nuclear
- 10.4 ANEXO 4 Hoja de verificación de procedimientos endoscópicos
- 10.5 ANEXO 5 Hoja de verificación de procedimientos de intervencionismo y/o radiodiagnóstico
- 10.6 ANEXO 6 Hoja de verificación de procedimientos de hemodiálisis
- 10.7 ANEXO 7 Hoja de verificación de procedimientos en clínica del dolor

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 61
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente		DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos			

10.1 ANEXO 1 HOJA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA	

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Cirugía: _____

VERIFICACIÓN PREOPERATORIA HOSPITALARIA

Ficha de identificación:
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años
 Género: F ☐ M ☐ Peso: _____ Kg Talla: _____ cm. No. de cama: _____ No. Expediente: _____

Datos para el Procedimiento Quirúrgico:
 Diagnóstico Médico: _____
 Procedimiento quirúrgico: _____
 Servicio Tratante: _____ Turno: _____ Médico Cirujano: _____
 Laboratorios: Hb _____ Hta _____ TP _____ TPT _____ INR _____ Plla _____ Fecha: _____
 Hemocomponentes reservados: CE _____ PFC _____ AFP _____ Otros: _____

Antecedentes:
 Patologías Agregadas: _____
 Controladas con: _____
 Capacidades limitadas: _____
 Alergias: _____
 Otros: _____

Valoración:
 Signos Vitales T/A: ____/____ mm/Hg FC: ____ X FR: ____ X Temp: ____ °C EVA: _____ Hora: _____
 Dextrostix: _____ mg/dl Unidades de Insulina Tipo: AR ☐ NPH ☐ Otros: _____ Hora: _____
 Edo. De Conciencia (A, S, E, C): _____ Riesgo de caída: Bajo: _____ Medio: _____ Alto: _____

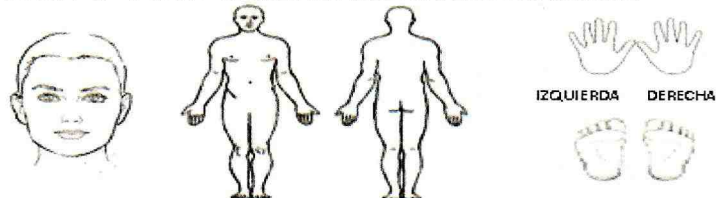
Preparación Física:
 Pulsera de identificación: Si ☐ No ☐ Motivo (No): _____
 Baño: Si ☐ No ☐ N/A ☐ Ayuno: Si ☐ No ☐ A partir de: _____ Hrs.
 Preparación Intestinal: Si ☐ No ☐ N/A ☐ Tipo de Enema: _____
 Medias de compresión: Si ☐ No ☐ Otro: _____
 Anticoagulantes: Si ☐ No ☐ Tipo/Dosis: _____ Hora: _____
 Prótesis: Si ☐ No ☐ Tipo: _____ A quien se le entrega: _____ Parentesco: _____

MARQUE CON UNA "X" EL LADO Y/O NIVEL DEL SITIO ANATÓMICO QUIRÚRGICO

Marcado documental
 Si ☐ No ☐ N/A ☐

Ratificar marcado de sitio quirúrgico
 en piel: Si ☐ No ☐ N/A ☐

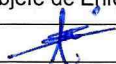
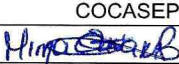
Observaciones: _____



VERIFICACIÓN PREOPERATORIA A LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL TRANSFER

PROCEDIMIENTOS A REVISAR	Observaciones
☐ Identificación de paciente comprobada	
☐ Pulsera de identificación colocada y correcta	
☐ Expediente clínico correcto (físico)	
☐ Consentimiento informado completo y correcto en expediente físico o electrónico	
☐ Comprobado diagnóstico y cirugía programada	
☐ Verificación del marcado del sitio quirúrgico correcto	
☐ Valoración cardiovascular	
☐ Consulta pre anestésica	
☐ Hemocomponentes en existencia	

Enfermera(o) Preoperatoria: _____ Nombre Completo: _____ Firma: _____

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 62
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos				

QUIROFANO

Antes de la inducción anestésica y con el paciente consciente verificar:

Simbología: ☒ Sí ☐ No ☐ N/A No aplica

ANESTESIOLOGO	ENFERMERIA	CIRUJANO
☐ Identidad del paciente ☐ Valoración de vía aérea ☐ Procedimiento quirúrgico ☐ Consentimiento informado ☐ Laboratorios y disposición de hemocomponentes ☐ Máquina de anestesia funcional ☐ Laringoscopio, monitor y pulsímetro funcional ☐ Preparación y rotulado de medicamentos ☐ Disponibilidad de dispositivos sustragílicos ☐ Disponibilidad de equipo para vía aérea difícil ☐ Verificación de esterilidad e integridad del globo de la cánula endotraqueal o mascarilla para intubar ☐ Comprobación de funcionamiento de aspirador ☐ Alergias identificadas ☐ Riesgo aproximado de sangrado _____ ml ☐ Riesgo de aspiración	☐ Identidad del paciente ☐ Procedimiento quirúrgico ☐ Marcado en piel ☐ Consentimiento informado ☐ Acceso vascular permeable ☐ Material y equipo disponible ☐ Esterilidad del material y equipo	☐ Identidad del paciente ☐ Procedimiento quirúrgico ☐ Marcado en piel ☐ Consentimiento informado ☐ Profilaxis antibiótica ☐ Pasos críticos

**INDICADOR QUÍMICO DE
ESTERILIDAD**

TIEMPO FUERA "PAUSA QUIRURGICA"

Antes de la incisión cutánea la Circulante, Instrumentista, Cirujano y Anestesiólogo verifican:

Se confirma presencia de los integrantes del equipo por su nombre y función ☐ Cirujanos ☐ Anestesiólogos ☐ Enfermería
El Cirujano confirma ☐ Identidad ☐ Procedimiento ☐ Sitio quirúrgico marcado ☐ Pasos críticos ☐ Pérdida de sangre prevista ☐ Tiempo aproximado de la cirugía
La enfermera instrumentista revisa y confirma ☐ Esterilidad de instrumental y material
Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos ☐ Sí Hora: _____ ☐ No ☐ N/A Observaciones: _____

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

Cirujano, Instrumentista, Circulante y Anestesiólogo confirman verbalmente

Cirugía Programada ☐ Sí ☐ No

Cirugía Realizada _____

☐ Sí ☐ No ☐ N/A Reporte de estudio transoperatorio y resultado _____

☐ Sí ☐ No ☐ N/A Recuento completo de instrumental, gases y agujas _____

☐ Sí ☐ No ☐ N/A Etiquetado correcto y completo de las muestras, lectura de etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente

☐ Sí ☐ No ☐ N/A Fallas que resolver relacionados con el instrumental y equipos: _____

Principales aspectos de recuperación y tratamiento del paciente:

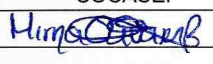
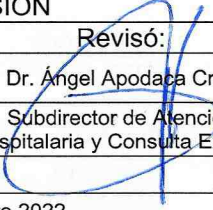
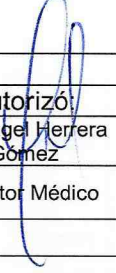
Médico cirujano: _____

Médico Anestesiólogo: _____

Enfermería: _____

NOMBRE Y FIRMA	Médico Cirujano:	Enfermera Instrumentista
	_____	Turno: _____
	_____	Enlace: _____
	Médico Anestesiólogo:	Enfermera Circulante
_____	Turno: _____	_____
_____	Enlace: _____	_____

CONTROL DE EMISIÓN

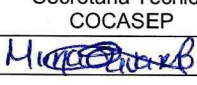
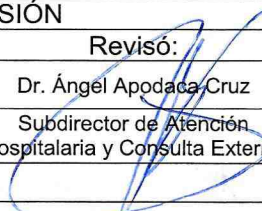
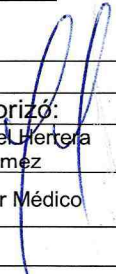
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 63
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos		DE: 87

REPORTE DE TRANSOPERATORIO

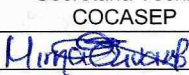
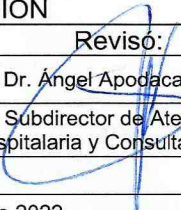
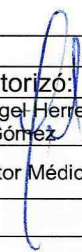
Quirófano No. _____

CIRUJANO: _____		1º. AYUDANTE: _____	
2º. AYUDANTE: _____		3º. AYUDANTE: _____	
4º. AYUDANTE: _____		ENF. CIRCUNLANTE: _____	
ENF. INSTRUMENT: _____		RESID. ANEST.: _____	
ANESTESIOLOGO: _____			
INGRESO A SALA: _____ HRS.		TERMINA CIRUGIA: _____ HRS.	
INICIO ANEST.: _____ HRS.		TERMINA ANESTESIA: _____ HRS.	
INICIA CIRUGIA: _____ HRS.		EGRESA DE SALA: _____ HRS.	
T/A _____ FC _____ X FR _____ X SO ² _____ % TEMP _____ °C DTX _____ Mg/dl EVA _____ HORA _____			
TIPO DE ANESTESIA: A.G.B. () COMBINADA () BLOQUEO () SEDACIÓN () LOCAL () OTRA _____			
CIRUGÍAS REALIZADAS			
1. _____		3. _____	
2. _____		4. _____	
POSICIÓN DEL PACIENTE: _____			
ASEPSIA CON: _____			
TRICOTOMIA: _____			
PLACA DE ELECTROCAUTERIO: ☒ NO () SI			
TORNIQUE TE: ☒ NO () SI			
TIEMPO DE ISQUEMIA INICIO _____ HRS			
AREA: _____			
LOCALIZACIÓN: INSTRUMENTO: _____			
SITIO: _____			
TERMINO: _____			
INGRESOS		EGRESOS	
HR/CANT.		HR/CANT.	
HARTMAN		ORINA	
MIXTA		HEMORRAG.	
FISIOLOG.		SUCCION	
HAEMACCEL		IRRIGAC.	
SANGRE		P. INSENS.	
PLAQUET.		L. ASCITIS	
OTROS		OTROS	
TOTAL		TOTAL	
TOTAL INGRESOS: _____		TOTAL EGRESOS: _____	
BALANCE	CANTIDAD	ML. (+)	CANTIDAD
			ML. (-)
MEDICAMENTOS		DTX: _____ MG/DL HR: _____	
HORA	PRESCRIPCION	DOSIS	VIA
ESPECIMEN (ES) QUIRURGICO (S) () NO () SI			
() MUESTRA CITOLÓGICO		() MUESTRA PARA CULTIVO DE:	
() ESPECIMEN BIOPSIA DE:		() PZA. (S) QUIRURGICA (S) DE:	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 64
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

TIPO/SONDA/CALIBRE/LOCALIZACIÓN		DRENAJE/CALIBRE/LOCALIZACIÓN		TIPO/ESTOMAS	
NASOGÁSTRICA: _____ URINARIA: _____ TORÁCICA: _____ OTROS: _____		PENROSE: _____ DRENOVAC: _____ BIOVAC: _____ OTROS: _____		ILEOSTOMIAS: _____ COLOSTOMIAS: _____ C. ILEAL: _____ OTROS: _____	
PROTESIS/PLACAS/TORNILLOS/ENGRAPADORAS		TIPO	CALIBRE	NUMERO	
CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS					
	INICIO			CONSUMO TOTAL	
GASAS RX.		+	+	+	+
COMPRESAS		+	+	+	+
COTONOIDES		+	+	+	+
PUCH		+	+	+	+
CUENTA DE INSTRUMENTAL : INICIO DE CIRUGIA COMPLETO () FIN DE CIRUGIA ()					
RELEVO DE TURNO	INSTRUMENTISTA		HR	CIRCULANTE	
NOTA DE ENFERMERIA					
NOTA DE ENFERMERIA					
EVENTO ADVERSO:					
TRASLADO DE PACIENTE: RECUPERACION () UTI () PISO () OTRO: _____					
T/A.: _____ F/C _____ X' F/R _____ X' TEMP _____ °C SPO2 _____ % EVA _____ HORA: _____					
EDO. CONCIENCIA: _____ RIESGO DE CAIDA: BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____					
SOLUCIONES:			INFUSIÓN ANALGESICA:		
A: _____			_____		
B: _____			_____		
C: _____			_____		
D: _____			_____		

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 65
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE CIRUGÍA SEGURA

El personal de salud deberá dar cumplimiento a lo contenido en la NOM-004-SSA-3-2012, mediante el registro en forma clara, correcta y legible, con letra de molde con la tinta correspondiente a su turno en los espacios indicados. Evitando tachaduras, enmendaduras, así como el uso de correctores.

PROCEDIMIENTO SEGURO

Información registrada por el personal de enfermería antes de la entrada del paciente al quirófano.

Fecha de Ingreso: Registrar la fecha correcta de ingreso hospitalario al servicio correspondiente hospitalización, atención inmediata y/o cirugía ambulatoria, en el formato día/mes/año.

Fecha de cirugía: Registrar la fecha de la intervención quirúrgica y/o procedimiento, en el formato día/mes/año.

VERIFICACIÓN PREOPERATORIA HOSPITALARIA

Nombre: Registrar el nombre completo del paciente tal como aparece en el expediente físico y adicionales, como lo marca la AESP 1.

Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente, en el formato día/mes/año.

Edad: Registrar en número, la edad del paciente en años cumplidos.

Género: Marque con una el espacio correspondiente al género del paciente.

F=Femenino M= Masculino

Peso: Registrar el peso corporal del paciente en Kg. obtenido en su ingreso hospitalario actual; de no ser posible debido al estado físico o clínico del paciente registre "Incapacidad para levantarse".

Tallas: Anotar la última cifra obtenida de la estatura del paciente expresado en cm., en caso de que no sea posible obtener la estatura del paciente registre la referenciada en el expediente.

No. de cama: Registrar de forma correcta el número de cama donde se encuentra asignado el paciente, si el paciente aún no se ha ingresado registre el número de cama virtual asignado por trabajo social.

No. de expediente: Registrar el número de expediente tal como aparece en el encabezado de la hoja frontal del expediente físico. Ejemplo 000154673

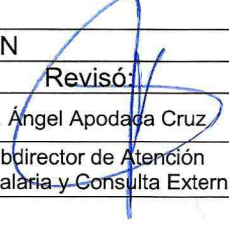
DATOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚGICO

Diagnóstico Médico: Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos.

Procedimiento Quirúrgico: Registrar el procedimiento programado que se le realizará al paciente tal como aparece en la nota médica del registro de operación.

Servicio Tratante: Registrar el servicio que está a cargo del paciente para la intervención del procedimiento quirúrgico, ejemplo Neumología, piel y partes blandas.

Turno: Registrar el turno en el que se encuentra programado el procedimiento, (1°, 2°, 3°).

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 66
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

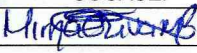
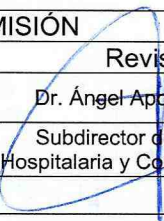
Médico Cirujano:	Registrar el nombre completo del Cirujano que realizará la cirugía.
Laboratorios:	Registrar en cada uno de los espacios el resultado de cada elemento solicitado y al final del renglón la fecha de los resultados obtenidos, la vigencia no debe ser mayor a 3 meses.
Hemocomponentes Reservados:	Registrar el número de hemocomponentes disponibles con base a los registros otorgados por banco de sangre. En caso de no requerir anotar en cada espacio la abreviación N/R = No Requiere
Patologías Agregadas:	Registrar las enfermedades crónico degenerativas del paciente.
Controladas con:	Registrar el nombre del o los medicamentos, dosis, vía y tiempo de tratamiento que el paciente lleva utilizando para controlar cada una de las mismas.
Capacidades Limitadas:	Registrar las limitantes físicas, sensoriales, cognitivas o de lenguaje del paciente que limiten la comunicación o movilidad.
Alergias:	Registrar en forma clara y precisa si el paciente refiere alergias conocidas y el alérgeno causal. En caso de no contar con antecedentes cada renglón debe cancelarse registrando la palabra "Ninguna" .

VALORACIÓN

Signos Vitales:	Registrar según se solicita los últimos signos y medición de dolor obtenidos de la valoración realizada al paciente, así como la hora.
Glicemia capilar:	Registrar el valor de glicemia capilar previa al procedimiento en mg/dl
Unidades de insulina:	En caso de requerir unidades de insulina previa al procedimiento, ejemplo 10/UI, en caso de no requerir anotar un guion.
Tipo de insulina:	Marcar con una X la insulina administrada AR [] NHP [] Otros []
Otros:	En caso de no ser insulina, registre el medicamento aplicado, dosis y vía, así como la hora en que se administró.
Estado de conciencia:	Registrar solo la inicial asignada que indique el estado de conciencia del paciente. A= Alerta S= Somnoliento E= Estupor C= Coma
Riesgo de caída:	Marcar con una ☒ el espacio que corresponda según la valoración de riesgo de caída que usted haya realizado. Bajo Medio Alto

PREPARACIÓN FÍSICA

Pulsera de Identificación:	Marcar con una ☒ el espacio que corresponda, de ser negativa la respuesta ocupará el espacio continuo para explicar el motivo .
Baño:	Marcará con una ☒ el espacio que corresponda. SI NO N/A
Ayuno:	Registrará la hora de inicio del ayuno. SI NO
Preparación Intestinal:	Marcará con una ☒ el espacio que corresponda, y a continuación el tipo de enema y/o medicamento.
Medias de Compresión:	Marcará con una ☒ el espacio que corresponda y en otros si el tipo de vendaje es con vendas.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 67
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

Anticoagulantes: Marcará con una ☒ el espacio correspondiente; en caso de ser **SI** registre el tipo, dosis y hora de administración del anticoagulante.

Prótesis: Marcará con una ☒ espacio que corresponda seguido del tipo de prótesis retirada y el nombre de la persona a quien se le entrega y parentesco. En caso de ser **NO**, cancele los espacios con una línea paralela a la línea de escritura.

MARQUE CON UNA "X" EL LADO O NIVEL DEL SITIO

Enfermería marcará con una "X" sobre la imagen gráfica, el sitio anatómico que será intervenido identificándolo correctamente. Verificando y ratificando el marcaje del sitio quirúrgico en piel.

Marcado documental: Registro en el expediente físico y la hoja de cirugía segura por motivos como: Tumor evidente, tumor ulcerado, o si el paciente rehúsa tener el marcado de sitio quirúrgico.

VERIFICACIÓN PREOPERATORIA A LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL TRANSFER ENFERMERA(O) PREOPERATORIO

El personal de enfermería que entregue al paciente en el transfer llenará los siguientes espacios: en el recuadro "procedimientos a revisar" colocará por recuadro según corresponda la siguiente simbología y en la línea de observaciones los motivos del porque no aplica.

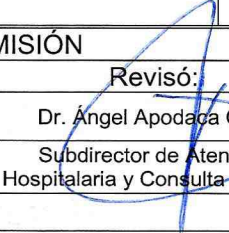
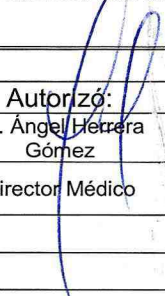
☒ = si X = no N/A= No aplica

En el momento en que se ha realizado y confirmado la información referente al paciente y al procedimiento quirúrgico la enfermera que hace entrega del paciente registrará su **nombre completo y su firma** en el último recuadro de este apartado.

QUIRÓFANO

Antes de la inducción anestésica y con el paciente consciente el ANESTESIOLOGO verifica con base a la simbología descrita en el apartado correspondiente.		En el apartado del personal de ENFERMERÍA verifica y registra en el apartado corresponde		En el apartado del personal del CIRUJANO verifica y registra en el apartado corresponde	
✓ =si X = no N/A = No aplica					
	Identidad del paciente		Identidad del paciente		Identidad del paciente
	Valoración de vía aérea		Procedimiento quirúrgico		Procedimiento quirúrgico
	Procedimiento quirúrgico		Marcado en piel		Marcado en piel
	Consentimiento informado		Consentimiento informado		Consentimiento informado
	Laboratorios y disposición de hemocomponentes		Acceso vascular permeable		Profilaxis antibiótica
	Máquina de anestesia funcional		Material y equipo disponible		Pasos críticos
	Laringoscopio, monitor y pulsioxímetro funcional	Esterilidad del material y equipo		Respecto a la profilaxis antibiótica se especificará en la línea tipo de antibiótico utilizado.	
	Preparación y rotulado de medicamentos				
	Disponibilidad de dispositivos supraclóticos				

CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:		Revisó:		Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 68
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

	Disponibilidad de equipo para vía aérea difícil	
	Verificación de esterilidad e integridad de globo de la cánula o mascarilla seleccionada para intubar.	
	Comprobación de funcionamiento de aspirador	
	Alergias Identificadas	
	Riesgo de aspiración	

En el apartado 13 y 14 el anestesiólogo especificará los cuestionarios

INDICADOR QUIMICO DE ESTERILIDAD

En este recuadro la enfermera circulante pegará el indicador químico, localizado dentro del contenedor del instrumental quirúrgico utilizado en el procedimiento, verificando con la enfermera quirúrgica el adecuado virado que garantiza la esterilidad del mismo.

TIEMPO FUERA "PAUSA QUIRÚRGICA"

En éste apartado un integrante del equipo quirúrgico guiará a los integrantes para confirmar en voz alta los puntos correspondientes.

Antes de la incisión cutánea la Circulante, Instrumentista, Cirujano y Anestesiólogo verifican

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

Cirujano, Instrumentista, Circulante y Anestesiólogo confirman verbalmente **ENFERMERÍA** en equipo con anestesia y cirujanos confirmará los cuestionamientos descritos y en base a la simbología descrita evaluará el apartado que le corresponde

✓ = si X = no N/A= No aplica

Cirugía programada

Registra simbología según corresponda.

Cirugía realizada

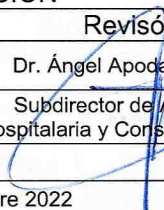
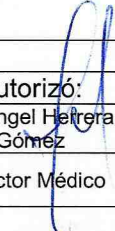
En caso de ser **NO**, registrar el nombre o tipo de cirugía que se realizó.

El resto de los puntos de éste apartado se cancelan con una línea horizontal en caso de que no haya información que agregar.

PRINCIPALES ASPECTOS DE RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

La enfermera (o) circulante registrará los principales aspectos de recuperación y tratamiento del paciente sugeridos por el cirujano, anestesiólogo y cuidados específicos de enfermería.

