



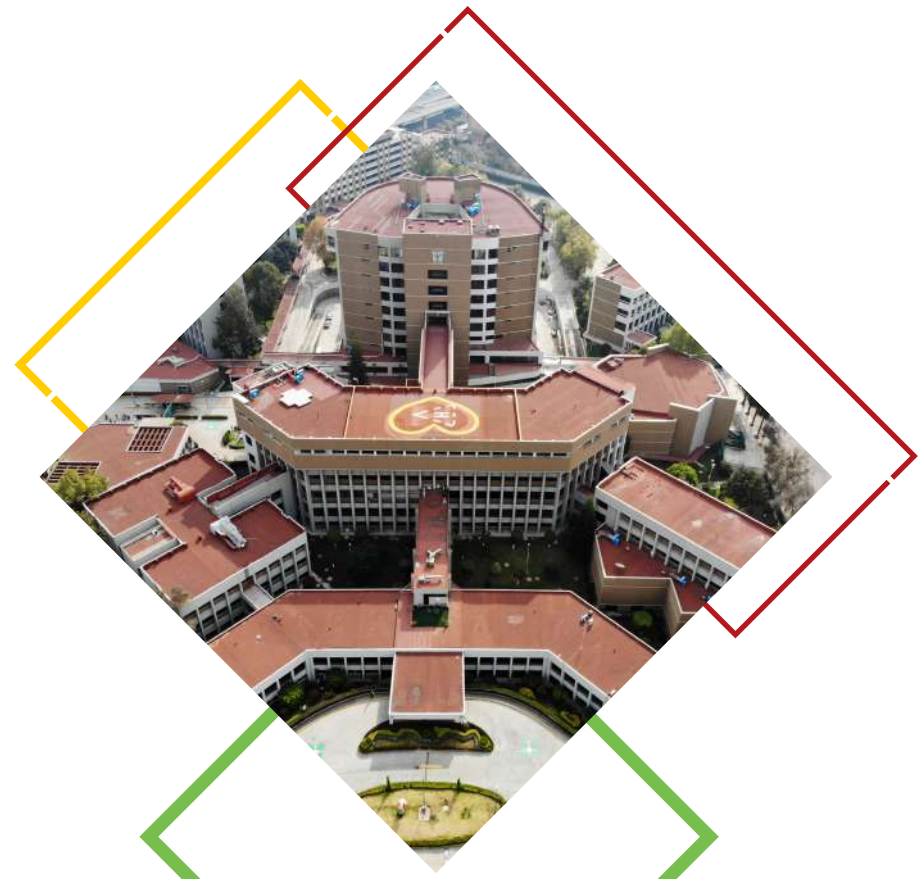
GUÍA

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD INSTITUCIONAL

Guía para la implementación del Modelo de calidad institucional, ©2024

Diseño elaborado por: Comunicación Social del INC
Contenido integrado por: Unidad de Calidad

Impreso y hecho en México
Prohibida su reproducción parcial o total por
cualquier medio sin autorización escrita de
los titulares de los derechos patrimoniales.





GUÍA

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD INSTITUCIONAL

ÍNDICE

Prólogo Dr. Jorge Gaspar Hernández	06
Introducción	07
Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)	09
Descripción del modelo	11
Acciones básicas para la seguridad del paciente	14
1. Identificación correcta del paciente	15
2. Comunicación efectiva	16
3. Seguridad en el proceso de medicación	18
4. Seguridad en los procedimientos	20
5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud	22
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas	25
7. Registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela	27
8. Cultura de seguridad del paciente	30
Sistemas Críticos	31
Manejo y Uso de Medicamentos (MUM)	31
Prevención y Control de Infecciones (PCI)	34
Gestión y Seguridad de las Instalaciones (GSI)	39
Competencias y Capacitación del Personal (CCP)	44

ÍNDICE

Decálogo de Derechos de las y los Profesionales de la salud	45
Procesos centrados en el paciente	46
Acceso y Continuidad de la Atención (ACA)	47
Derechos del Paciente y de su Familia (DPF)	48
Derechos fundamentales de la seguridad del paciente (OMS)	49
Evaluación de Pacientes (EP)	52
Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	53
Atención de Pacientes (AP)	54
Anestesia y Atención Quirúrgica (AAQ)	56
Educación del Paciente y su Familia (EPF)	57
Procesos centrados en la gestión	58
Gestión de la Comunicación y la Información (GCI)	58
Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)	59
Protocolo de servicio para la atención ciudadana SONRIE	60
Localización	61
Misión y Visión	62

PRÓLOGO

Para el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, la calidad es el eje rector de la atención de los pacientes.