Es importante registra nombre completo y firma en el apartado correspondiente al concluir la entrega recepción del paciente el servicio correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 69
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente		DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos			

10.2 ANEXO 2 HOJA DE VERIFICACIÓN DE INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD EN LA INSTALACIÓN DE CVC	 GOBIERNO DE MÉXICO
	SALUD	

I. VERIFICACIÓN PREVIA A PROCEDIMIENTO

Fecha de elaboración: ____/____/____

Hora de inicio: ____ Hora término: ____

1. Ficha de identificación: Coloque una ☒ en el cuadro que

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años
 Género: F ☐ M ☐ Expediente: _____ Cama: _____ Externo: _____
 Diagnóstico Médico: _____ Servicio interconsultante: _____

2. Antecedentes: Coloque una ☒ en el cuadro que aplique

Antecedente de CVC: No ☐ Si ☐ Instalación previa por USG ☐ Intervencionismo ☐
 Eventos presentados: No ☐ Si ☐ Trombosis ☐ Retiro por infección ☐ Salida accidental ☐ Retiro por fin de tratamiento ☐
 Alergias: Si ☐ No ☐ _____
 Comorbilidades: Si ☐ No ☐ N/A ☐ _____
 Anticoagulantes: Si ☐ No ☐ N/A ☐ Tipo/Dosis: _____ Hora última toma: _____
 Antihipertensivos: Si ☐ No ☐ N/A ☐ Medicamento/Dosis: _____ Hora última toma: _____
 Capacidades limitadas: Si ☐ No ☐ N/A ☐ _____
 Dispositivos para la movilización: Si ☐ No ☐ N/A ☐ Enfermedades infectocontagiosas: Si ☐ No ☐ _____

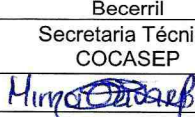
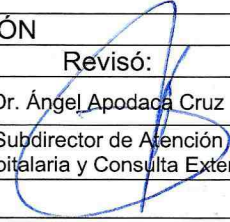
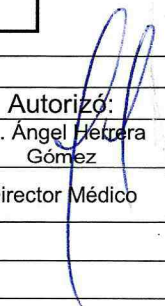
3. Valoración:

Edo. De Conciencia: Alerta ☐ Letárgico ☐ Estuporoso ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ E. Karnofsky: _____
 Signos Vitales: T/A: ____/____ mm/Hg FC: ____ x' FR: ____ x' SpO2: ____ % EVA: ____/10 Hora: _____
 Lab: Pla. ____ miles/mm3 INR ____ Hb. ____ gr/dl Leucos. ____ % Neutros. Abs. ____ miles/mm3 Fecha: ____/____/____
 Estudios de imagen/ fecha: RX Tórax ____ TAC ____ PET ____
 Motivo de instalación: Manejo médico ☐ Apoyo nutricional ☐ Tratamiento de QT ☐ Capital venoso escaso ☐

4. Verificación de las barreras de seguridad: Simbología: ☒ Si ☐ No ☐ N/A No aplica

PREPARACIÓN DEL PACIENTE	MATERIAL Y EQUIPO	PERSONAL DE SALUD QUE INTERVIENE EN EL PROCEDIMIENTO	
☐ Pulsera de identificación o carnet institucional	Catéter tipo: _____ Vías: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	ENFERMERÍA	MÉDICO
☐ Nombre correcto del paciente	Sutura, tipo: _____	☐ Realizar higiene de manos	☐ Realizar higiene de manos
☐ Recibió información del personal de salud del procedimiento a realizar	Antiséptico, tipo: _____	☐ Identificar al paciente	☐ Identificar al paciente
☐ Firma consentimiento informado	Apósito, tipo: _____	☐ Verificar consentimiento informado completo y correcto	☐ Verificar laboratorio y gabinete
☐ Higiene de la piel o área con clorhexidina	☐ Jeringa 20cc c/sol. fisiológica 0.9% ☐ Jeringa 10cc c/lidocaína ☐ Jeringa de 5cc con 1000 UI heparina	☐ Colocar al paciente dando posición correcta	☐ Verificar pasos críticos
☐ Colocación de gorro	☐ Instrumental estéril y completo	☐ Descubrir zona de instalación de CVC	☐ Identificar y valorar la zona de instalación
☐ Colocación de cubrebocas	Insumos completos: Si ☐ NO ☐	☐ Realiza preparación de la piel con antiséptico	☐ Probabilidad de cambio de sitio de instalación
☐ Colocación de cubrecalzado	Especifique: _____	☐ Da el tiempo estimado para que actúe en la piel	☐ Probabilidad de cambio de CVC programado
☐ Recorte de vello			

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 71
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos				

INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE INSTALACION DE CVC

Para dar cumplimiento a la AESP 4 la hoja de verificación se hará el llenado en la posterior de la papeleta de citas de medicina nuclear.

VERIFICACIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO

Información registrada por el personal de enfermería antes de la entrada del paciente al quirófano.

Fecha de elaboración: Registrar la fecha correcta de ejecución del procedimiento, formato día/mes/año.

Horario: Registrar la hora de inicio y termino de la instalación de catéter venos central, formato 00:00

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Registrar el nombre completo del paciente tal como aparece en el expediente físico y adicionales, como lo marca la AESP 1.

Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente, en el formato día/mes/año.

Edad: Registrar en número, la edad del paciente en años cumplidos.

Género: Marque con una el espacio correspondiente al género del paciente.
F=Femenino M= Masculino

No. de expediente: Registrar el número de expediente tal como aparece en el encabezado de la hoja frontal del expediente físico. Ejemplo 000154673

Diagnostico: Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos del paciente.

Servicio interconsultate: Registrar el servicio que está a cargo del paciente, ejemplo Neumología, PyPB, CyC.

ANTECEDENTES

De CVC: Marcar con ☒ si cuenta con antecedente previo de colocación de CVC, de ser afirmativa confirmar si fue instalado por medio de USG y/o intervencionismo.

Eventos presentados: Marcar con ☒ la presencia de eventos asociados a la uso previo del catéter venoso central.

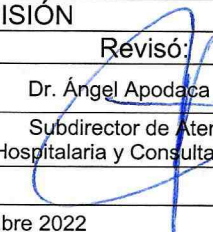
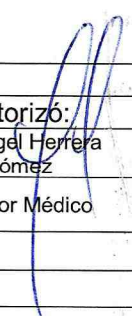
Alergias: Interrogar y registrar las alergias conocidas a alimentos, medicamento y/o sustancias. En caso de contar colocar **"NINGUNA"**

Comorbilidades: Registrar si el paciente cuenta con antecedentes crónico degenerativos, en caso de ser afirmativo especificar cuáles en la línea correspondiente.

Anticoagulantes: Registra el uso de por parte del paciente, registra tipo, dosis y hora de ultima toma en los espacios asignados. En caso de usar colocar un guion.

Capacidad limitada: Marcar con ☒ si existe alguna limitación en la movilidad o desplazamiento y especificar el tipo o colocar N/A.

Dispositivos para la movilidad: Registrar con una ☒ si el paciente utiliza dispositivos de movilidad.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 72
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos				

Enfermedades infecciosas:

Registrar si el paciente cursa con alguna enfermedades infecto-contagiosa, especificando el tipo.

VALORACIÓN

Estado de conciencia:

Marcar con ☒ el estado de conciencia actual del paciente.

Escala karnofsky:

Registrar el puntaje obtenido de la evaluación de la escala karnofsky.

Signos vitales:

Registra los valores de los signos vitales solicitados y tomados al ingreso.

Laboratorios:

Registrar en cada espacios el resultado de cada elemento solicitado, valores actuales.

Estudios de imagen:

Registrar la fecha de los estudios de imagen tomados al paciente para la instalación del CVC.

Motivo de instalación:

Marcar con ☒ la razón por la cual se indica la instalación del CVC.

VERIFICACIÓN DE LAS BARRERAS DE SEGURIDAD

Preparación del paciente:

Registrar con la siguiente simbología los aspectos que cumple el paciente al ingreso al área de instalación del catéter venoso central.

☒ = Si ☐ = No N/A= No aplica

Material y equipo:

Registra el tipo de catéter a colocar, por ejemplo, arrow, Mahurkar, PICC, así como referir el número de lúmenes que tienen.

- Registra el tipo de sutura, antiséptico y apósito que se utilizó durante la instalación del paciente.
- Seleccionara el tipo de jeringas usadas, durante la instalación, especificando el tipo de anticoagulante.
- Registrar si se cuenta con el instrumental e insumos estéril y completo, en caso de material adicional colocar la especificación correspondiente.

PERSONAL DE SALUD QUE INTERVIENE EN EL PROCEDIMIENTO

Enfermería:

Registrar con la siguiente simbología los aspectos que ejecuta el profesional de enfermería para la instalación del carácter venoso central.

☒ = Si ☐ = No N/A= No aplica

Medico:

Registrar con la siguiente simbología los aspectos que ejecuta el personal médico para la instalación del carácter venoso central.

☒ = Si ☐ = No N/A= No aplica

VERIFICACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO

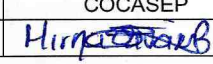
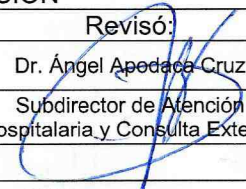
Tiempo fuera "time out":

Registrar con la siguiente simbología los aspectos antes de la infiltración con lidocaína al paciente.

☒ = Si ☐ = No N/A= No aplica

Esterilidad del material y equipo:

En este recuadro la enfermera circulante pegará el indicador químico, localizado dentro del contenedor del instrumental quirúrgico utilizado en el procedimiento,

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 73
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

verificando con la enfermera quirúrgica el adecuado virado que garantiza la esterilidad del mismo.

Durante el procedimiento:

Registrar con la siguiente simbología los aspectos que se cumplan o no durante la instalación del catéter venoso central.

✓ = Si ■ = No N/A= No aplica

Sitio de inserción:

Registrar en la imagen correspondiente le sitio de instalación final del catéter, especificando la longitud del catéter que se introdujo y la que queda fuera de la piel, expresada en cm.

Registros relevantes:

De manera adicional colocar observaciones pertinentes por el personal de enfermería sobre la instalación, manejo y seguimiento del dispositivo venoso.

VERIFICACIÓN AL TERMINO DEL PROCEDIMIENTO

Medico confirma verbalmente:

Registrar si se ejecutó el procedimiento planeado por el personal médico de manera verbal con el paciente.

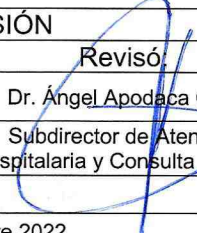
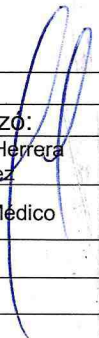
Principales aspectos en el paciente:

- Registra los signos vitales del paciente al concluir la instalación, en los espacios asignados.
- Registrar el sitio específico de la colocación correcta y espacio intercostal de la punta del catéter con el control radiológico posterior.
- En caso de requerir redirección o recolocación del catéter, registrar en los apartados correspondientes.
- Registra ante la presencia de neumotórax y/o hemotórax asociado a la instalación del acceso venoso central. Mencionar el control radiológico posterior al manejo del mismo.
- Ejecutar y notificar la nota en el expediente electrónico correspondiente al paciente, resaltando aspectos de la instalación relevantes.

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO QUE INTERVINO EN LA INSTALACIÓN

Equipo de salud:

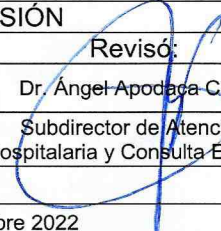
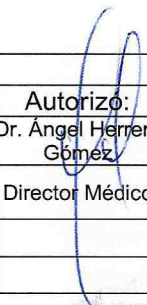
Registrar nombre y firma de los integrantes de equipo de salud que participaron en la instalación del carácter venosos central del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 74
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

10.3 ANEXO 3 HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA			
LISTA DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR			
ANTECEDENTES AYUNO _____ HRS DM ☐ HAS ☐ MARCAPASO ☐ OTROS _____ GLICEMIA _____ mg/dl ALERGIAS _____ LIMITACION DE LA MOVILIDAD ☐ SI ☐ NO INFORMA RIESGOS Y/O COMPLICACIONES ☐ SI ☐ NO CONSENTIMIENTO INFORMADO ☐ SI ☐ NO TIPO DE ESTUDIO PET-CT ☐ MUGA ☐ OSEO ☐ OTROS _____ MODULO DE RECEPCION _____ HORA _____ PREPARACION ADECUADA ☐ SI ☐ NO ENFERMERA _____ HORA DE ATENCION _____ HORA DE INYECCION _____ TIPO ACCESO AVP ☐ PICC ☐ ACTIVIDAD MCI _____ CONTRASTE: ☐ SI ☐ NO DOSIS _____ HORA DE ESTUDIO _____ MEDICO _____ FECHA DE REPORTE: / /			
TIEMPO FUERA	ANTES DE LA ADMINISTRACION RADIOFARMACO ☐ PERSONA CORRECTA ☐ RADIOFRAMACO CORRECTO ☐ DOSIS CORRECTA ☐ PROBABLE EMBARAZO		SITIO DE ACCESO VENOSO 
	FUM: / /		
		OBSERVACIONES	
		ENFERMERA _____ MEDICO/FISICO _____	

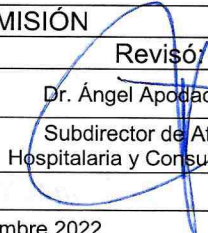
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 75
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR

Para dar cumplimiento a la AESP 4 la hoja de verificación se hará el llenado en la posterior de la papeleta de citas de medicina nuclear. Respecto a la identificación correcta plasmada en la AESP1 incluyen nombre, expediente y fecha de nacimiento son tomados del aparato frontal de la paleta.

Ayuno:	Registrar las horas de ayunos con las que cuenta el paciente.
Antecedentes:	Marcar con ☒ si el paciente cuenta con antecedente de crónico degenerativos DM [] HAS [] Marcapasos [] otros
Glicemia capilar:	Registrar el valor de glicemia capilar obtenido al ingreso, expresado en mg/dl
Alergias:	Interrogar y registrar las alergias conocidas a alimentos, medicamento y/o sustancias. En caso de contar colocar "NINGUNA"
Limitación de la movilidad:	Marcar con ☒ si existe alguna limitación en la movilidad o desplazamiento.
Informar riesgos:	Verificar si cuenta con la información sobre los riesgos y/o complicaciones derivados del estudio a ejecutarse.
Consentimiento:	Confirmar si cuenta con el consentimiento informado firmado y completo.
Tipo de estudio:	Marcar con ☒ el tipo de estudio, en caso de ser otro procedimiento colocar nombre en la línea.
Módulo de recepción:	Registrar las iniciales y hora de la persona que recibe al paciente en el módulo de recepción de medicina nuclear.
Preparación adecuada:	Marcar con ☒ el paciente cuenta con la preparación adecuada, ayuno, medicamentos y material necesarios para el procedimiento planeado.
Enfermera:	Registrar iniciales del personal de enfermería encargado de la recepción y preparación inicial del paciente antes del estudio.
Hora de atención:	Registra la hora que inicia la preparación del paciente en medicina nuclear.
Hora de inyección:	Registra la hora que inicia la ministración de radiofármaco por acceso venoso.
Tipo de acceso:	Seleccionar con ☒ el acceso venoso utilizado y/o colocado al paciente para el estudio. Registrar con una "X" en la imagen derecha el sitio de colocación.
Actividad mCi:	Registrar la actividad específica del radionúclido, en mCi administrado.
Contraste:	Marcar con ☒ si se requiere el uso de medio de contraste. En caso de ser afirmativo colocar la dosis utilizada en el espacio correspondiente.
Hora de estudio:	Registra la hora en la que inicia el estudio por el físico.
Médico:	Colocar las iniciales del médico y/o físico que ejecuta el estudio.
Fecha de reporte	Establecer la fecha de entrega del informe del estudio ejecutado.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 76 DE: 87

TIEMPO FUERA "TIME OUT"

Antes de la administración de radiofármaco verificar con el paciente y papeleta; marcar con ✓ los siguientes rubros

☐	Persona correcta
☐	Radiofármaco correcto
☐	Dosis correcta
☐	Probable embarazo

Adicional a negar la existencia de embarazo confirmar con la fecha de ultima menstruación. Ante la sospecha de embarazo notificar y suspender estudio.

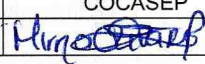
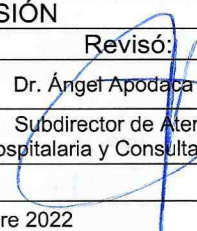
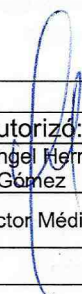
Observaciones

Registra las eventualidades presentadas en el paciente o equipo que se deriven del estudio ejecutado.

Enfermería
Médico y/o
físico

Registrar nombre y forma del personal de enfermería que ejecuto el estudio.

Registrar nombre y forma del médico y/o físico del estudio.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 77
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 87
		4. Seguridad en los procedimientos		

10.4 ANEXO 4 HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

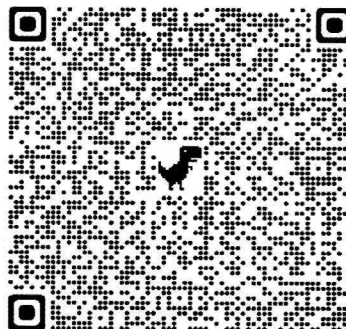
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

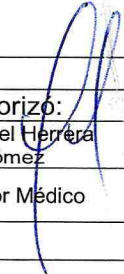
Nombre de la Persona: _____ Fecha: ____/____/____
 Expediente: _____ F.N.: ____/____/____ Diagnostico: _____
 Antecedente HAS ☐ DM ☐ VIH ☐ Otras _____ Alergias _____
 Signos vitales T/A: ____/____ mmHg PAM ____ FC ____ X' FR ____ X' Temp ____ °C Sat. O2 ____ % Glasgow ____
 Preparación Ayuno 22hrs ☐ Prep. Intestinal ☐ Glicemia ____ mg/dl Tipo de Acceso AVP ☐ CVC ☐ CTP ☐ PICC ☐
 Procedimiento Panendoscopia ☐ Colonoscopia ☐ Ultrasonido ☐ CPRE ☐ Colocación de sonda ☐
 Rectosigmoidoscopia ☐ Especifique _____

TIEMPO FUERA	ANTES DEL INGRESO A SALA		ANTES DEL PROCEDIMIENTO		AL TERMINO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		Persona Correcta		Se presentó el equipo		Sangrado _____ ml
		Procedimiento y sitio correcto		Hemodinámicamente estable		Muestras _____
		Consentimiento informado		Requiere sedación		Drenajes /sonda colocados
		Preparación adecuada		Medio de contraste, si procede		Reacciones/ Complicación
		Material completo/estéril		Profilaxis antibiótica, si procede		Manejo pos- procedimiento
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		Material especial		Riesgo de sangrado		Seguimiento ____/____/____
	SI	NO		Equipo biomédico funcional		

Enfermería _____ Medico de Endoscopia _____ Anestesiólogo _____
 Registro Clínico _____

CÓDIGO QR



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 78
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Llenar con pluma con letra de molde, sin tachaduras, sin omisión de alguna letra de acuerdo a lo plasmado en la libreta de citas o el expediente electrónico (Sistema INCAN) de cada persona.

- Nombre de la persona:** Anotar nombre completo iniciando por el nombre de la persona, de manera legible.
- Fecha:** Registrar la fecha de ejecución del procedimiento con el formato día/mes/ año.
- Expediente:** Anotar el número de expediente a 6 dígitos, corroborar, con el usuario, libreta de citas.
- Fecha de nacimiento:** Colocar fecha de nacimiento con el formato día/ mes /año. Ejemplo 12/05/1956.
- Diagnostico:** Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos del paciente.
- Antecedentes:** Colocar una ☒ si el paciente padece alguna enfermedad o cuenta con antecedentes crónico degenerativos. En caso de ser negativo no registrar.
- Alergias:** Colocar las alergias registradas o conocidas, incluir medicamentos, alimentos o sustancias. En caso de NO presentar o desconocerla colocar NEGADAS o NINGUNA respectivamente.
- Signos vitales:** Registra los valores de los signos vitales solicitados y tomados al ingreso.
- Preparación:** Marcar con ☒ si el paciente cuenta con ayuno en horas y la preparación intestinal adecuada si procede.
- Glicemia capilar:** Registrar el valor de glicemia capilar obtenido al ingreso, expresado en mg/dl
- Tipo de acceso:** Marcar con ☒ el acceso venoso utilizado y/o colocado al paciente para el estudio.
AVP [] CVC [] CTP [] PICC []
- Procedimiento:** Seleccionar el procedimiento a ejecutarse en el paciente con una ☒ en caso de ser algún otro estudio colocar el nombre en el espacio correspondiente.

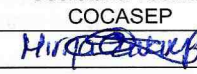
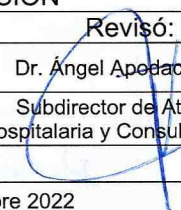
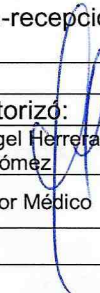
TIEMPO FUERA O "TIME OUT"

Verificar y colocar una ☒ si cumple con los requisitos ANTES DEL INGRESO A SALA	Verificar y colocar una ☒ se ejecutan ANTES DEL PROCEDIMIENTO	Verificar y colocar una ☒ si se cumplen AL TERMINO DEL ESTUDIO																																				
<table border="1"> <tr><td></td><td>Persona correcta</td></tr> <tr><td></td><td>Procedimiento y sitio correcto</td></tr> <tr><td></td><td>Consentimiento informado</td></tr> <tr><td></td><td>Preparación adecuada</td></tr> <tr><td></td><td>Material completo / estéril</td></tr> <tr><td></td><td>Material especial</td></tr> <tr><td></td><td>Equipo biomédico funcional</td></tr> </table>		Persona correcta		Procedimiento y sitio correcto		Consentimiento informado		Preparación adecuada		Material completo / estéril		Material especial		Equipo biomédico funcional	<table border="1"> <tr><td></td><td>Se presentó el equipo</td></tr> <tr><td></td><td>Hemodinámicamente estable</td></tr> <tr><td></td><td>Requiere sedación</td></tr> <tr><td></td><td>Medio de contraste. Si procede</td></tr> <tr><td></td><td>Profilaxis antibiótica, si procede</td></tr> <tr><td></td><td>Riesgo de sangrado</td></tr> </table>		Se presentó el equipo		Hemodinámicamente estable		Requiere sedación		Medio de contraste. Si procede		Profilaxis antibiótica, si procede		Riesgo de sangrado	<table border="1"> <tr><td></td><td>Sangrado----- ml .</td></tr> <tr><td></td><td>Muestras _____</td></tr> <tr><td></td><td>Drenaje/sondas colocadas.</td></tr> <tr><td></td><td>Manejo post-procedimiento</td></tr> <tr><td></td><td>Seguimiento / /</td></tr> </table>		Sangrado----- ml .		Muestras _____		Drenaje/sondas colocadas.		Manejo post-procedimiento		Seguimiento / /
	Persona correcta																																					
	Procedimiento y sitio correcto																																					
	Consentimiento informado																																					
	Preparación adecuada																																					
	Material completo / estéril																																					
	Material especial																																					
	Equipo biomédico funcional																																					
	Se presentó el equipo																																					
	Hemodinámicamente estable																																					
	Requiere sedación																																					
	Medio de contraste. Si procede																																					
	Profilaxis antibiótica, si procede																																					
	Riesgo de sangrado																																					
	Sangrado----- ml .																																					
	Muestras _____																																					
	Drenaje/sondas colocadas.																																					
	Manejo post-procedimiento																																					
	Seguimiento / /																																					

Al término del procedimiento endoscópico y antes de la entrega-recepción y/o egreso del paciente a domicilio. El equipo de salud colocara nombre completo y firma en el espacio asignado.