Por ello se requiere de un macrosistema que trabaje de manera coordinada e interrelacionada, para que el paciente reciba la mejor atención, con trato digno en instalaciones seguras, y por profesionales competentes.

“Tengo certeza de que tendremos éxito porque no obstante a la diversidad de oficios del personal, nos une un propósito común: la salud del paciente.

Tendremos éxito porque se trabajará para que nos una un ideal común: el de la excelencia, ese deseo de hacer todo cada vez mejor”.

Dr. Jorge Gaspar Hernández



■ RIESGO ■

ENFOQUE PREVENTIVO



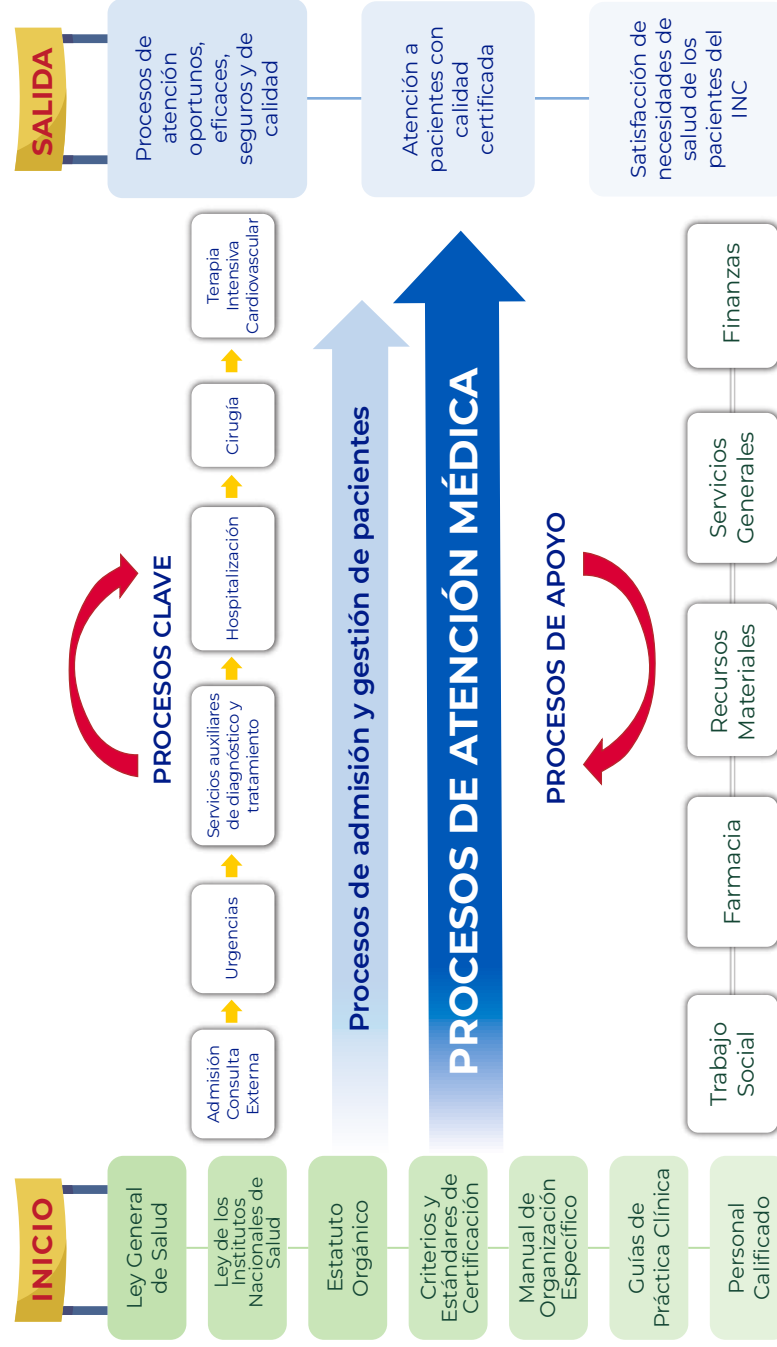
ENFOQUE REACTIVO

■ PROBLEMA ■

GESTIÓN DE RIESGOS

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene el propósito de dar a conocer a todo el personal cómo está conformado el Modelo de Calidad Institucional y la metodología de Gestión de Riesgos, para que el trabajador identifique la importancia de su participación dentro del Modelo.



MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (MUEC)

El **Modelo Único de Evaluación de la Calidad en la Atención Médica (MUEC)**, es una estrategia para la evaluación de la calidad en la atención médica, resultado de la sinergia de los procesos de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica y la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.



El **MUEC** permite la verificación del cumplimiento de criterios (duros, blandos, críticos y ligados a infraestructura) y estándares (criterios mayores, menores y de infraestructura en evaluación documental) en materia de calidad con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua e incremental de la estructura, procesos y resultados.

Su implementación permite el cumplimiento con la normatividad vigente en materia de salud, de infraestructura, recursos y procesos al coadyuvar a que el establecimiento de atención médica cuente con lo necesario para el otorgamiento de una atención con calidad, segura y centrada en la persona.



DESCRIPCIÓN DEL MODELO

El Modelo de Calidad Institucional toma como base lo propuesto por la Secretaría de Salud que centra al paciente, su familia y a la comunidad como eje de la atención, bajo el principio: «la **manera correcta** y en el **momento oportuno**, por las **personas con las competencias** necesarias».



PROPÓSITO:



Fortalecer la calidad de atención a partir de un Modelo de Calidad Institucional, que con base a una visión sistémica y multidisciplinar, identifica, prioriza, analiza e implementa estrategias de mejora.

ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL MODELO:

UTILIZAR	<i>la gestión de riesgos como un proceso sistemático para identificar riesgos y problemas e implementar líneas de acción.</i>
IMPLEMENTAR Y DIFUNDIR	<i>el Programa de Calidad Institucional.</i>
COORDINAR	<i>la participación de los profesionales, que acorde a sus funciones, participen como Promotores de Calidad.</i>
DIFUNDIR	<i>el Modelo de Calidad Institucional.</i>
FORTALECER	<i>la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos.</i>
IMPLEMENTAR	<i>las Soluciones Prácticas para la seguridad del Paciente (APPS) del «Patient Safety Movement», específicamente las relacionadas con la cultura de calidad y errores de la medicación.</i>
FORTALECER	<i>la participación ciudadana con el apoyo de herramientas que garanticen una atención oportuna y el trato digno.</i>
APOYAR	<i>a las unidades administrativas en el cumplimiento del programa de calidad institucional.</i>

El **Modelo de Calidad Institucional** se encuentra bajo la coordinación y evaluación de la **Unidad de Calidad** para facilitar la gestión de riesgos. Este modelo se divide en los siguientes apartados:



ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

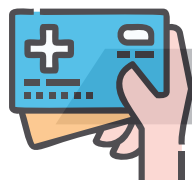
¿QUÉ SON?

Son procesos sistémicos y multidisciplinarios con la integración de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (**MISP**) y Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (**AESP**).



ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1



IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

Propósito: Identificar de forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento, y hacer que los mismos coincidan con el paciente.



Barreras de Seguridad:

- El personal de salud debe identificar al paciente con los siguientes 2 datos:
 - **NOMBRE COMPLETO**
 - **FECHA DE NACIMIENTO**
- Utilizar los medios gráficos o dispositivos para apoyar la identificación: membrete de cabecera o brazalete de identificación.

Identificar al paciente **ANTES** de realizar:

- Administración de medicamentos.
- Extracción de sangre y otras muestras.
- Cualquier tratamiento o procedimiento.
- Estudios de gabinete.
- Traslados dentro y fuera de la institución.
- Dotación de dietas.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Colocación/retiro de dispositivos.
- Manejo de cadáveres.

Todo documento generado como parte del proceso de atención del paciente, debe contener: nombre completo y fecha de nacimiento.

ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2

COMUNICACIÓN EFECTIVA

Propósito: Establecer el proceso de comunicación efectiva entre profesionales de salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención.



Barreras de Seguridad:

- **Reporte de resultados o valores críticos de los servicios auxiliares de diagnóstico vía telefónica**

ESCUCHAR



- El nombre completo del paciente
- Fecha de nacimiento
- Resultado crítico de laboratorio

En el reporte de entrega de guardia (censo) o reporte verbal y telefónico (bitácora)

LEER



Que lo que el receptor leyó es correcto

Tal como se escribió

ESCRIBIR



CONFIRMAR



ASEGURARSE QUE LOS RESULTADOS SE INTEGREN AL EXPEDIENTE CLÍNICO

- En las indicaciones verbales en situaciones de urgencia, en los servicios de sala de operaciones y hemodinámica se debe:



ESCUCHAR

REPETIR

CONFIRMAR

REGISTRAR Y TRANSCRIBIR

la indicación en el expediente clínico después de haber atendido al paciente.