Observaciones Registra todos los eventos y/o complicaciones que se deriven del procedimiento endoscópico.

En caso de complicaciones y/o eventualidades se llenará la hoja de verificación de manera física y resguardando el archivo digital en plataforma, la cual se integrará al expediente; para la entrega-recepción del paciente al servicio correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 80
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN Y RADIODIAGNÓSTICO

Llenar con pluma con letra de molde, sin tachaduras, sin omisión de alguna letra de acuerdo a lo plasmado en la libreta de citas o el expediente electrónico (Sistema INCAN) de cada persona.

Nombre de la persona:	Anotar nombre completo iniciando por el nombre de la persona, de manera legible y completo.
Fecha:	Registrar la fecha de ejecución del procedimiento con el formato día/mes/ año.
Expediente:	Anotar el número de expediente a 6 dígitos, corroborar, con el usuario, libreta de citas.
Fecha de nacimiento:	Colocar fecha de nacimiento con el formato día/ mes /año. Ejemplo 12/05/1956.
Diagnostico:	Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos del paciente.
Antecedentes:	Colocar una ☒ si el paciente padece alguna enfermedad o cuenta con antecedentes crónico degenerativos. En caso de ser negativo no registrar.
Alergias:	Colocar las alergias registradas o conocidas, incluir medicamentos, alimentos o sustancias. En caso de NO presentar o desconocerla colocar NEGADAS o NINGUNA respectivamente.
Signos vitales:	Registra los valores de los signos vitales solicitados y tomados al ingreso.
Preparación:	Marcar con ☒ si el paciente cuenta con ayuno en horas y la preparación intestinal adecuada si procede.
Glicemia capilar:	Registrar el valor de glicemia capilar obtenido al ingreso, expresado en mg/dl
Tipo de acceso:	Marcar con ☒ el acceso venoso utilizado y/o colocado al paciente para el estudio. AVP [] CVC [] CTP [] PICC []
Procedimiento:	Seleccionar el procedimiento a ejecutarse en el paciente con una ☒ ; en caso de ser algún otro estudio colocar el nombre en el espacio correspondiente.

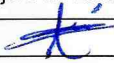
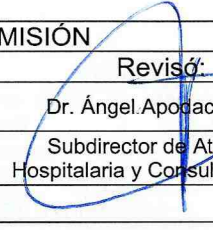
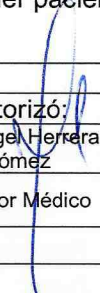
TIEMPO FUERA O "TIME OUT"

Verificar y colocar una ☒ si cumple ANTES DEL INGRESO A SALA		Verificar y colocar una ☒ si se ejecuta ANTES DEL PROCEDIMIENTO		Verificar y colocar una ☒ si cumple AL TERMINO DEL ESTUDIO	
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no
si	no	si	no	si	no

Al término del procedimiento endoscópico y antes de la entrega-recepción y/o egreso del paciente a domicilio. El equipo de salud colocara nombre completo y firma en el espacio asignado.

Registro clínico Registra todos los eventos y/o complicaciones que se deriven del procedimiento endoscópico.

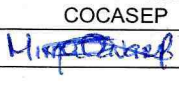
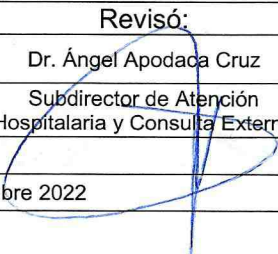
En caso de complicaciones y/o eventualidades se llenará la hoja de verificación de manera física y resguardando el archivo digital en plataforma, la cual se integrará al expediente; para la entrega-recepción del paciente al servicio correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 81
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 87
		4. Seguridad en los procedimientos		

10.6 ANEXO 6 HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA HEMODIÁLISIS	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Edad: _____ años Expediente: _____	Género: F ☐ M ☐ N° de cama: _____
Diagnóstico: _____	Diagnóstico nefrológico: _____
PRE HEMODIÁLISIS	
N° Sesión: _____	
I. LABORATORIOS	
Hb: _____ g/dl HTO: _____ % Pla: _____ 10 ⁹ /L Urea: _____ mmol/L Creatinina: _____ mg/dl	
BUN: _____ mg/dl Na: _____ mEq/L K: _____ mEq/L Mg: _____ mg/dl Ca: _____ mg/dl	
P: _____ mg/dl Cl: _____ mEq/L TP: _____ Seg. TTP: _____ Seg. INR: _____ Seg.	
II. ACCESO VASCULAR	
C. Mahurkar ☐ Niagara ☐ FAV ☐ Otros: _____	Localización: _____
Permeable: ☐ SI ☐ NO Recambio: ☐ SI ☐ NO	Comentarios: _____
III. VALORACIÓN DE LA PERSONA	
Estado de conciencia: Glasgow: _____ puntos RASS: _____ Peso seco: _____ Kg Peso actual: _____ Kg	
Signos vitales: TA: _____ mmHg PAM: _____ mmHg FC: _____ X' FR: _____ X' TEM: _____ °C	
SAT: _____ % Glicemia capilar: _____ mg/dl Talla: _____ M Peso final: _____ Kg	
Analgesia: ☐ SI ☐ NO Medicamento: _____	
Sedación: ☐ SI ☐ NO Medicamento: _____	
Vasopresor: ☐ SI ☐ NO Dosis: _____ mcg/kg/min Tipo: _____	
Ventilación mecánica: ☐ SI ☐ NO PC: _____ VC: _____ FIO ₂ : _____ PEEP: _____ FR: _____ VT: _____	
Consentimiento informado: ☐ SI ☐ NO Se notificó de los riesgos y complicaciones: ☐ SI ☐ NO	
IV. FUNCIONALIDAD DEL EQUIPO	
Material y equipo disponible ☐ SI ☐ NO Máquina de hemodiálisis enciende correctamente: ☐ SI ☐ NO	
Osmosis funciona correctamente ☐ SI ☐ NO Presión óptima: ☐ SI ☐ NO	
¿Envía algún mensaje o aviso? ☐ SI ☐ NO Aviso: _____	
V. ENSAMBLADO	
Lavado de manos ☐ SI	Apertura de campo con técnica estéril ☐ SI
Línea arterial ☐ SI	Persona correcta ☐ SI
Línea venosa ☐ SI	Recirculación ☐ SI
VI. COTEJAR CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA	
Tipo de terapia: _____ Tipo de filtro: _____ ES: _____	
Requiere heparina: ☐ SI ☐ NO Dosis: _____ UI Requiere lavado con solución fisiológica: ☐ SI ☐ NO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:		Revisó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa
Firma:			
Fecha:	Noviembre 2022		
			Autorizó: Dr. Ángel Herrera Gómez
			Director Médico



Observaciones: _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 83
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS

Llenar con pluma con letra de molde, sin tachaduras, sin omisión de alguna letra de acuerdo a lo plasmado en la libreta de citas o el expediente electrónico (Sistema INCAN) de cada persona.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la persona: Anotar nombre completo iniciando por el nombre de la persona, de manera legible y completo.

Fecha de nacimiento: Colocar fecha de nacimiento con el formato día/ mes /año. Ejemplo 12/05/1956.

Edad: Registrar en número, la edad del paciente en años cumplidos.

Expediente: Anotar el número de expediente a 6 dígitos, corroborar, con el usuario, libreta de citas.

Genero: Marque con ☒ el espacio correspondiente al género. **Femenino[] Masculino[]**

No. de cama: Registrar de forma correcta el número de cama donde se encuentra el paciente.

Diagnostico: Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos del paciente.

Diagnostico nefrológico: Registrar el o los diagnóstico nefrológico y/o motivo de la terapia de remplazo renal.

PRE HEMODIÁLISIS

Laboratorios: Registrar en cada espacios el resultado de cada elemento solicitado, valores actuales

Acceso vascular: Marcar con ☒ el tipo de acceso vascular y sitio de ubicación utilizado en el paciente, en caso de ser otro colocar en el espacio correspondiente **C. Mahurkar [] Niagara [] FAV [] OTRO _____**

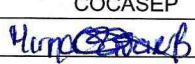
Permeable: Registrar si se encuentra permeable, requiere recambio y algun otro comentario que derive del mismo en el espacio correspondiente.

Valoración de la persona: Registra los valores el estado de conciencia, signos vitales y peso del paciente solicitados y tomados antes del inicio de la terapia de remplazo renal.

Alergias: Colocar las alergias registradas o conocidas, incluir medicamentos, alimentos o sustancias. En caso de NO presentar o desconocerla colocar NEGADAS o NINGUNA respectivamente.

Sedación: Colocar con ☒ si el paciente cuenta con sedación, registrando nombre del medicamentos, dosis y frecuencia de infusión.

Vasopresor: Colocar con ☒ si el paciente cuenta con uso de vasopresor, registrando dosis en **mcg/kg/min**, así como nombre del medicamentos, dosis y frecuencia de infusión.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 84
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			DE: 87

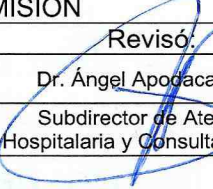
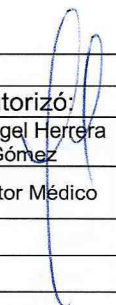
Ventilación mecánica:	Colocar con ☒ si el paciente cursa con ventilación mecánica y registrar los parámetros ventilatorios actuales en los espacios correspondientes.
Consentimiento informado:	Colocar con ☒ si el paciente cuenta con el consentimiento informado completo y firmado con la autorización de la terapia de remplazo renal, confirmando con el paciente y/o familiar se le notifico los posibles riesgos y complicaciones que deriven.
Funcionalidad de equipo:	Colocar una ☒ si se cuenta con material y equipo necesario para la ejecucion del procedimiento, registrando si el equipo de hemodialisis muestra algun mensaje para darle la solucion pertinente.
Ensamblado:	Colocar una ☒ en las actividades ejecutadas por el profesional de enfermeria antre y durante el ensamblado del equipo de hemodialisis, en caso de no ejecutarlo solo no seleccionar la casilla.
Cotejar la indicación:	Colocar y verificar el tipo de terapia, filtro y programacion de electrolitos prescrita por el area de nefrologia para el paciente.
Heparina:	Colocar una ☒ ante la indicacion de heparina durante la terapia de remplazo renal, registrar la dosis final y colocar de ser necesario bolos de solucion.

TRANS HEMODIÁLISIS

Control:	Registrar la hora de inicio y termino de la terapia de remplazo renal en el formato 00:00 Registrar hora de control de los signos vitales durante toda la hemodiálisis, idealmente registro cada 15 min o antes si la condición del paciente lo requiere, describir si existe alguna variación respecto al flujo de la líneas arterial o venosa.
Ministración trans hemodiálisis:	Colocar si se requiere la administración de componente sanguíneos, el tipo y numero de unidad administrada. Respecto a medicamentos colocar nombre, dosis y hora de ministración.
Nota de enfermería:	Realizar los registros clínicos de enfermería referentes a la terapia de remplazo renal, que son relevantes para las terapias continuas del paciente y equipo de salud.

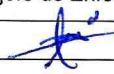
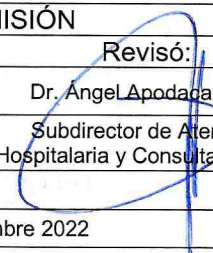
POST HEMODIÁLISIS

Evaluación final:	Marcar con ☒ si el paciente requirió y tolero el ultrafiltrado programado, el volumen de sangre procesada y el tiempo real de la hemodiálisis en horas enteras.
Personal que interviene:	Registtrar el mombre completo del personal de enfermeria que inicia la terapia de remnplazo renal, colocar los datos del personal que releve el procedimiento asi como la persona que ejecuta la desvonexion del paciente.
Condiciones:	Marcar con ☒ las condiciones del acceso vascular evaluadas por el profesional que ejecuta la desconexion, considerando permeabilidad, via heparinizada y/o sellada, funcional e incluso el retiro del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 85 DE: 87

- Complicaciones:** Marcar con ✓ las complicaciones que presenta el paciente asociadas a la terapia de remplazo renal.
- SUSPENSION:** Colocar una ✓ en caso de que las complicaciones presentadas por el paciente requieran la suspensión y/o reprogramación de la terapia de reemplazo renal, de manera clara se colocará el motivo de esta en el espacio correspondiente.
- Observaciones:** Colocar alguna observación pertinente a considerar en futuras terapias de remplazo renal que no se encuentren plasmadas en la hoja.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 86
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente		DE: 87
4. Seguridad en los procedimientos			

10.7 ANEXO 7 HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICA DEL DOLOR

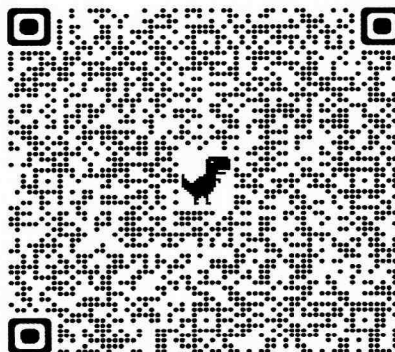
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE PROCEDIMIENTOS EN DOLOR

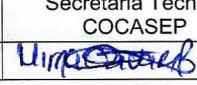
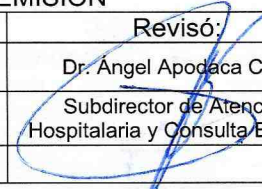
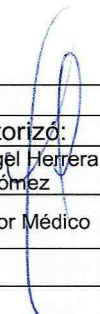
Nombre de la Persona: _____ Fecha: / /
 Expediente: _____ F.N.: / / Diagnóstico: _____
 Antecedente HAS ☐ DM ☐ VIH ☐ Otras _____ Alergias _____
 Signos vitales T/A: / mmHg PAM _____ FC _____ X' FR _____ X' Temp _____ °C Sat O2 % Glasgow _____
 Preparación Ayuno ☐ Glicemia _____ mg/dl Tipo de Acceso AVP ☐ CVC ☐ CTP ☐ PICC ☐
 Procedimiento Osteoplastia ☐ Cabeza y cuello ☐ Radiofrecuencia ☐ Musculo-esquelético ☐
 Especifique _____

	PRE PROCEDIMIENTO	ANTES DEL PROCEDIMIENTO	POS-PROCEDIMIENTO
TIEMPO FUERA	SI NO Persona Correcta	SI NO Se presentó el equipo	SI NO Complicaciones _____
	SI NO Procedimiento y sitio correcto	SI NO Paciente correcto	SI NO Muestras _____
	SI NO Consentimiento informado	SI NO Procedimiento y sitio correcto	SI NO RAM _____
	SI NO Evaluación preanestésica	SI NO Profilaxis antibiótica, si procede	SI NO Seguimiento / /
	SI NO Material completo/estéril	SI NO Acceso venoso funcional	
	SI NO Material especial	SI NO Riesgo de sangrado	
	SI NO Equipo biomédico funcional	SI NO Conteo de textiles y aguja completo	

Enfermería _____ Médico Intervencionista _____ Anestesiólogo _____ Técnico Radiólogo _____
 Registro Clínico _____

CODIGO Qr



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARIA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 4. Seguridad en los procedimientos			HOJA: 87 DE: 87

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE CLÍNICA DEL DOLOR

Llenar con pluma con letra de molde, sin tachaduras, sin omisión de alguna letra de acuerdo a lo plasmado en la libreta de citas o el expediente electrónico (Sistema INCAN) de cada persona.

Nombre de la persona:	Anotar nombre completo iniciando por el nombre de la persona, de manera legible y completo.
Fecha:	Registrar la fecha de ejecución del procedimiento con el formato día/mes/ año.
Expediente:	Anotar el número de expediente a 6 dígitos, corroborar, con el usuario, libreta de citas.
Fecha de nacimiento:	Colocar fecha de nacimiento con el formato día/ mes /año. Ejemplo 12/05/1956.
Diagnóstico:	Registrar el o los diagnósticos Médico-Oncológicos del paciente.
Antecedentes:	Colocar una ☒ si el paciente padece alguna enfermedad o cuenta con antecedentes crónico degenerativos. En caso de ser negativo no registrar.
Alergias:	Colocar las alergias registradas o conocidas, incluir medicamentos, alimentos o sustancias. En caso de NO presentar o desconocerla colocar NEGADAS o NINGUNA respectivamente.
Signos vitales:	Registra los valores de los signos vitales solicitados y tomados al ingreso.
Preparación:	Marcar con ☒ si el paciente cuenta con ayuno en horas y la preparación intestinal adecuada si procede.
Glicemia capilar:	Registrar el valor de glicemia capilar obtenido al ingreso, expresado en mg/dl.
Tipo de acceso:	Marcar con ☒ el acceso venoso utilizado y/o colocado al paciente para el estudio. AVP [] CVC [] CTP [] PICC []
Procedimiento:	Seleccionar el procedimiento a ejecutarse en el paciente con una ☒ ; en caso de ser algún otro estudio colocar el nombre en el espacio correspondiente.

TIEMPO FUERA O "TIME OUT"

Verificar y colocar una ☒ si cumple
ANTES DEL INGRESO A SALA

Verificar y colocar una ☒ si se ejecuta
ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Verificar y colocar una ☒ si cumple
AL TERMINO DEL ESTUDIO

si	no	Persona correcta
si	no	Procedimiento y sitio correcto
si	no	Consentimiento informado
si	no	Evaluación pre-anestésica
si	no	Material completo / estéril
si	no	Material especial
si	no	Equipo biomédico funcional

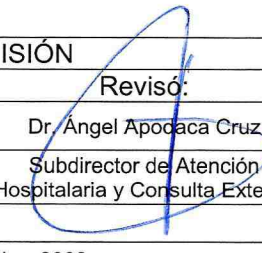
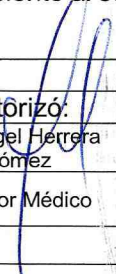
si	no	Se presentó el equipo
si	no	Paciente correcto
si	no	Procedimiento y sitio correcto
si	no	Profilaxis antibiótica, si procede
si	no	Acceso venoso funcional
si	no	Riesgo de sangrado
si	no	Conteo de textil y agujas completo

si	no	Complicaciones
si	no	Muestras Registrar el tipo y #
si	no	RAM
si	no	Manejo post-procedimiento
si	no	Seguimiento, día/mes/año

Al término del procedimiento endoscópico y antes de la entrega-recepción y/o egreso del paciente a domicilio. El equipo de salud colocara nombre completo y firma en el espacio asignado.

Registro clínico Registra todos los eventos y/o complicaciones que se deriven del procedimiento endoscópico.

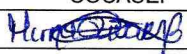
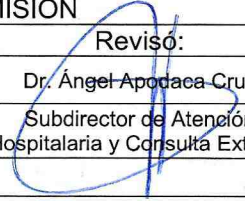
En caso de complicaciones y/o eventualidades se llenará la hoja de verificación de manera física y resguardando el archivo digital en plataforma, la cual se integrará al expediente; para la entrega-recepción del paciente al servicio correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCSEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 1
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

**PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL
PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**AESP 5. REDUCCION DEL RIESGO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)**

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 2
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

1. PROPÓSITO

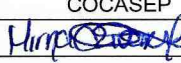
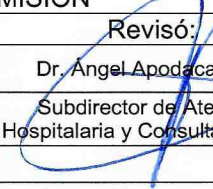
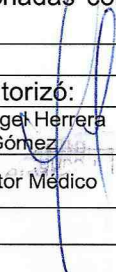
- 1.1 Garantizar la seguridad en el proceso de atención brindada a las personas con padecimientos oncológicos, con la finalidad de evitar, reducir y prevenir las infecciones asociadas a la atención de la salud en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 1.2 Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno esta acción es aplicable a todo el personal clínico y no clínico del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que participe de manera directa e indirecta en el proceso de atención de la salud de las personas con padecimientos oncológicos
- 2.2 A nivel externo esta acción aplica a todo el personal clínico, no clínico, pacientes, familiares, visitantes y de servicios subrogados que acudan al Instituto.

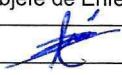
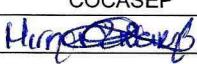
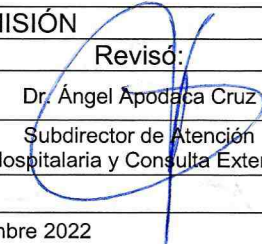
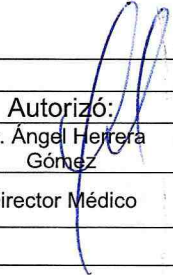
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad del personal multidisciplinario de salud conocer la NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica y la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 3.2 Es de observancia obligatoria para todo el equipo interdisciplinario de salud portar, usar y respetar el uniforme quirúrgico en las áreas que así lo requieran, con el fin de proporcionar barreras eficaces que eviten la transmisión de microorganismos a los usuarios, proteger al personal e impedir la contaminación de la herida y campo quirúrgico.
- 3.3 Las infecciones asociadas a la atención de la salud consideradas de relevancia en el Instituto Nacional de Cancerología son: infecciones de vías urinarias asociadas con el uso de catéter vesical, infecciones del sitio quirúrgico, bacteriemias asociadas a catéter venoso central y neumonías asociadas a ventilación mecánica, entre otras.
- 3.4 Es de observancia obligatoria para el equipo interdisciplinario participar en la implementación de los paquetes de prevención establecidos en la institución.
- 3.5 Queda prohibido el ingreso y consumo de alimentos, líquidos y bebidas en áreas quirúrgicas por cualquier profesional de salud.
- 3.6 Es responsabilidad de todo el personal de la institución conocer y realizar correctamente la técnica de higiene de manos con agua y jabón o mediante frotación con alcohol gel, establecidas por la OMS (ANEXO 1).
- 3.7 Es de observancia obligatoria para todo el personal del Instituto, pacientes, familiares y acompañantes, realizar la higiene de manos con agua y jabón al entrar en contacto con el ambiente hospitalario y antes de abandonarlo para retirarse a su domicilio.
- 3.8 Es de observancia obligatoria para todo el personal, personas, familiares o visitantes lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas, manchadas con sangre u otros líquidos corporales, así como después de ir al baño.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

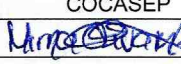
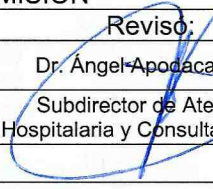
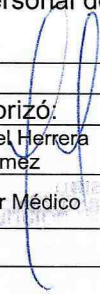
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

- 3.9 Es de observancia obligatoria que el personal que atiende directa e indirectamente a los pacientes conservar las uñas cortas, sin esmalte o decorados y evitar todo tipo de accesorios en las manos a excepción del reloj.
- 3.10 Es de observancia obligatoria que el personal que atiende directa o indirectamente a los usuarios no podrá portar anillos, pulseras, durante su jornada laboral.
- 3.11 Es de observancia obligatoria que el personal multidisciplinario de salud, personas y familiares, cumplan con la higiene de manos en los 5 momentos que marca la OMS: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después de tener contacto con el entorno del paciente.
- 3.12 Es responsabilidad del personal multidisciplinario de salud, realizar la observación pertinente cuando algún integrante del equipo no realice el lavado de manos correcto o lo omita en alguno de los 5 momentos.
- 3.13 Es responsabilidad del personal multidisciplinario de salud conocer y ejecutar la higiene de manos en los 5 momentos propuestos por la OMS (ANEXO 2).
- 3.14 Es responsabilidad de personal multidisciplinario utilizar guantes cuando existe el contacto con sangre, fluidos, material potencialmente infeccioso, membranas, mucosas o piel no intacta.
- 3.15 Es observancia obligatoria utilizar guantes sin omitir el lavado de manos previo y posterior al retiro de los mismos con agua y jabón.
- 3.16 Es responsabilidad de personal multidisciplinario utilizar guantes para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como para la ejecución de algún procedimiento invasivo a la persona.
- 3.17 Todo el personal multidisciplinario deberá realizar cambio de guantes, cuando en un mismo paciente pase de una zona de cuerpo contaminada a una zona limpia.
- 3.18 Es responsabilidad del personal multidisciplinario ejecutar higiene de manos, previo a la colocación de guantes para la realización de procedimientos clínicos, diagnósticos y/o terapéuticos.
- 3.19 Es responsabilidad de equipo multidisciplinario de atención directa e indirecta al usuario, conocer y ejecutar las precauciones de aislamiento por vías de transmisión implementadas en la institución.
- 3.20 Es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario conocer y usar el equipo de protección personal requerido para cada tipo de aislamiento.
- 3.21 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, realizar control, registro y seguimiento de los tipos y número de aislamientos establecidos en la institución.
- 3.22 Es responsabilidad del equipo interdisciplinario conocer, manejar, ejecutar y registrar el paquete de prevención de infección de vías urinarias asociadas a catéter vesical dentro de la institución (ANEXO 3).
- 3.23 Es responsabilidad de equipo interdisciplinario que maneja y/o participa en el cuidado de la persona con apoyo ventilatorio, conocer, establecer, ejecutar y registrar las medidas de prevención de neumonías en todo momento en la institución.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

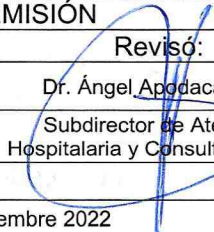
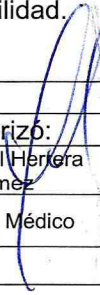
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)		DE: 15

- 3.24 Es de observancia obligatoria del personal de enfermería, médico y áreas afines conocer, implementar y registrar las medidas y acciones implementadas en la persona para la prevención de infecciones en el sitio quirúrgico.
- 3.25 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines que realicen la instalación, manejo y mantenimiento de los accesos vasculares dentro del Instituto, conocer, establecer y ejecutar las medidas de prevención de bacteriemia asociada a CVC en todas las áreas de la institución.
- 3.26 Es de observancia obligatoria que el personal de enfermería, médico y áreas afines realice registro de las infecciones asociadas a la atención de la salud, para dar seguimiento adecuado y establecer medidas de prevención de manera activa, con la finalidad de disminuir las mismas dentro del institución.
- 3.27 Es responsabilidad del personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar la notificación de la instalación, mantenimiento y retiro de algún tipo de aislamiento y agente causal establecido dentro del Instituto, así como reafirmar y coordinar con el(la) jefe(a) de servicio las medidas de protección y pautas a seguir ante cada situación.
- 3.28 Es responsabilidad del(la) jefe(a) de servicio conocer las áreas de capacitación del personal del servicio, sobre la prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 3.29 Es responsabilidad del Departamento de Educación en Enfermería y Paramédicos y/o Departamento de Posgrado y Educación Médica Continua en coordinación con cada área de la institución, realizar cursos de capacitación continua para dar a conocer y difundir los paquetes de prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 3.30 Es responsabilidad del personal de enfermería, médicos y área afines continuar y mantenerse actualizados sobre las medidas y/o paquetes de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud que se implementan y ejecutan en el Instituto.
- 3.31 Es responsabilidad del personal de enfermería responsable del cuidado de los pacientes, dar a conocer la importancia de la higiene de manos, la repercusión que conlleva el no realizarla y verificar que realicen el procedimiento correctamente.
- 3.32 Es de observancia obligatoria de los profesionales de salud capacitar en la técnica de higiene de manos a pacientes y familiares de pacientes, en las diferentes áreas de hospitalización y consulta externa en los diversos turnos.
- 3.33 Es de observancia obligatoria para el personal de salud que está en contacto directo con pacientes, recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos a su ingreso y cada seis meses; generando un control mediante listados de capacitación que genere indicadores.
- 3.34 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria hacer difusión sobre la importancia de la higiene de manos y la repercusión que conlleva el no realizarla correctamente a todo el personal del Instituto.
- 3.35 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y el personal multidisciplinario de salud estarán sensibilizados ante observaciones que realicen los pacientes y familiares, durante la higiene de manos.
- 3.36 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar observaciones dirigidas y consensuadas para evaluar el apego a la higiene de manos por parte del personal de salud.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 5
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)		DE: 15

- 3.37 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, realizar un registro continuo de las infecciones asociadas a la atención por áreas hospitalarias, para dar a conocer un panorama de la situación actual de la institución.
- 3.38 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria en coordinación con el área de Calidad elaborar, implementar y dar seguimiento al programa integral de capacitación de Higiene de Manos.
- 3.39 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar el registro y graficado semestral de las infecciones asociadas a la atención de la salud que se presentan en la institución.
- 3.40 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar cultivos de agua de manera mensual, ante la presencia de brotes se realizará monitorización diaria de cloro, pH y cultivo de agua.
- 3.41 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar dos mediciones por semana del nivel de cloración del agua.
- 3.42 Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria realizar el registro y graficado trimestral de nivel de cloro del agua en la institución.
- 3.43 Es responsabilidad del servicio de CESCO, Departamento de Almacenes y Subdirección de Servicios Generales verificar la existencia y suficiencia de insumos para realizar la técnica de higiene de manos correctamente.
- 3.44 Es responsabilidad de cada jefe de servicio abastecer, verificar y notificar sobre la existencia de insumos para la higiene de manos con agua y jabón o con alcohol gel.
- 3.45 Es de observancia obligatoria que los jefes de servicio lleven un control de insumos para validar días de desabasto.
- 3.46 Es responsabilidad de quien hace uso de los dispensadores de alcohol gel, asegurarse de que funcionan satisfactoriamente y en caso contrario notificarlo a los jefes de servicio.
- 3.47 Queda estrictamente prohibido cambiar de envase la clorhexidina o agregar agua o cloro.
- 3.48 Es responsabilidad del camillero realizar el cambio de guantes e higiene de manos entre un paciente y otro.
- 3.49 Es responsabilidad del Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento, verificar el suministro continuo de agua igual que del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a instalaciones hidrosanitarias y desazolve, garantizando la calidad del agua.
- 3.50 Es responsabilidad del Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento corroborar que los depósitos de agua (cisternas) se encuentren en condiciones adecuadas de higiene, así como el cumplimiento al programa de limpieza periódica a estos depósitos por medio de bitácoras de control.
- 3.51 Es de observancia obligatoria del Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento conocer, implementar y verificar el cumplimiento de la NOM 230-SSA1-2002.
- 3.52 Es obligatorio que la capacitación en la técnica de Higiene de Manos se lleve a cabo en los diferentes niveles técnico-administrativos, involucrando a todo el personal de salud y de apoyo relacionado con la atención intrahospitalaria de pacientes, según su área de responsabilidad.

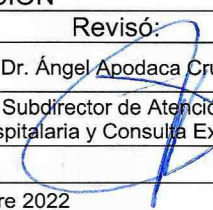
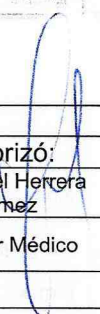
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 5 “Higiene de manos con agua y jabón”

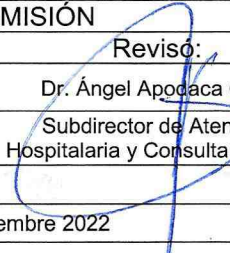
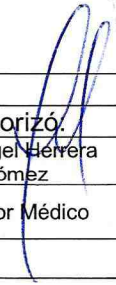
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal clínico y no clínico de salud, Pacientes, Familiares y Visitantes	1	Mójese las manos.	
	2	Deposite en la palma de la mano la cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.	
	3	Frótese las palmas de las manos entre sí.	
	4	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	
	5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.	
	6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la mano derecha y viceversa.	
	7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	
	8	Enjuáguese las manos con agua.	
	9	Séquese con una toalla desechable.	
	10	Cierre la llave de comando con el antebrazo, sítvase de la toalla para cerrar el grifo.	
		TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 5 “Higiene de manos con alcohol gel”

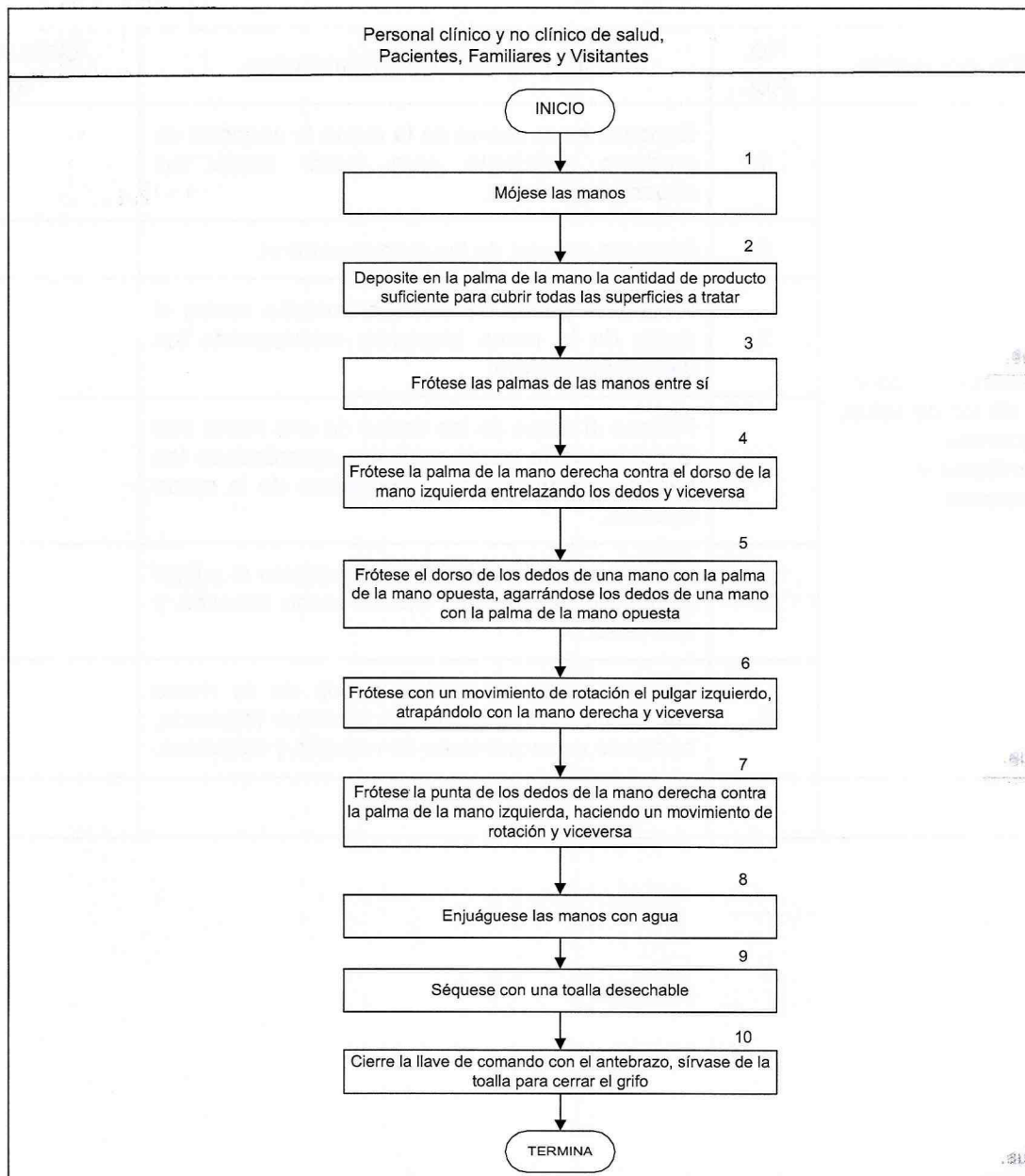
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal clínico y no clínico de salud, Pacientes, Familiares y Visitantes	1	Deposite en la palma de la mano la cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.	
	2	Frote las palmas de las manos entre sí.	
	3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	
	4	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.	
	5	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la mano derecha y viceversa.	
	6	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	
		TERMINA	

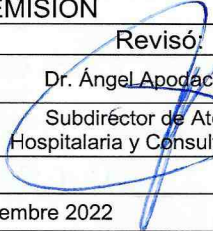
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)		DE: 15

5. DIAGRAMA DE FLUJO

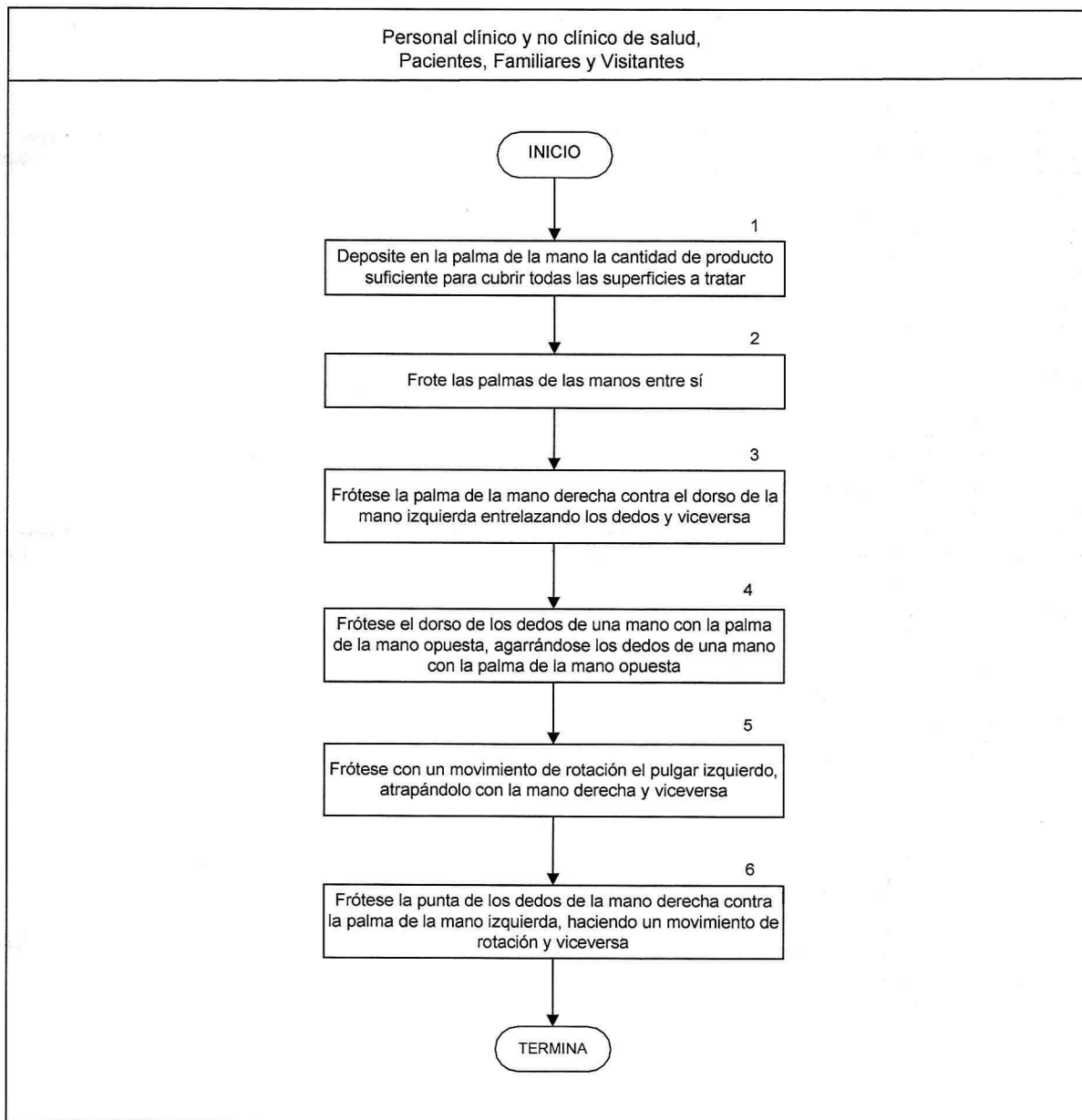
5.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 5 “Higiene de manos con agua y jabón”

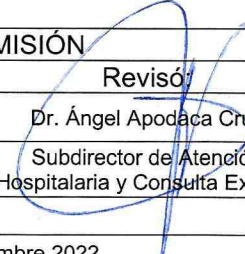
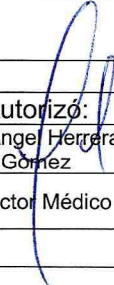


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)		DE: 15

5.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 5 “Higiene de manos con alcohol gel”

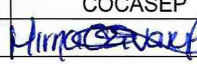
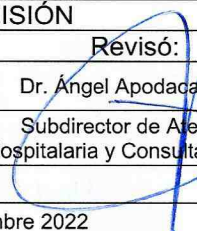
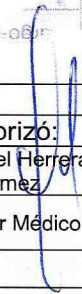


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018.	N/P
6.11 NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica	N/P
6.12 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	N/P
6.13 NOM 230-SSA1-2002 Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.	N/P
6.14 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.15 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

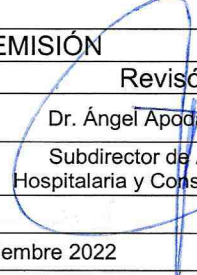
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 11
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Hoja de indicaciones médicas (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Bitácoras UVEH	5 Años	Departamento de Infectología	N/P

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 CESCO:** Centro de suministro y control de material.
- 8.2 Desinfección:** Destrucción o eliminación de todos los microorganismos vegetativos, pero no de las formas esporas de bacterias y hongos de cualquier objeto inanimado.
- 8.3 Lavado de manos:** Desinfección mecánica, sistemática de las manos con agua y jabón.
- 8.4 Limpieza:** Remoción mecánica de toda materia orgánica, polvo o suciedad de las superficies de objetos inanimados utilizando agua y jabón.
- 8.5 Prevención asociada a la atención de la salud:** Aplicación de medidas para evitar o disminuir el riesgo de adquirir y/o diseminar las infecciones nosocomiales adquirida y/o asociadas a los procesos de atención dentro del hospital.
- 8.6 Riesgo de infección nosocomial:** Probabilidad de ocurrencia de una infección intrahospitalaria.
- 8.7 Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica:** Componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que comprende un conjunto de servicios, recursos, normas y procedimientos integrados en una estructura de organización que facilita la sistematización de las actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria, incluyendo la de las infecciones nosocomiales.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca-Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			HOJA: 12 DE: 15

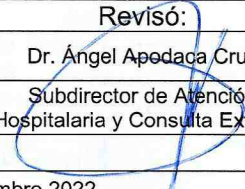
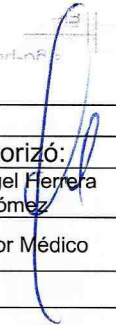
- 8.8 UVEH:** Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.
- 8.9 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria:** Instancia operativa a nivel local, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
- 8.10 Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales:** Observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución de las infecciones nosocomiales, así como de los factores de riesgo asociados a ésta.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 ANEXO 1** Higiene de manos con agua y jabón
- 10.2 ANEXO 2** Higiene de manos con alcohol gel
- 10.2 ANEXO 3** Los 5 momentos de la higiene de manos

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apedaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

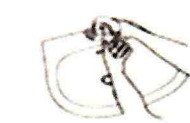
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

10.1 ANEXO HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

¿Cómo hacer la higiene de manos?

¡Lávese las manos sólo cuando estén visiblemente sucias!

■ Duración del lavado de manos con agua y jabón: 40 - 60 segundos.



0 Mójese las manos con agua.



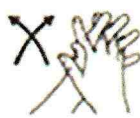
1 Deposite en la palma de la mano la cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.



2 Frótese las palmas de las manos entre sí.



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



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



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



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



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



8 Enjuáguese las manos con agua.



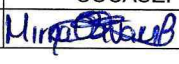
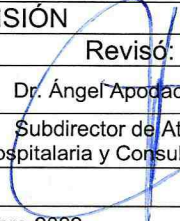
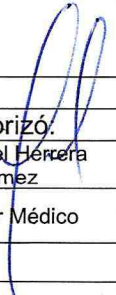
9 Séquese con una toalla desechable.



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo.



11 Sus manos son seguras.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

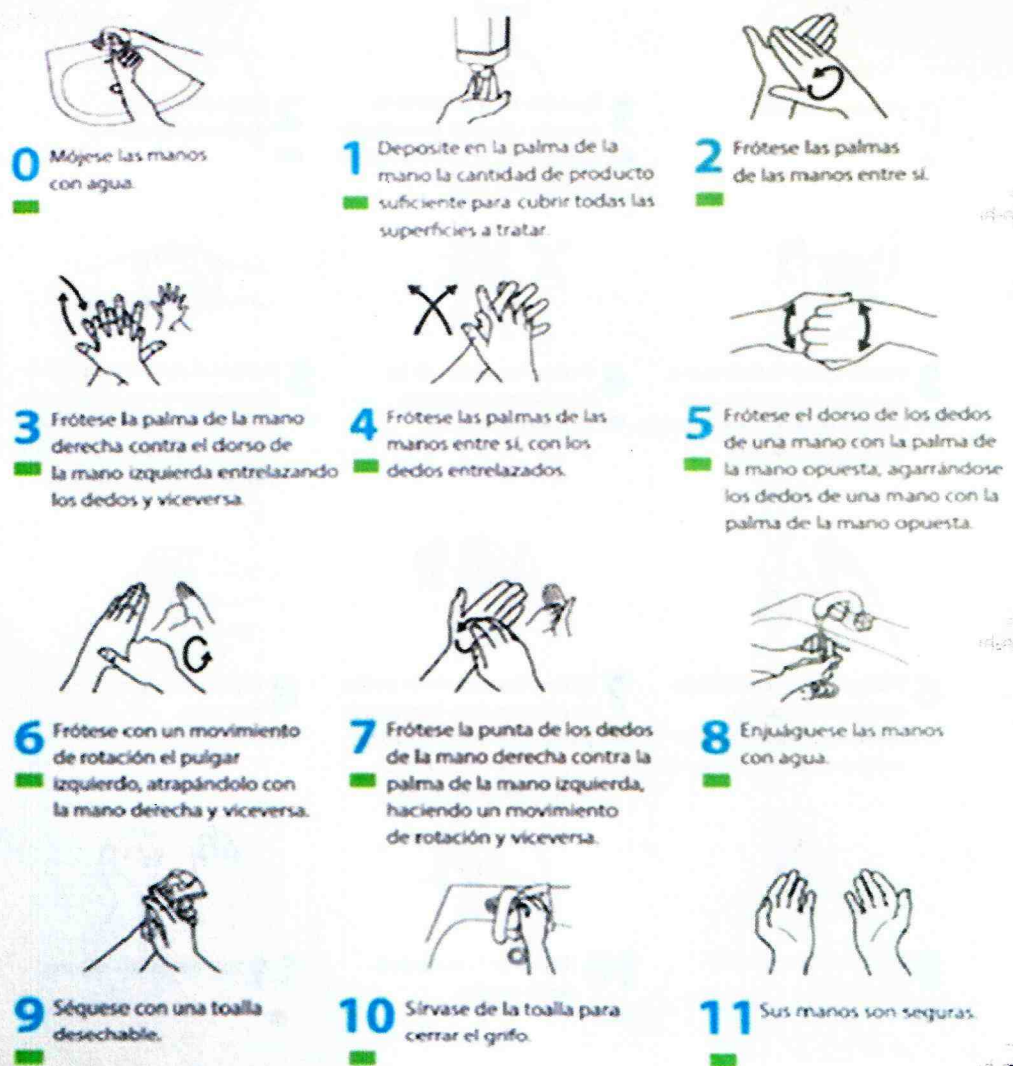
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

10.2 ANEXO HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL

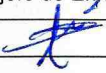
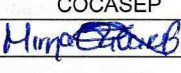
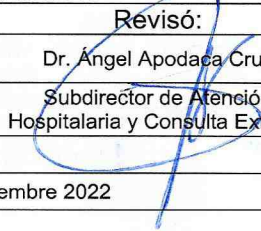
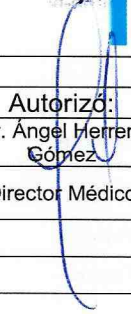
¿Cómo hacer la higiene de manos?

¡Lávese las manos sólo cuando estén visiblemente sucias!

■ Duración del lavado de manos con agua y jabón: 40 – 60 segundos.



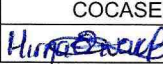
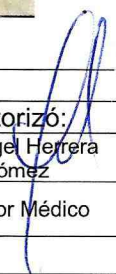
1. Déposite en la palma de la mano la cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.
2. Frótese las palmas de las manos entre sí.
3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la mano derecha y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuáguese las manos con agua.
9. Séquese con una toalla desechable.
10. Sirvase de la toalla para cerrar el grifo.
11. Sus manos son seguras.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 15
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 5. Reducción del Riesgo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)			DE: 15

10.3 ANEXO LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

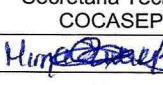
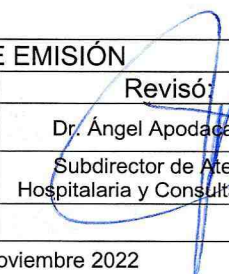
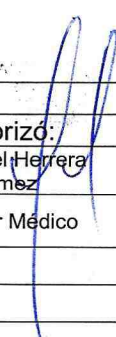


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca-Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 1
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 6. REDUCCION DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAIDAS

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo- puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 2
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			

1. PROPÓSITO

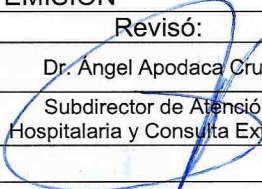
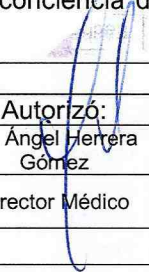
- 1.1 Anticipar el daño al paciente asociado a caídas en el Instituto Nacional de Cancerología mediante la evaluación, registro de los factores de riesgo, educación y ejecución de intervenciones diseñadas para la prevención desde la valoración realizada en todas las áreas y servicios, con el fin de reducir los eventos adversos durante el proceso de atención.
- 1.2 Garantizar la prevención de daño asociado a la caída del paciente que recibe atención, con la finalidad de evitar, reducir y prevenir las mismas durante su visita, estancia y cuidado proporcionado por los profesionales del equipo interdisciplinar de Instituto, en un ámbito hospitalario seguro.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno esta acción es aplicable al profesional de enfermería, médico, químico farmacobiólogo, químicos y áreas afines del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que participen en el proceso de atención de la salud de las personas con padecimientos oncológicos
- 2.2 A nivel externo esta acción implica a los médicos rotantes, prestadores de servicio social, personal de prácticas profesionales a fines que acudan a esta institución.

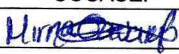
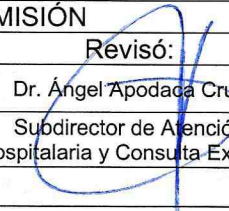
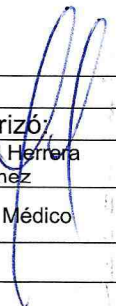
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es de observancia obligatoria que todo profesional de enfermería, médico y área afín conozca, ejecute, emplee y registre la escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton implementada en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 3.2 Es de observancia obligatoria que todos los pacientes en hospitalización, atención inmediata, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), quirófano, recuperación y Unidad de Trasplante de Médula Ósea (UTMO), cuenten con la valoración y la asignación de la escala de riesgo de caída de J.H. Dowton, en los formatos correspondientes.
- 3.3 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines que realicen o brinden cuidado a la persona, ejecuten una valoración del riesgo de caídas al ingreso, ante cambios en el estado funcional, o cambio de servicio, usando la escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton.
- 3.4 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines realizar una valoración del entorno inmediato de la persona (habitación, servicio y/o departamento) donde se le brinde atención, para detectar riesgos y peligros, mismos que se informarán a la persona y/o familiar.
- 3.5 Es un derecho que tienen las personas, familiares y/o acompañantes de ser informados por el personal de enfermería, médico y áreas afines sobre su correspondiente nivel de riesgo de caída, así como las medidas de seguridad que deberán adoptar para su prevención.
- 3.6 Es responsabilidad del profesional de enfermería que brinde cuidado a la persona en los servicios de hospitalización de la institución, realizar una valoración del riesgo de caídas continua poniendo mayor hincapié durante cambio y/o variaciones en el estado mental y nivel de conciencia del usuario, realizando el registro correspondiente.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Angel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

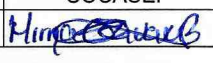
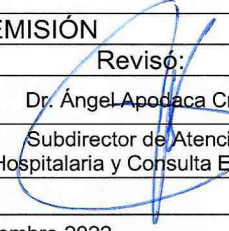
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

- 3.7 Es responsabilidad del profesional de enfermería que brinde cuidado a la persona en los servicios de hospitalización de la institución realizar una valoración del riesgo de caídas, se debe ejecutar e implementar al inicio de turno, debe incluir un interrogatorio sobre caídas previas tomando en cuenta la frecuencia, contexto y características de la caída.
- 3.8 Es responsabilidad del profesional de enfermería que brinde cuidado a la persona en los servicios de hospitalización de la institución realizar una valoración, registro e intervención ante la detección de déficits sensoriales, auditivos y/o visuales, así como alteraciones en extremidades; y problemas de deambulación marcha y equilibrio que puedan favorecer la caída de la persona durante su cuidado.
- 3.9 Es responsabilidad del personal de enfermería informar a la persona y familiar de las medidas de contención física implementadas, en caso de agitación, desorientación o confusión mental, alteraciones psicológicas y psiquiátricas (agresivas), cuando se ponen en riesgo su propia integridad, la de su familiar y la de los cuidadores de la salud.
- 3.10 Es responsabilidad de profesional de enfermería que brinde cuidado a la persona en los diversos servicios de hospitalización realizar el adecuado registro del riesgo de caída, así como datos relevantes para la prevención de caídas en la hoja de registros clínicos de enfermería.
- 3.11 Es responsabilidad del profesional de enfermería que brinda cuidados en servicios de hospitalización y área afines del Instituto, realizar el adecuado registro de la escala de evaluación de caída de cada persona con la implementación del AESP 1 (ANEXO 1).
- 3.12 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería durante el enlace de turno, cotejar la semaforización de riesgo de caídas con los registros clínicos de enfermería de la persona, resaltando factores de riesgo existentes en la persona bajo su cuidado.
- 3.13 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines que participen en el cuidado, ejecutar e implementar y registrar las intervenciones basadas en su valoración para la prevención de caídas en el usuario.
- 3.14 Es responsabilidad del profesional de enfermería realizar la valoración inicial y continua de los factores de riesgo, puntuación con la escala de J.H. Downton, para diseñar, implementar, evaluar y registrar las intervenciones centradas en la persona y/o familiar, para la prevención del evento adverso durante y posterior al cuidado de la misma dentro de la institución.
- 3.15 Es de observancia obligatoria para el personal de enfermería, médico y áreas afines revisar la medicación indicada para el manejo, tratamiento y control de la persona que sean un factor de riesgo para presentar una caída, en especial atención con los tranquilizantes, sedantes, diuréticos, antihipertensivo, antidepresivos y laxantes.
- 3.16 Es responsabilidad del profesional de enfermería y médico que brinde cuidado en áreas de hospitalización, mencionar al familiar la importancia de notificar ante el retiro para trámites y/o eventualidades que deba realizar, para realizar una vigilancia más estrecha antes la ausencia del mismo.
- 3.17 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines que brinden cuidado a la persona dentro de la institución, informar al familiar la importancia de notificar al profesional antes de retirarse o dejar a la persona, para realizar mayor vigilancia ante su ausencia.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

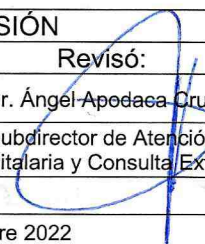
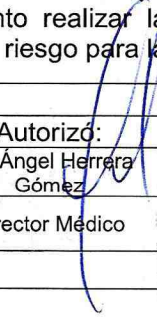
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas		DE: 19

- 3.18 Es responsabilidad del profesional de enfermería y médico, educar, orientar y prevenir los cambios bruscos de postura y/o incorporar a la persona de forma rápida sobre todo si ha tenido reposo absoluto por un largo tiempo.
- 3.19 Es responsabilidad del personal de enfermería, médico y áreas afines que participen en la atención del usuario, informar al familiar al ejecutar la movilización de la persona la cual requiera ayuda; debe solicitarla al personal de camillería y/o algún miembro del equipo de salud para ejecutarla y prevenir algún evento adverso asociado a la misma.
- 3.20 Antes, durante y después del traslado interno de la persona, el profesional de enfermería y áreas afines deben valorar con la finalidad de establecer el riesgo de caídas y las medidas a implementar para la prevención del mismo.
- 3.21 Es de observancia obligatoria para todo el equipo interdisciplinar que brindé cuidado a la persona en la institución, notificar a su jefe directo y /o responsable ante la falta de insumos, errores en la estructura, equipo y/o mobiliario utilizados para la prevención de caídas en el hospital.
- 3.22 Es responsabilidad del profesional de enfermería informar y solicitar a la persona y/o familiar la importancia de que mantenga en orden la unidad evitando mantener objetos que obstaculicen el acceso, se consideren un factor de riesgo para presentar este evento.
- 3.23 Es responsabilidad del profesional de enfermería informar al paciente y familiar donde se encuentran los timbres, como funcionan ante que situaciones utilizarlos para darle un adecuado uso.
- 3.24 Es de observancia obligatoria ante el llamado de la persona a través del timbre, verificar su necesidad de llamado directamente, así como, desactivar o pedir al usuario y/o familiar que desactive el timbre de ser necesario.
- 3.25 Es responsabilidad de las (los) jefes de servicio verificar que se encuentre activo y funcional el sistema de llamado por timbre o interfono.
- 3.26 En caso de que se encuentren activadas las luces con códigos de colores en las lámparas que se encuentran en la entrada de cada habitación, se debe verificar inmediatamente el motivo de llamado y cancelar la activación.
- 3.27 Es de observancia obligatoria para el personal médico y áreas afines, conocer los códigos de colores de las lámparas señalizadoras que se encuentran en la entrada de cada habitación, así como el funcionamiento del interfono.
- 3.28 El código de colores de las lámparas señalizadoras son:
- azul - paro cardiorespiratorio
 - blanco: llamado normal de paciente
 - rojo: llamada de ayuda
 - verde: presencia de enfermería.
- 3.29 Es responsabilidad del personal de enfermería, supervisor (a) y jefe de servicio, evaluar y registrar los riesgos de caída en las fichas colocadas en la habitación y/o ficha de identificación en área de recuperación y atención inmediata; así como verificar que se empleen las medidas convenientes para disminuir los riesgos.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 5
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

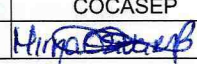
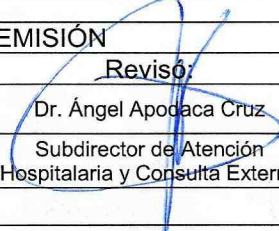
- 3.30 El personal del hospital no puede prohibir el uso de dispositivos o aparatos de apoyo a aquellos pacientes que así lo requieren para su vida diaria; excepto en estudios especiales y procedimientos quirúrgicos.
- 3.31 Es responsabilidad del equipo quirúrgico verificar que todo el tiempo que el paciente permanezca en el área quirúrgica esté acompañado por algún profesional de salud, o con los barandales de la camilla elevados si procede.
- 3.32 Es responsabilidad del personal de intendencia o limpieza, mantener los pisos secos en todo momento, y colocar la señalización correspondiente cuando el piso se encuentre mojado o húmedo para la prevención de caídas en cualquier área de la institución.
- 3.33 Es responsabilidad del(la) jefe(a) de servicio y/o encargado(a) y todo el equipo interdisciplinar verificar, garantizar o notificar si en las áreas de baños y regaderas se cuenta con las barras de sujeción necesarias para la prevención de caída en la persona, familiar o algún miembro del equipo de atención. Reafirmando la importancia de un baño asistido por familiar o personal de la salud.
- 3.34 Es responsabilidad de la enfermera(o) de preconsulta y servicios ambulatorios, señalar el riesgo de caídas colocando el distintivo institucional en el extremo superior derecho de la papeleta de citas.
- 3.35 Es de observancia obligatoria para el personal multidisciplinario notificar las caídas de la persona de manera inmediata a la (él) jefe(a) de servicio de enfermería y al(la) médico(a) presente para la valoración. Registrar en la hoja de enfermería, nota en el expediente electrónico y en la plataforma de eventos adversos (código QR) establecida dentro de institución.
- 3.36 En caso de caída es responsabilidad de la (él) supervisor de enfermería recabar el documento correspondiente, solicitar al profesional de enfermería a cargo del cuidado del paciente realizar el registro del evento adverso de manera oportuna y completa en la plataforma de la institución, para el seguimiento adecuado por el área de calidad.
- 3.37 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines continuar con la valoración continua de la persona después de una caída, determinar las intervenciones a ejecutar para brindar bienestar y seguridad.
- 3.38 Es responsabilidad de todo el personal del Instituto Nacional de Cancerología reportar los desperfectos respecto al inmobiliario hospitalario.
- 3.39 Es responsabilidad del personal de camillería reportar y mantener en buen estado el equipo para el traslado de las personas dentro y fuera de la institución. Notificar al(la) jefe(a) inmediato(a) ante algún desperfecto para la gestión de reparación correspondiente.
- 3.40 Es responsabilidad del Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento realizar la reparación del equipo de traslado notificado con fallas, utilizado en el traslado y cuidado de las personas en los diversos servicios de la institución, de manera oportuna y con prioridad alta.
- 3.41 Es responsabilidad del(la) jefe(a) de servicio de las diferentes áreas, realizar la solicitud de mantenimiento y/o reparación ante la detección de fallas en el entorno arquitectónico que se consideren factores de riesgo para caídas de las personas en los diferentes servicios de la institución.
- 3.42 Es responsabilidad del Departamento de Obras, Conservación y mantenimiento realizar la reparación de las fallas en el entorno arquitectónico que se consideren factores de riesgo para la

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		ión en REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas		 HOJA: 6 DE: 19

caída de las personas en los diversos servicios de la institución, de manera oportuna y de prioridad alta.

- 3.43 Es responsabilidad del personal de enfermería y camillería, mantenerse actualizados cada año en temas relacionados a la prevención de caídas.
- 3.44 Es responsabilidad del área de calidad en coordinación con el Departamento de Educación en Enfermería y Paramédicos, generar las estrategias necesarias para implementar la difusión en la prevención de caídas dentro de los profesionales de la institución.

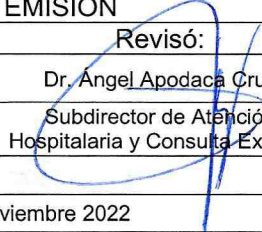
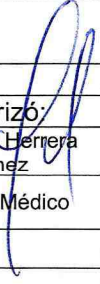
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

4. PROCEDIMIENTOS AESP 6

4.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 6 “Prevención y evaluación del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados”

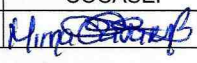
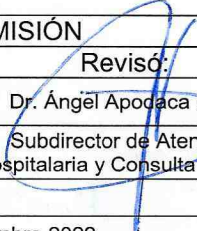
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Equipo interdisciplinar	1	Realiza valoración continua de la persona para identificar factores intrínsecos y extrínsecos.	
Personal de enfermería	2	Utiliza herramienta de valoración "escala de riesgos de J.H.Downton".	
Personal de enfermería	3	Establecer grado de riesgo de caída correspondiente: De 0-2 puntos color verde. De 3-4 puntos bajo riesgo. De 5-9 puntos alto riesgo.	- Hoja de registros clínicos de enfermería
	4	Marca con un plumón para pizarrón de acuerdo al color de turno (azul= matutino, verde = vespertino y rojo= nocturno) con un círculo (○) el riesgo que corresponda.	- AESP 6 - Ficha de valoración
	5	En el espacio correspondiente a “Puntaje Downton” anotar el puntaje obtenido como resultado de la valoración y nombre profesional por turno.	
	6	Ejecuta las medidas necesarias para disminuir y/o prevenir el riesgo de caídas.	
	7	Enseña al familiar el uso de aditamentos, mobiliario y/o aparatos de apoyo para su movilidad.	
	8	Revalúa las condiciones de la persona y las medidas implementadas.	- Hoja de registros clínicos de enfermería
	9	Registra en hoja de enfermería grado de riesgo y las medidas adoptadas para la prevención de caídas.	
	10	En los enlaces de turno a pie de cama de la persona y/o traslado, informa de manera efectiva las condiciones actuales del usuario así como las herramientas de señalización.	
Jefe(a) de servicio	11	Verifica que las estrategias para la prevención de caídas se cumplan por el personal a su cargo.	- Censo diario
TERMINA			

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

4.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 6 “Prevención y evaluación del riesgo de caídas en pacientes ambulatorios”

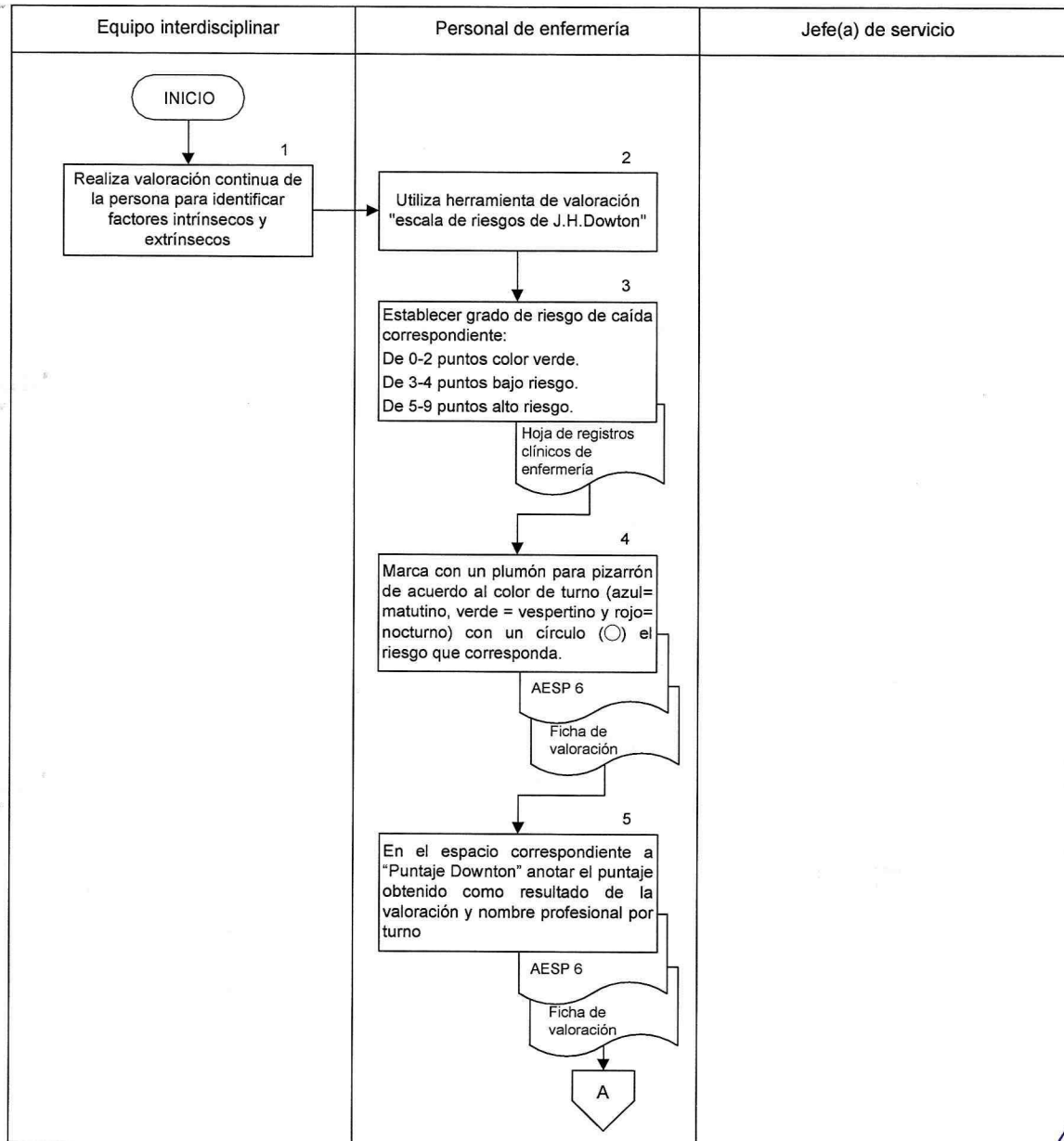
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Equipo interdisciplinar	1	Realiza valoración continua de la persona para identificar factores intrínsecos y extrínsecos.	
Personal de enfermería	2	Utiliza herramienta de valoración "escala de riesgos de J.H.Downton".	
Personal de enfermería	3	Establecer grado de riesgo de caída correspondiente: De 0-2 puntos color verde. De 3-4 puntos bajo riesgo. De 5-9 puntos alto riesgo.	- Papeleta de citas
	4	Registro del riesgo en el extremo de la papeleta.	
	5	Ejecuta las medidas necesarias para disminuir y/o prevenir el riesgo de caídas.	
	6	Enseña al familiar el uso de aditamentos, mobiliario y/o aparatos de apoyo para su movilidad.	
	7	Revalúa las condiciones de la persona y las medidas implementadas.	
Jefe(a) de servicio	8	Verifica que las estrategias para la prevención de caídas se cumplan por el personal a su cargo.	- Censo diario
		TERMINA	-

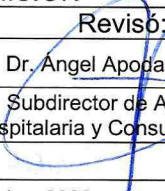
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

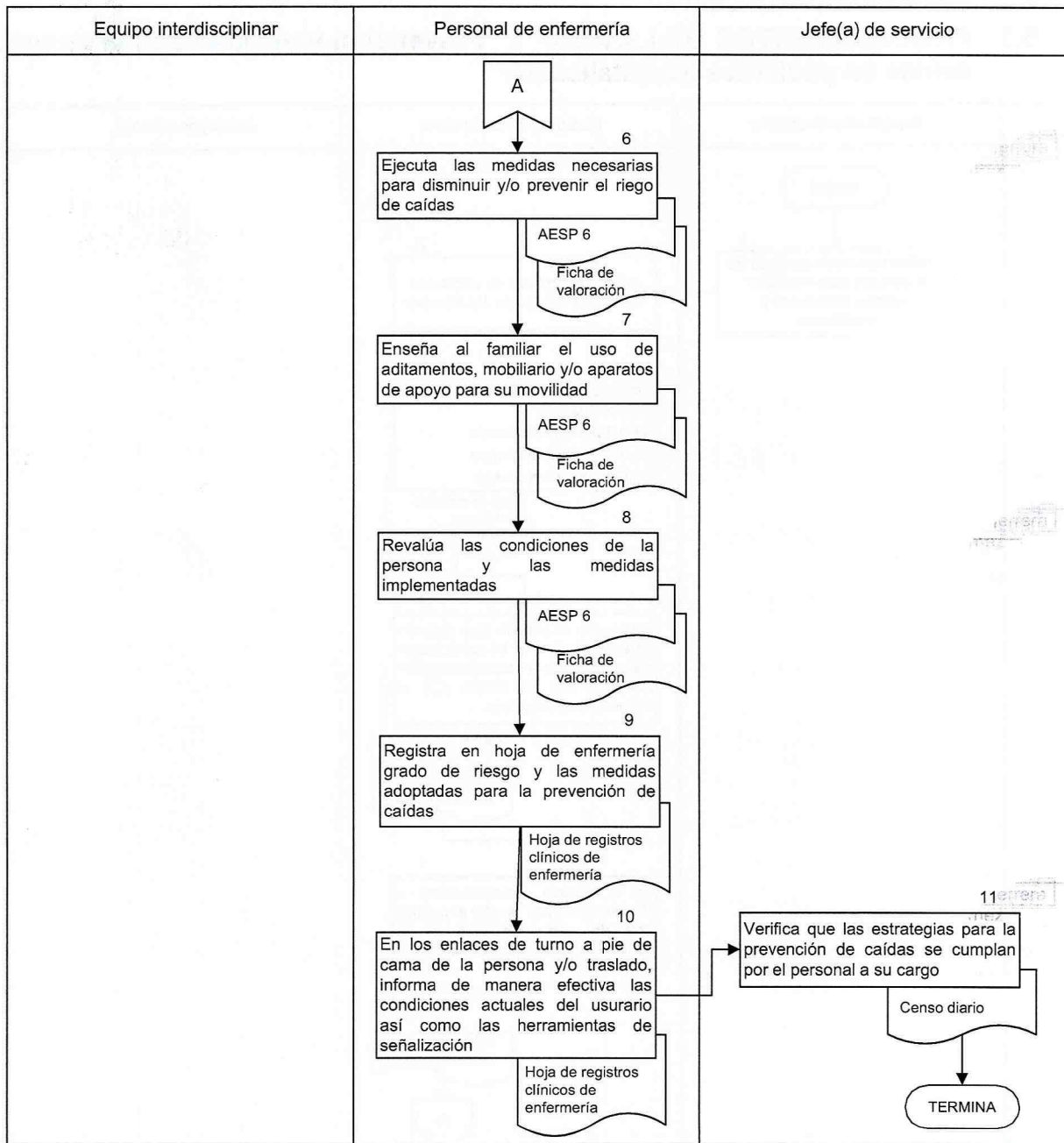
5. DIAGRAMA DE FLUJO

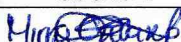
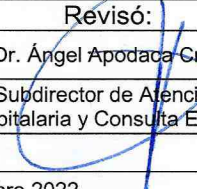
5.1 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 6 “Prevención y evaluación del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

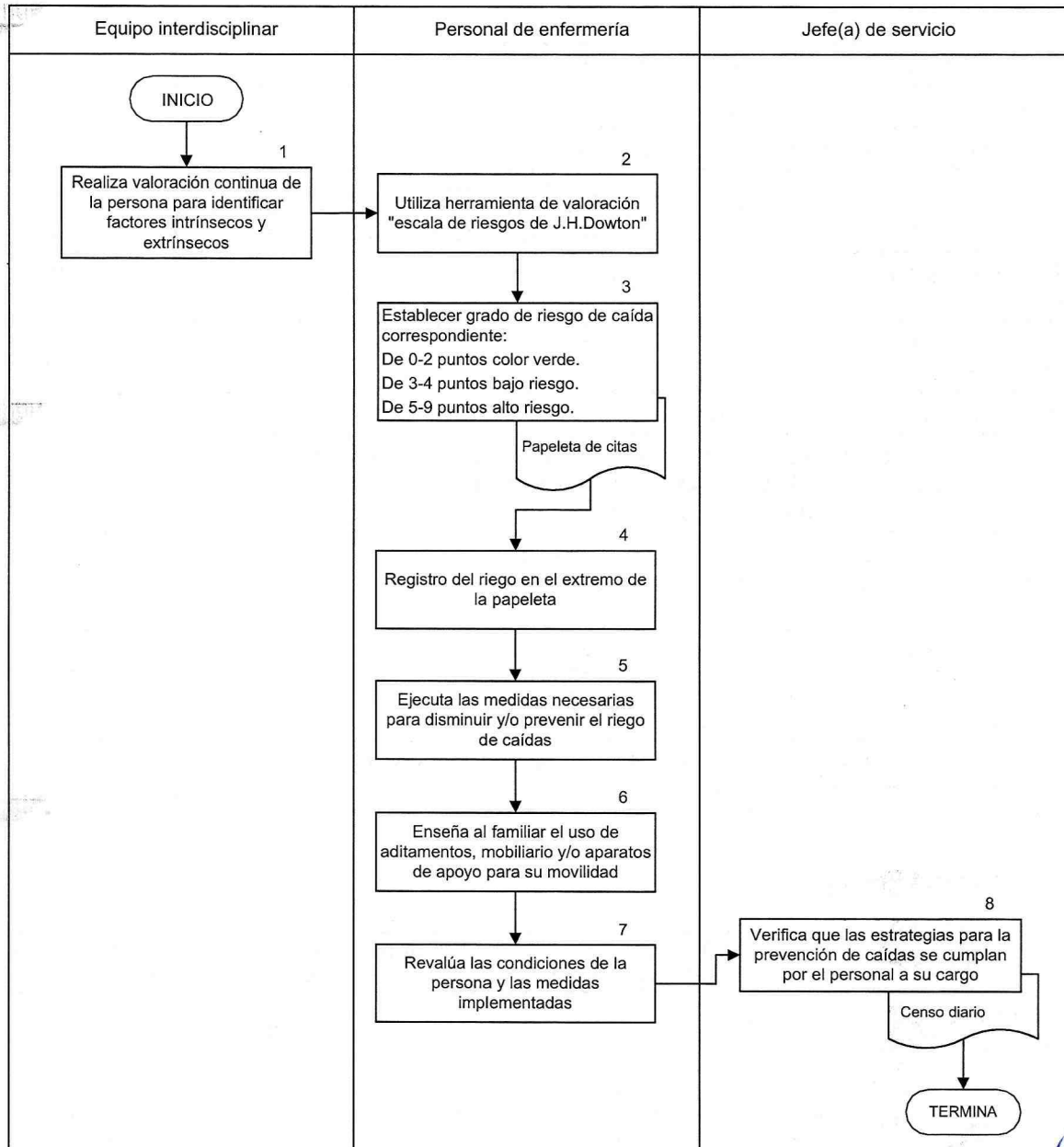
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

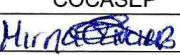
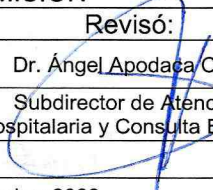
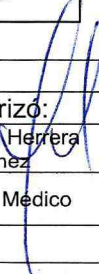


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas		HOJA: 11 DE: 19

5.2 PROCEDIMIENTOS DE LA AESP 6 “Prevención y evaluación del riesgo de caídas en pacientes ambulatorios”



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

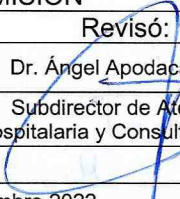
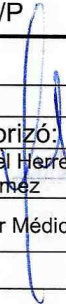
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018.	N/P
6.11 NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	N/P
6.12 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.13 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

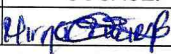
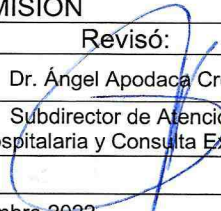
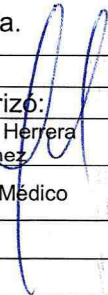
Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Expediente electrónico	Indefinido	Sistema INCAN	N/P

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			HOJA: 13 DE: 19

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Caída:** Suceso imprevisto con la consecuente precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad.
- 8.2 Daño:** Causar perjuicio, menoscabo, molestia o dolor.
- 8.3 Documentar:** Proporcionar documentos para acreditar algo que se dice o se escribe.
- 8.4 Escala de valoración:** Consisten en una serie de categorías ante cada una de las cuales el observador debe emitir un juicio, indicando el grado en el cual se haya presente una característica o la frecuencia con que ocurre determinada conducta y exige una evaluación cualitativa de determinados aspectos de una actividad o producto, vistos en forma parcial o en conjunto.
- 8.5 Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención médica.
- 8.6 Factores de riesgo:** Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.
- 8.7 Incidente:** Suceso imprevisto que pudo dar lugar a un accidente y afecta a un paciente o acompañante.
- 8.8 Lesión:** Cualquier daño que deja huella material en el cuerpo humano.
- 8.9 Prevención de caídas:** Se refiere a todas las acciones que se proporcionan al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad, para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras esté dentro del ambiente hospitalario.
- 8.10 Responsable:** Que cumple sus obligaciones o pone cuidado y atención en lo que hace o decide.
- 8.11 Riesgo de caídas:** Aumento en la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- 8.12 Seguridad del paciente:** Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.
- 8.13 Sistema INCAN:** Sistema informático vigente del Instituto Nacional de Cancerología.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

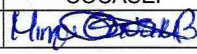
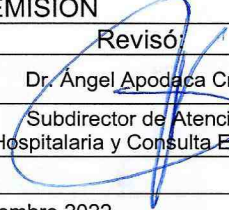
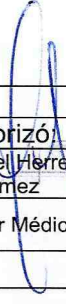
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			HOJA: 14 DE: 19

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Escala de prevención AESP 6 en hospitalización
- 10.2 Lineamientos ante una caída
- 10.3 Lineamientos para contención mecánica
- 10.4 Escala de riesgo de caída J.H. Downton

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 15
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

10.1 Escala de prevención AESP 6 en hospitalización



Instituto Nacional de Cancerología
Departamento de Enfermería
Acción Esencial para la Seguridad del Paciente No. 6



Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

No. Expediente: _____

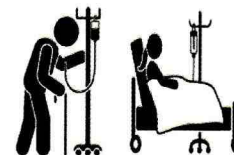
Fecha: ____ / ____ / ____



RIESGO BAJO



RIESGO MEDIO



RIESGO ALTO

Enfermera (o): _____

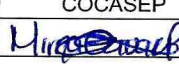
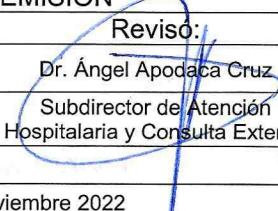
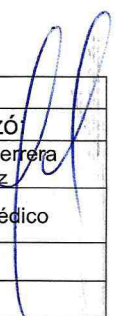
T.M

T.V

T.N

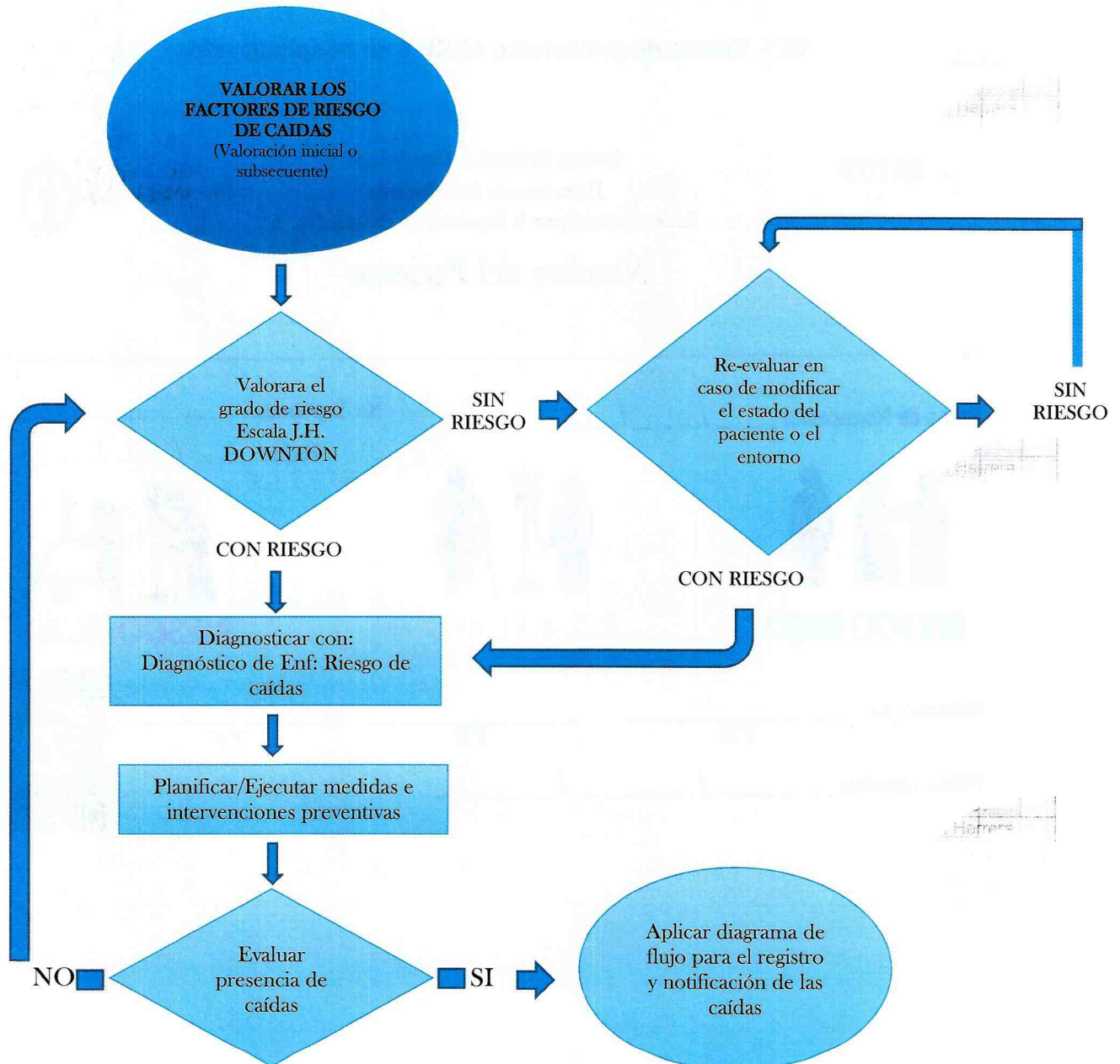
Partaje Downton: ____ / ____ / ____



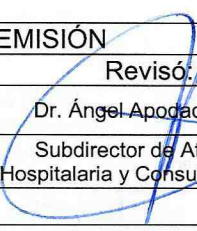
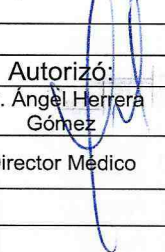
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 16
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

10.1.1 Flujograma de atención



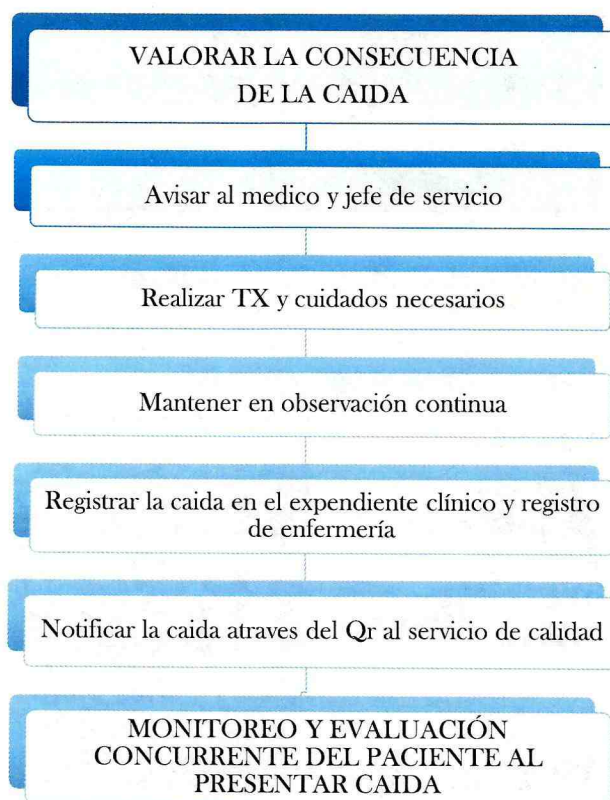
Fuente: Adaptado de Román y Cairo 2019

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

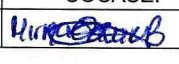
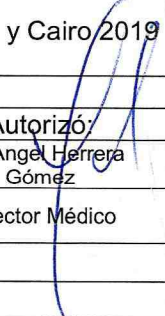
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 17
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas		DE: 19

10.2 Lineamientos ante una caída.

- Valorar el estado del paciente y las consecuencias de la caída identificando posibles lesiones.
- Avisar al médico.
- No incorporar ni movilizar al paciente en caso de sospecha de fractura realizar la movilización correcta (entre varias personas) y trasladarla a la cama o camilla según sea el caso.
- Realizar el tratamiento y cuidados necesarios o mantener observación en función de la lesión que se haya producido.
- Vigilar que no haya lesiones que no sean inmediatamente evidentes.
- Registrar la caída en el expediente electrónico y registro clínico de enfermería.
- Comunicar la caída y sus consecuencias en el formato ya establecido (código QR).
- Determinar los factores que contribuyeron a la caída y registrar.
- Continuar con las otras valoraciones y determinar las intervenciones más apropiadas para el bienestar y seguridad del paciente.



Fuente: Adaptado de Román y Cairo 2019

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 18
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

10.2.1 Cartel prevención de caídas


**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

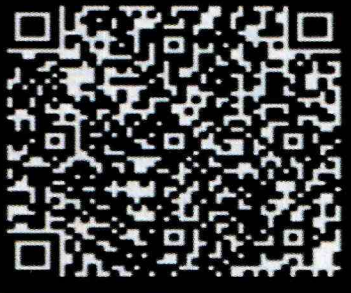
ACCIÓN ESENCIAL 6

REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS

REGISTRO ELECTRÓNICO DE CAÍDAS

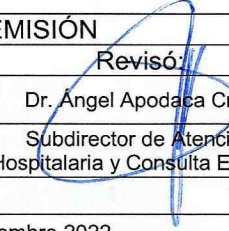
- El Instituto cuenta con una herramienta de registro basada en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.
- Este formato debe llenarse correctamente con todos los datos solicitados. Puedes incluir tus datos personales o mantenerlo anónimo.
- Una vez completado dar clic en **ENVIAR** o al correo: dcalidad@incan.edu.mx

Escanea el siguiente código QR para un rápido acceso al formato desde tu celular



Dudas:
MASS MIRNA OLIVARES Ext: 14383 T.M
LEO ANGÉLICA GONZÁLEZ Ext: 14300 T.V

Tu participación ayuda a la información y mejorará la fortaleza de la seguridad de nuestros pacientes

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 19
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 6. Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Cauda de Caídas			DE: 19

10.3 Lineamientos para contención mecánica.

- Llenar el consentimiento informado, explicarle el motivo al cuidador / familiar.
- Elegir el dispositivo adecuado para disminuir la movilidad sin afectar la dignidad y el confort del paciente.
- Colocar el dispositivo elegido evitando producir daño manteniendo la seguridad del paciente en todo momento.
- Proporcionar entorno seguro.

10.4 Escala de riesgo de caída J.H. Downton

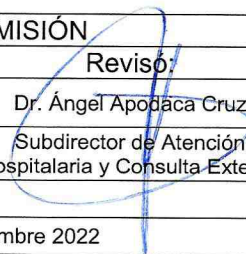
Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
Medicamentos	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficit sensorial	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
Estado mental	Imposible	1
	Orientado	0
	Confuso	1

Interpretaci3n del puntaje

Valor igual o mayor a 3: alto riesgo

Valor de 1 a 2: mediano riesgo

Valor de 0 a 1: bajo riesgo

CONTROL DE EMISI3N				
	Elabor3:		Revis3:	Autoriz3:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atenci3n Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas		HOJA: 1 DE: 14

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 7. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			HOJA: 2 DE: 14

1. PROPÓSITO

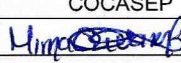
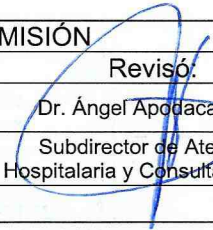
- 1.1 Garantizar el registro y generación de información sobre las cuasi fallas, evento adverso y centinelas que se presenten en los servicios y/o departamentos del Instituto Nacional de Cancerología, favoreciendo la toma de decisiones que prevengan su ocurrencia.
- 1.2 Ejecutar el análisis de los eventos adverso presentados en el Instituto Nacional de Cancerología, que permita establecer lineamientos y acciones centradas en la prevención de los mismos y permitan emitir alertas para evitar dichos acontecimientos.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno esta acción es aplicable al profesional de enfermería, médico, químico farmacobiólogo, químicos y áreas afines del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que participen en el proceso de registro de los eventos adversos, centinela y cuasi fallas palpables.
- 2.2 A nivel externo esta acción implica a los médicos rotantes, prestadores de servicio social, personal de prácticas profesionales afines, que acudan a esta institución.

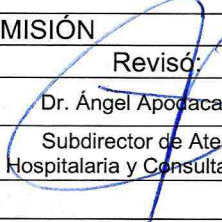
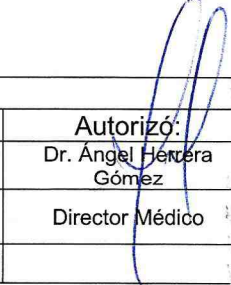
3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es de observancia obligatoria para el personal del Instituto Nacional de Cancerología realizar el registro de los eventos adversos presencie o detecte:
 - Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente de la persona.
 - Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente de la persona.
 - Riesgo potencial o inminente de que ocurra muerte imprevista o pérdida de la función.
 - Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o la persona equivocada.
 - Transmisión de enfermedades o afecciones crónicas como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
 - Suicidio.
 - Violación o maltrato u homicidio de cualquier paciente.
 - Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (aplicación de biológico).
- 3.2 Es de observancia obligatoria que todo el personal de Instituto, sin importar su nivel jerárquico, área de adscripción, participe y se involucre en la prevención, detección, notificación, control y seguimiento de los incidentes de seguridad de la persona.
- 3.3 Es de observancia obligatoria que todos los profesionales del equipo interdisciplinar que participe en la atención, cuidado, manejo de la persona conozca el sistema de registro de eventos adversos, cuasi fallas y centinelas en operación en el Instituto Nacional de Cancerología.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

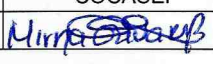
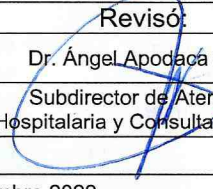
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

- 3.4 Es de observancia obligatoria del profesional de enfermería, orientar al personal de salud donde se encuentran localizados los "códigos QR" para el registro de los eventos adversos, cuasi fallas y centinelas presentados dentro de la institución.
- 3.5 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas a fines que participen en la atención de la persona, conocer y explorar la plataforma de registros de eventos adversos de la institución.
- 3.6 Es responsabilidad de todo profesional de la salud que participe en la ministración de medicamentos, soluciones, radiofármacos y medios de contraste, notificar y registrar ante Farmacovigilancia las reacciones asociadas a la ministración de los mismos.
- 3.7 Es responsabilidad del profesional de salud registrar y notificar los eventos adversos asociado a la medicación, asociados a la omisión o ministración equivocada de medicamentos, fluidos, radiofármacos y/o medios de contraste.
- 3.8 Es responsabilidad del profesional de enfermería, médico y áreas afines que participen en el cuidado y/o atención de los usuarios del Instituto, realizar el registro y notificación de cualquier evento adverso, cuasi falla presentado; inmediatamente después de que ocurra o tan pronto como sea identificado.
- 3.9 Es responsabilidad de la institución contar con un representante de calidad, avalado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), que garantice la participación del Instituto Nacional de Cancerología en el registro de eventos adversos a nivel nacional.
- 3.10 Es de observancia obligatoria que todo el profesional de salud que identifique, detecte o participe en una cuasi falla, evento adverso o centinela, realice la notificación pertinente a través del Código QR en un lapso no mayor a 24 horas.
- 3.11 Es de observancia obligatoria que todo el profesional de salud que identifique, detecte o participe en una cuasi falla, evento adverso o centinela, agregar toda la documentación adicional relacionada con la seguridad de la persona, para realizar el análisis de dicho evento al área de calidad.
- 3.12 Es responsabilidad del área de calidad garantizar la confidencialidad de cualquier evento adverso registrado, recalando que dicho registro es de carácter proactivo, la acción hacia el profesional será evaluado por el COCASEP de acuerdo a la magnitud del mismo.
- 3.13 Es responsabilidad de los(las) jefes (as) de servicio y supervisores(as) garantizar el adecuado registro de eventos adversos en la plataforma de calidad y entregar documentación al área de calidad en un plazo no mayor a 24 horas si procede.
- 3.14 Es de observancia obligatoria para todo el profesional de salud que presente o detecte algún incidente de seguridad relacionado a la ejecución de una cirugía en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto y/o persona incorrecta, realice todo el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución.
- 3.15 Es de observancia obligatoria para todo el profesional de salud que presente o detecte algún incidente de seguridad relacionado con la transmisión de una enfermedad o afección crónica resultado de la transfusión de sangre, hemocomponentes y/o trasplante de órgano o tejido, ejecutar el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apocaca-Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

- 3.16 Es responsabilidad para todo el profesional de salud que presente o detecte algún incidente de seguridad relacionado con suicidio dentro de la institución, ejecutar el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución.
- 3.17 Es responsabilidad para todo el profesional de salud que presente o detecte algún incidente de seguridad relacionado con un acto de violación, maltrato y/o homicidio de cualquier persona bajo su cuidado, ejecutar el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución; así como las medidas legales necesarias.
- 3.18 Es responsabilidad para todo el profesional de salud que presencie algún incidente de seguridad relacionado con muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o problema subyacente de la persona, realice todo el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución.
- 3.19 Es responsabilidad para todo el profesional de salud que presencie algún incidente de seguridad relacionado con la pérdida de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o problema subyacente de la persona, realice todo el proceso de registro y seguimiento de eventos adversos establecido dentro de la institución.
- 3.20 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP, realizar análisis de los eventos adversos notificados en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 3.21 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP realizar y ejecutar el análisis de las cuasi fallas y eventos adversos resaltando patrones y tendencias.
- 3.22 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP realizar y ejecutar el análisis causa-raíz de cada evento centinela presentado en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 3.23 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP informar el análisis de los eventos adversos, cuasi fallas y centinelas presentados en sesión con el COCASEP; para determinar el seguimiento, y/o establecimiento de las barreras de seguridad implementadas en la institución.
- 3.24 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP informar el análisis de los eventos adversos al cuerpo directivo y personal de la institución, con las estrategias de mejora a implementar para la prevención de los mismos.
- 3.25 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP ante un evento centinela, solicitar una reunión extraordinaria con el COCASEP para la inspección interdisciplinaria que facilite el análisis causa-raíz.
- 3.26 Es responsabilidad de la(el) secretaria(o) de COCASEP que ante toda investigación de incidentes de seguridad se debe incluir la búsqueda intencionada de actos, condiciones de seguridad; así como las políticas, procesos y supervisión que intervienen como lo marca el protocolo de Londres.
- 3.27 Es responsabilidad del COCASEP realizar un análisis de la información presentada sobre los incidentes de seguridad; siguiendo los principios de no intencionalidad, confidencialidad y objetividad en cada sesión.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 5
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

3.28 Lineamientos Operativos

3.28.1 Proceso de notificación de eventos adversos, cuasi fallas y centinelas.

Se debe realizar el registro de todos los eventos adversos, cuasi fallas y centinelas presentados en el Instituto Nacional de Cancerología.

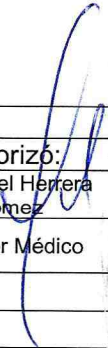
Todo el personal de la institución que presente, presencie y/o detecte algún tipo de evento adverso, cuasi falla y/o evento centinela, debe acceder a la plataforma a través del Código QR que se encuentre en los carteles distribuidos en los diferentes servicios de la institución de la siguiente manera:

1. Detección del incidente de seguridad.
2. Notificar al(la) jefe(a) inmediato(a) para las medidas necesarias hacia la persona si procede.
3. Escanear de Código QR para el ingreso a la plataforma.
4. Realizar el registro correspondiente según las celdas solicitadas. Este puede ser de carácter anónimo.
5. Completar los documentos, la redacción de hechos, y adicionales que expliquen el incidente de seguridad suscitado al área de calidad.
6. El área de calidad llevará registro y análisis del incidente de seguridad presentado.
7. De ser necesario se presentará ante la(el) secretaria(o) técnica(o) del COCASEP y/o comité para la evaluación.
8. Determinar las acciones a implementar desde el área administrativa para prevenir nuevos incidentes de seguridad del mismo tipo.

3.28.2 Tipos de eventos adversos

Los eventos adversos considerados en el Instituto Nacional de Cancerología son:

- Caídas,
- Asociadas a la omisión y/o ministración de algún medicamento, antineoplásicos, radiofármaco, hemocomponentes y/o medios de contraste que cause un efecto directo en la persona,
- Errores en algunos de los procedimientos,
- Infección de vías urinarias relacionadas a sondas,
- Bacteriemias,
- Neumonía asociada a ventilación mecánica,
- Infección de sitio quirúrgico,
- Maltrato hacia la persona.

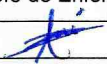
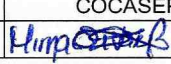
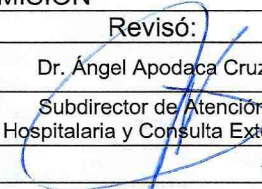
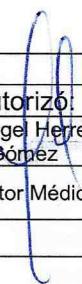
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 PROCEDIMIENTO DE LA AESP 7 “Registro y notificación de evento adverso, cuasi falla o centinela”

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal del Instituto	1	Detecta o presenta un incidente de seguridad de la persona.	
	2	Notifica el incidente de seguridad (evento adverso, cuasi falla o evento centinela).	- Plataforma o código QR
Jefe(a) de servicio	3	Garantiza el registro adecuado y la entrega de documentos adicionales al área de calidad.	
Secretaria(o) técnica(o) del COCASEP	4	Revisa la base de datos.	
Secretaria(o) técnica(o) del COCASEP	5	Clasifica y organiza los incidentes de seguridad de acuerdo a: ▪ Evento adverso ▪ Cuasi falla ▪ Evento centinela	
	6	Clasifica si es evento centinela.	
	7	Si. Solicita sesión extraordinaria con el COCASEP.	
Integrantes del COCASEP	8	Reunión interdisciplinaria para crear un análisis causa raíz.	
	9	Ejecutan e implementan acciones de mejora.	
Secretaria(o) técnica(o) del COCASEP	10	No. Realiza análisis y genera línea de acción.	
Integrantes del COCASEP	11	Presentan el análisis de los incidentes de seguridad y posibles líneas de acción.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas		DE: 14

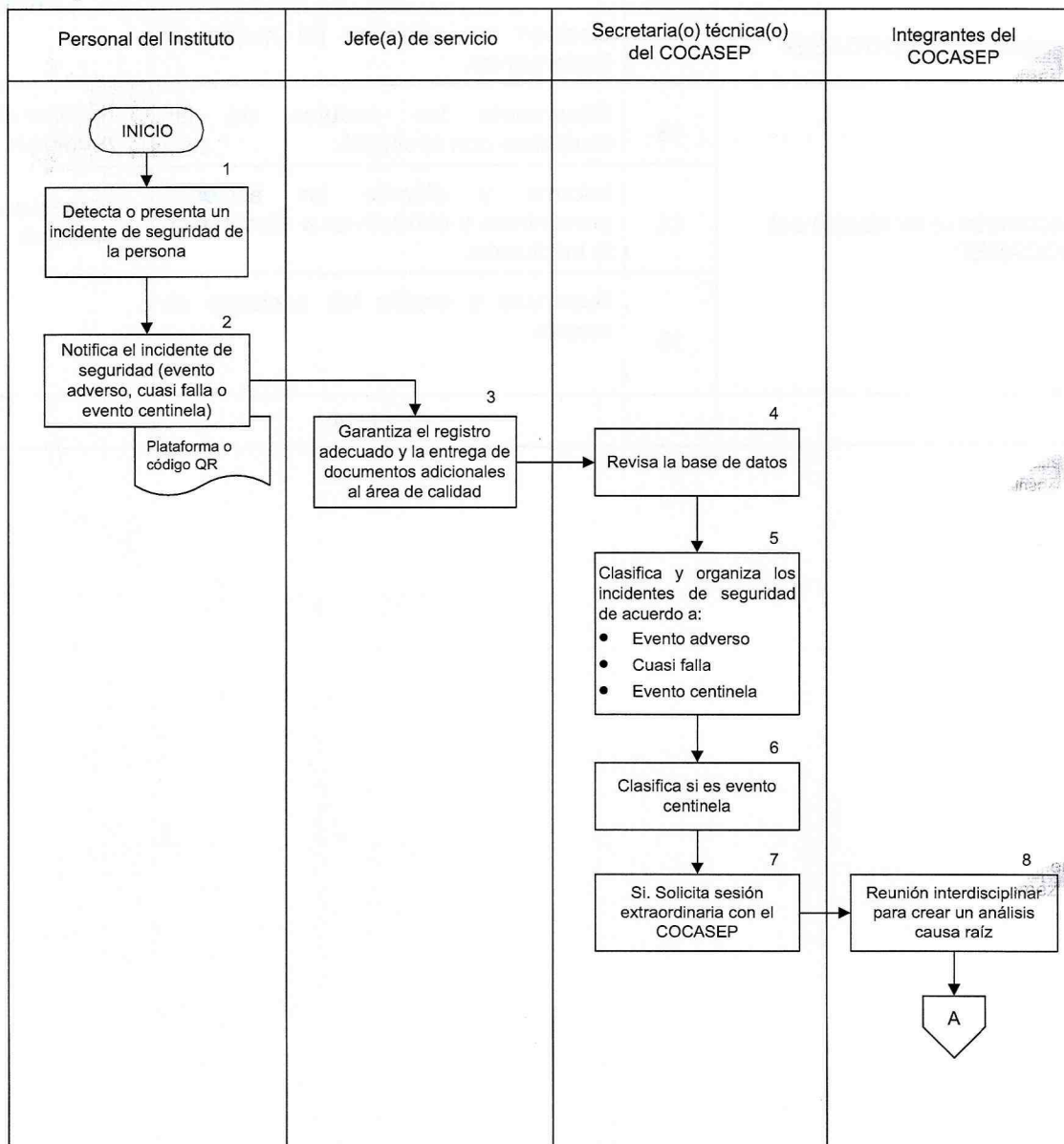
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Integrantes del COCASEP	12	Deciden las acciones de mejora a implementar.	
Secretaria(o) técnica(o) del COCASEP	13	Documenta las minutas de las reuniones con el comité.	- Minutas de las reuniones
	14	Informa y difunde las acciones preventivas y correctivas a ejecutar en la institución.	- Planes de mejora continua
	15	Supervisa y evalúa las acciones de mejora.	
		TERMINA	

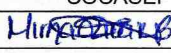
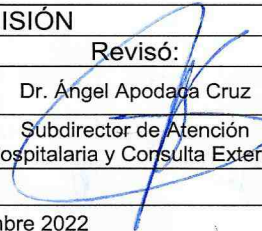
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

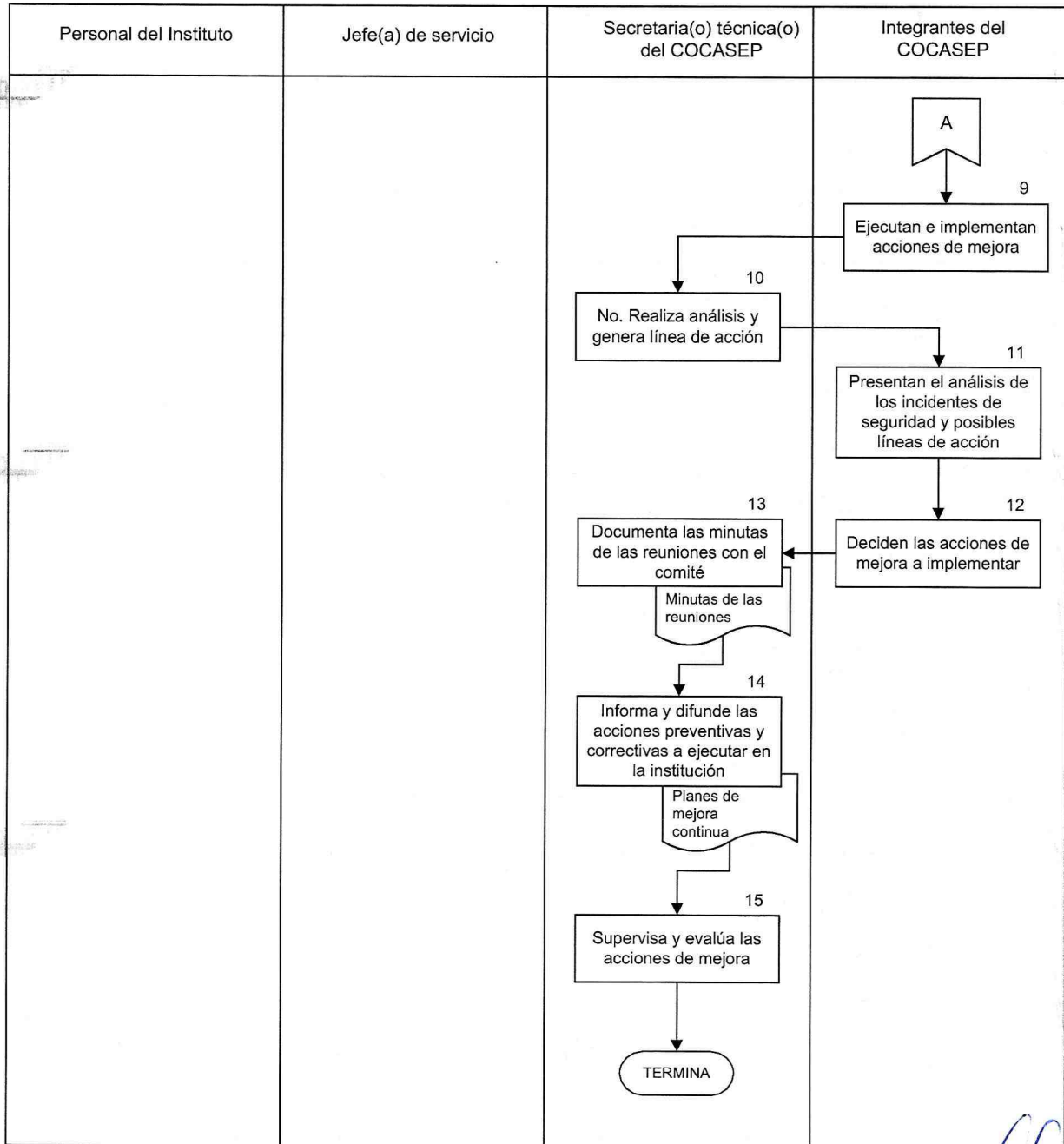
5. DIAGRAMA DE FLUJO

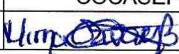
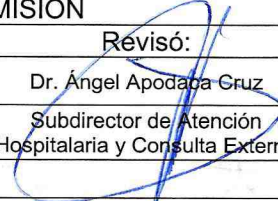
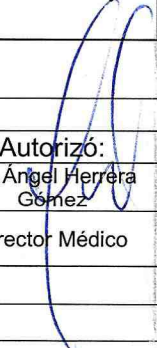
5.1 PROCEDIMIENTO DE LA AESP 7 "Registro y notificación de evento adverso, cuasi falla o centinela"



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas		DE: 14



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

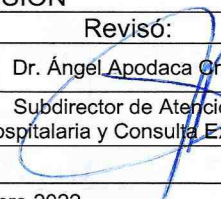
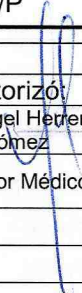
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018. 2018.	N/P
6.11 NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica	N/P
6.12 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	N/P
6.13 NOM 230-SSA1-2002 Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.	N/P
6.14 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.15 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Hoja de registros clínicos de enfermería (Expediente Clínico Físico)	Indefinido	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	N/P
Expediente electrónico	Indefinido	Sistema INCAN	N/P

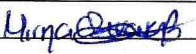
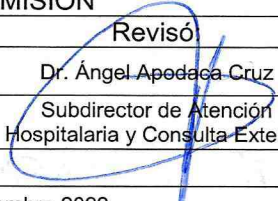
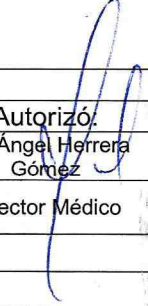
CONTROL DE EMISIÓN				
Elaboró:			Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			HOJA: 11 DE: 14

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Minutas de reuniones del comité COCASEP	5 Años	Área de Calidad	N/P

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Análisis Causa Raíz:** Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.
- 8.2 Caída:** Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.
- 8.3 Cultura de la seguridad:** Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de 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.
- 8.4 Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- 8.5 Daño leve:** Incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso).
- 8.6 Daño moderado:** Incidente que causa un daño significativo, pero no permanente. (evento adverso).
- 8.7 Daño severo:** Incidente que tiene como resultado un daño permanente e irreversible.
- 8.8 Discapacidad:** Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- 8.9 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.
- 8.10 Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

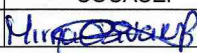
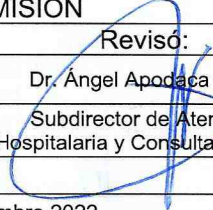
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

- 8.11 Infección asociada con 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.
- 8.12 Medicación segura:** Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.
- 8.13 Reacción adversa:** Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento
- 8.14 Reacción adversa a medicamento:** Respuesta nociva e inesperada a un medicamento que se produce a dosis normalmente recomendadas para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para el restablecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica.
- 8.15 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.
- 8.16 Sistema de registro y análisis de eventos adversos:** Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible.
- 8.17 Sistema INCAN:** Sistema informático vigente del Instituto Nacional de Cancerología.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad con 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrería Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

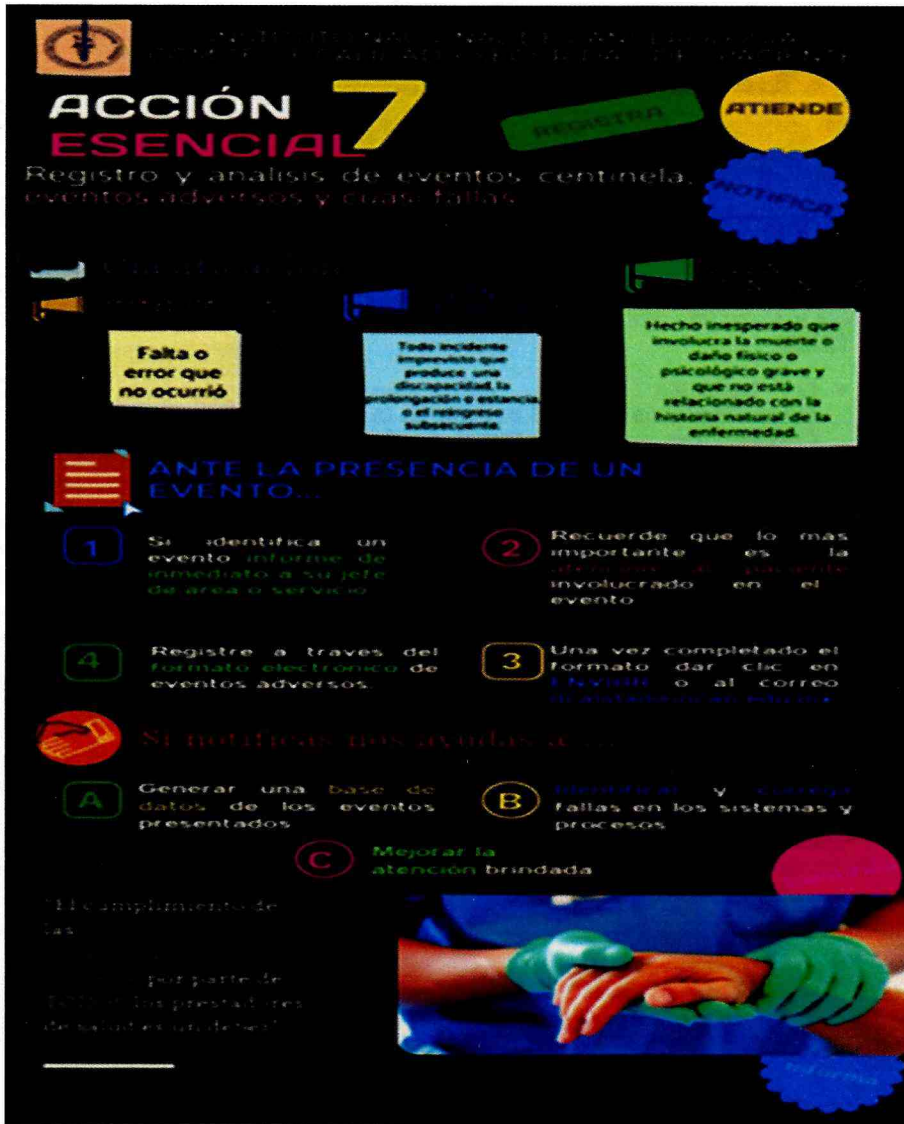
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas			DE: 14

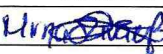
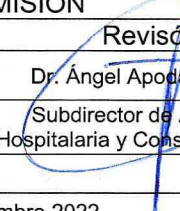
10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cartel de registro de notificación de eventos adversos, cuasi falla y centinela.

10.2 Notificación de eventos

10.1 Cartel de registro de notificación de eventos adversos, cuasi falla y centinela.



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 7. Registro y Análisis de los Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Fallas		DE: 14

10.2. Notificación de eventos



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN ESENCIAL 7

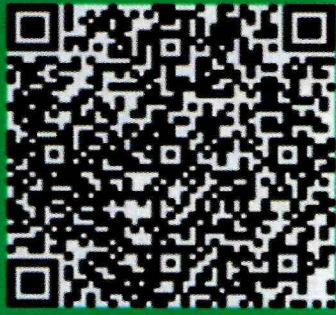
REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, ADVERSOS Y CUASIFALLAS

- El Instituto cuenta con una herramienta de registro basada en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.
- Este formato debe llenarse correctamente con todos los datos solicitados. Puedes incluir tus datos personales o mantenerlo anónimo.
- Una vez completado dar clic en **ENVIAR** o al correo: dcalidad@incan.edu.mx

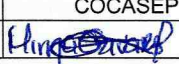


"El cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente por parte de los prestadores de salud es un deber"

Dudas:
 MASS MIRNA OLIVARES EXT. 14283 T.M.
 LEO ANGÉLICA GONZÁLEZ EXT. 14300 TV



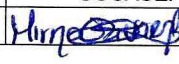
Escanea el código QR para un rápido acceso desde tu celular

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente		HOJA: 1
			DE: 16

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AESP 8. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			HOJA: 2 DE: 16

1. PROPÓSITO

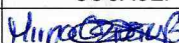
- 1.1. Realizar la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente, con el propósito de favorecer las acciones de mejora continua relacionadas con el clima de seguridad en el Instituto Nacional de Cancerología, a través del cuestionario que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adaptó a partir de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad.
- 1.2. Identificar áreas de mejora continua a través del análisis de valores, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento que determinan la seguridad de la organización, mediante la aplicación de un cuestionario.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a todo el personal clínico y no clínico del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de los diferentes servicios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de todo personal de la salud participar anualmente en la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) adaptó a partir de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad.
- 3.2 La medición de la cultura de seguridad del paciente se realizará en la plataforma electrónica que la DGCES elaboró con este fin.
- 3.3 La medición de la cultura de seguridad del paciente se realizará de manera anónima.
- 3.4 Es de observancia obligatoria la participación activa del personal de enfermería, médico, y áreas afines de todos los turnos que se encuentren en contacto o atención directa de la persona, tanto en la medición como en las acciones de mejora de la cultura de seguridad.
- 3.5 La participación del Instituto Nacional de Cancerología en la medición de la cultura de la seguridad del paciente, deberá ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.6 La medición de la cultura de seguridad del paciente se hará de acuerdo al proceso operativo establecido por la DGCES.
- 3.7 El resultado del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentará al cuerpo directivo en sesión del COCASEP, para definir estrategias de mejora.
- 3.8 Las áreas de mejora se enfocarán en las dimensiones de la cultura de seguridad con mayor número de negativos.
- 3.9 El personal eventual o que solo interviene en el proceso de atención en consulta externa, no podrá participar en la medición de cultura de seguridad.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 3
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

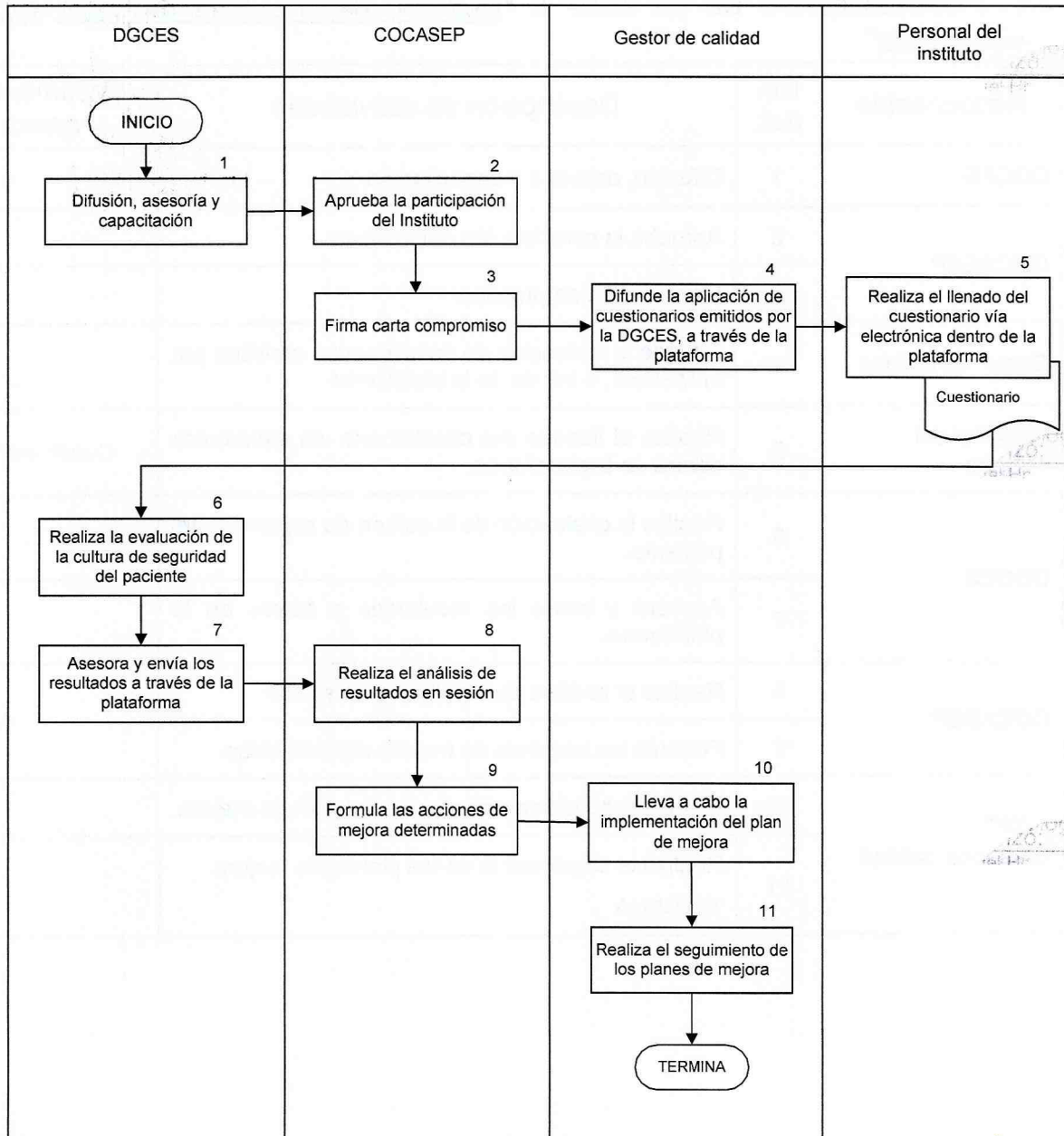
4.1 PROCEDIMIENTO DE LA AESP 8 “Medición de la cultura de seguridad del paciente”

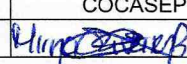
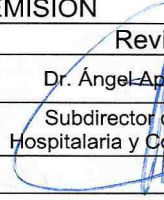
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
DGCES	1	Difusión, asesoría y capacitación.	
COCASEP	2	Aprueba la participación del Instituto.	
	3	Firma carta compromiso.	
Gestor de calidad	4	Difunde la aplicación de cuestionarios emitidos por la DGCES, a través de la plataforma.	
Personal del instituto	5	Realiza el llenado del cuestionario vía electrónica dentro de la plataforma.	– Cuestionario
DGCES	6	Realiza la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	
	7	Asesora y envía los resultados a través de la plataforma.	
COCASEP	8	Realiza el análisis de resultados en sesión.	
	9	Formula las acciones de mejora determinadas.	
Gestor de calidad	10	Lleva a cabo la implementación del plan de mejora.	
	11	Realiza el seguimiento de los planes de mejora. TERMINA	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Angel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 4
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

5. DIAGRAMA DE FLUJO - PROCEDIMIENTO DE LA AESP 8 "Medición de la cultura de seguridad del paciente"



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente		
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente		HOJA: 5 DE: 16

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	N/P
6.2 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/P
6.4 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.5 Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
6.6 Estructura Orgánica Autorizada, vigente (Estructura, dictamen y oficio de la SFP).	N/P
6.7 Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
6.8 Manual de Organización del Departamento de Enfermería.	M.O./1.0.9I.1.0.7.2
6.9 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/2017.	N/P
6.10 Consejo de Salubridad General; Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018.	N/P
6.11 NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica	N/P
6.12 NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	N/P
6.13 NOM 230-SSA1-2002 Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.	N/P
6.14 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.	N/P
6.15 Lineamientos para la Elaboración, Actualización y Baja de Normas Internas del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Minutas del COCASEP	5 años	Área de Calidad	N/P

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

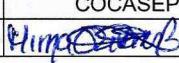
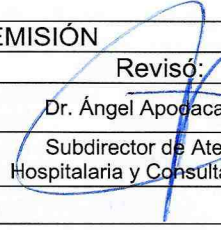
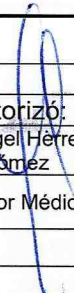
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 6
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 COCASEP:** Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- 8.2 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.
- 8.3 DGCES:** Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- 8.4 Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.
- 8.5 Incidente de seguridad:** Cualquier suceso (o circunstancia), que ocasiona (o podría ocasionar) daño innecesario relacionado con la atención sanitaria prestada, y se reserva el término «evento adverso» para el incidente de seguridad que llega al paciente produciendo un daño que afecta negativamente su salud o calidad de vida.
- 8.6 Plan de mejora:** estrategia para dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad de las personas en los servicios de salud

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	Noviembre 2022	Este procedimiento forma parte del Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, elaborado de conformidad 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, DOF: 08/09/2017. Por lo anterior, el Manual de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente sustituye al Manual de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente elaborado en el año 2016.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 7
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

ANEXO 6

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

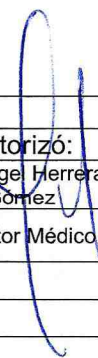
Indicaciones:

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

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

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

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

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 8
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

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

¿Cuál es su profesión?

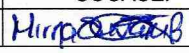
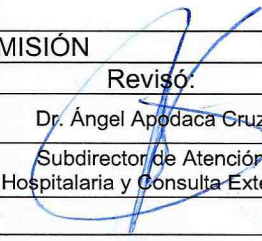
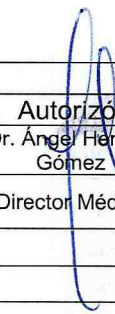
- ☐ Personal médico ☐ Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

- ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ Jornada acumulada

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

- ☐ a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
☐ b. Medicina (No-quirúrgica)
☐ c. Cirugía
☐ d. Obstetricia
☐ e. Pediatría
☐ f. Urgencias
☐ g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
☐ h. Salud mental/Psiquiatría
☐ i. Rehabilitación
☐ j. Farmacia
☐ k. Laboratorio
☐ l. Radiología
☐ m. Anestesiología
☐ n. Otro, por favor, especifique: _____

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

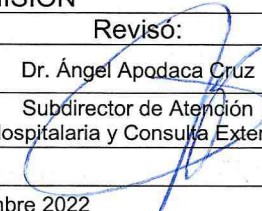
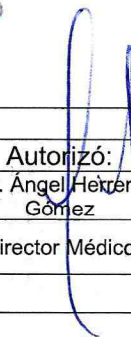
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 9
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene SOLO EL CÍRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL. Observe que en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

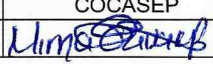
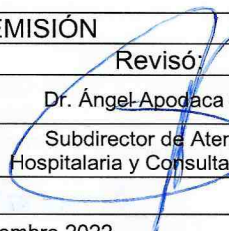
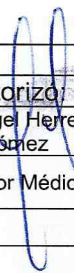
PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.....	①	②	③	④	⑤
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.....	①	②	③	④	⑤
3. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	①	②	③	④	⑤
4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	①	②	③	④	⑤
5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes.....	①	②	③	④	⑤
7. Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
8. El personal siente que los errores son utilizados en su contra.....	①	②	③	④	⑤
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo.....	①	②	③	④	⑤
10. En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad.....	①	②	③	④	⑤
11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden.....	①	②	③	④	⑤
12. Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema.....	①	②	③	④	⑤

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 10
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.....	①	②	③	④	⑤
14. Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis", tratando de hacer mucho y muy rápidamente.....	①	②	③	④	⑤
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.....	①	②	③	④	⑤
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral.....	①	②	③	④	⑤
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.....	①	②	③	④	⑤
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.....	①	②	③	④	⑤

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

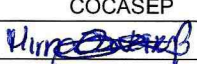
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 11
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN círculo.

PIENSE EN SU SUPERVISOR/ JEFE	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos.....	①	②	③	④	⑤
2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando aumente la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.....	①	②	③	④	⑤
4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.....	①	②	③	④	⑤

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

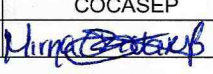
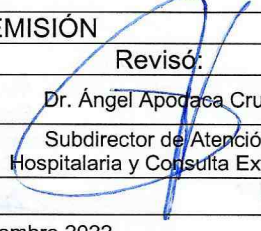
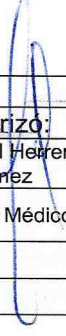
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 12
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

SECCIÓN C: Comunicación

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

¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	La mayoría				
	Nunca	Rara vez	A veces	de las veces	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio.....	①	②	③	④	⑤
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente.....	①	②	③	④	⑤
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio.....	①	②	③	④	⑤
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.....	①	②	③	④	⑤
5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	①	②	③	④	⑤
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.....	①	②	③	④	⑤

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 13
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

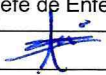
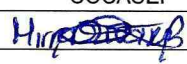
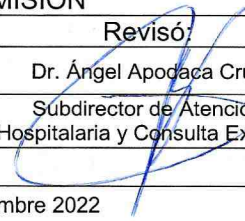
Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	La mayoría				
	Nunca	Rara vez	A veces	de las veces	Siempre
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?..	①	②	③	④	⑤
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

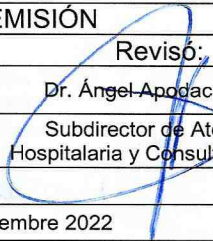
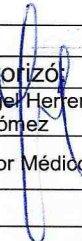
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 14
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

SECCIÓN F: Su Hospital

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

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.....	①	②	③	④	⑤
2. Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas.....	①	②	③	④	⑤
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital.....	①	②	③	④	⑤
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	①	②	③	④	⑤
5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de paciente durante los cambios de turno.....	①	②	③	④	⑤
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital.....	①	②	③	④	⑤
7. Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital.....	①	②	③	④	⑤
8. Las acciones de de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad.....	①	②	③	④	⑤
9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso.....	①	②	③	④	⑤
10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.....	①	②	③	④	⑤
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	①	②	③	④	⑤

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 15
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 8. Cultura de Seguridad del Paciente			DE: 16

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Nombre:

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

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

- | | |
|--|---|
| ☐ a. Ninguno | ☐ d. 6 a 10 eventos |
| ☐ b. 1 a 2 eventos | ☐ e. 11 a 20 eventos |
| ☐ c. 3 a 5 eventos | ☐ f. 21 o más eventos |

Nombre:

SECCIÓN H: Información complementaria

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?

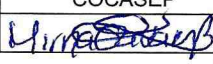
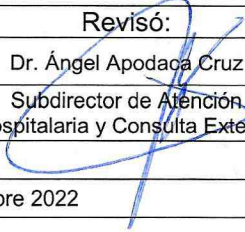
- | | |
|---|--|
| ☐ a. Menos de 1 año | ☐ d. De 11 a 15 años |
| ☐ b. De 1 a 5 años | ☐ e. De 16 a 20 años |
| ☐ c. 6 a 10 años | ☐ f. 21 años o más |

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

- | | |
|---|--|
| ☐ a. Menos de 1 año | ☐ d. De 11 a 15 años |
| ☐ b. De 1 a 5 años | ☐ e. De 16 a 20 años |
| ☐ c. 6 a 10 años | ☐ f. 21 años o más |

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

- | | |
|---|--|
| ☐ a. Menos de 20 horas por semana | ☐ d. De 60 a 79 horas por semana |
| ☐ b. De 20 a 39 horas por semana | ☐ e. De 80 a 99 horas por semana |
| ☐ c. De 40 a 59 horas por semana | ☐ f. 100 horas por semana o más |

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaria Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			REV: 01
	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente			HOJA: 16
	Procedimiento para la Implementación de la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente			DE: 16
8. Cultura de Seguridad del Paciente				

ACCIONES ESENCIALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

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

- ☐ a. Enfermera general titulada ☐ g. Otros, por favor especifique
☐ b. Enfermera especialista titulada
☐ c. Auxiliar de enfermería
☐ d. Médico residente
☐ e. Médico general
☐ f. Médico especialista

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

- ☐ a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
☐ b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

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

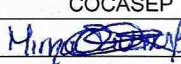
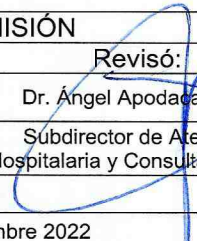
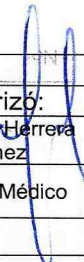
- ☐ a. Menos de 1 año ☐ d. De 11 a 15 años
☐ b. De 1 a 5 años ☐ e. De 16 a 20 años
☐ c. 6 a 10 años ☐ f. 21 años o más

SECCIÓN I: Sus comentarios

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

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

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

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:		Revisó:	Autorizó:
Nombre:	ME Abigail Quintana Sánchez	MASS Mirna Olivares Becerril	Dr. Ángel Apodaca Cruz	Dr. Ángel Herrera Gómez
Cargo-puesto:	Subjefe de Enfermeras	Secretaría Técnica COCASEP	Subdirector de Atención Hospitalaria y Consulta Externa	Director Médico
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2022			