- Para dar continuidad a la atención del paciente durante los cambios de turno, responsables, áreas o servicios, la comunicación debe realizarse con el apoyo de la herramienta SAER.

Situación actual.

Antecedentes relevantes.

Evaluación.

Recomendaciones y pendientes.

ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

3

SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

Propósito: Desarrollar las estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo.



Los medicamentos de alto riesgo son:

ANTICOAGULANTES POR VÍA PARENTERAL

ELECTROLITOS CONCENTRADOS

QUIMIOTERAPÉUTICOS

RADIOACTIVOS

INSULINAS



Barreras de Seguridad:

- Identificación de los medicamentos de alto riesgo mediante una alerta visual (**círculo rojo**) desde su almacenamiento hasta su administración.
- Medicamentos de alto riesgo se resguardan separados del resto de medicamentos.
- La prescripción de medicamentos de alto riesgo se realiza en letras **MAYUSCULAS**.
- Es indispensable realizar la **Doble Verificación** durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo y anestésicos.

Doble verificación: Significa que una segunda persona examina detenidamente el proceso a realizar.

- Los dos identificadores:
 - *nombre completo y fecha de nacimiento.*
- La solución.
- Medicamentos.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Horario/frecuencia.
- Fecha de caducidad.
- Velocidad de infusión.



Verificador:

Con las indicaciones médicas verifica insumos y observa la ejecución del procedimiento completo y correcto.

PRESCRIPCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Barreras de seguridad:

- Escribir las indicaciones médicas completas y claras para su administración, con letra legible y sin tachaduras y enmendaduras.
- Identificación de los medicamentos **LASA** con una **etiqueta color azul** desde su almacenamiento hasta su administración.
- La prescripción de medicamentos **LASA** se realiza **subrayando el nombre del medicamento**.

Los medicamentos **LASA** son los que tienen aspecto o nombre parecido.



Ejemplos:

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| • <u>Adrenalina</u> | • <u>Nitroglicerina</u> |
| • <u>Captopril</u> | • <u>Citrato de Fentanilo</u> |
| • <u>Enalapril</u> | • <u>Midazolam</u> |
| • <u>Dopamina</u> | • <u>Nitroprusiato</u> |

ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

4

SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

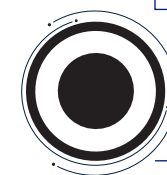
Propósito: Disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinelas relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.



Barreras de Seguridad:

Estandarizar el protocolo universal en Hemodinámica y en Sala de Operaciones:

- **Marcaje Quirúrgico** (señal tipo diana y fuera del círculo mayor colocar las iniciales de quien realizó el marcaje).
- Lista de Verificación.
- Tiempo Fuera.



RTU



↳ Hemodinámica



↳ Cirugía



↳ Fuera de Quirófano

Realizar Tiempo Fuera en procedimientos y tratamientos invasivos de alto riesgo que se realizan fuera de quirófano.

El Tiempo Fuera es hacer una breve pausa para confirmar JUSTO ANTES del procedimiento:



- Nombre completo y fecha de nacimiento del paciente.
- Procedimiento correcto.
- Sitio correcto.

Todo el personal que participa en el procedimiento debe de dejar de realizar cualquier actividad y estar atento a la pausa para colaborar o confirmar los datos relevantes del paciente.

Se debe realizar SIEMPRE, aun en situación de urgencia.

Procedimientos que se realizan fuera del quirófano y que se deben efectuar “tiempo fuera”.

- | | |
|--|---|
| • Toracocentesis. | • Resonancia magnética contrastada. |
| • Colocación de sonda pleural. | • Procedimientos odontológicos. |
| • Biopsia. | • Pericardiocentesis. |
| • Talla supra púlica. | • Traqueostomía percutánea. |
| • Instalación de catéter para terapia de remplazo renal. | • Broncoscopia. |
| • Marcapaso temporal. | • Hemodiálisis. |
| • Eco transesofágico. | • Gastrostomía. |
| • Endoscopia. | • Cardioversión. |
| • Colonoscopia. | • Accesos vasculares. |
| • Tomografía contrastada. | • Transfusión de sangre o hemocomponente. |

Así como en la colocación y retiro de dispositivos invasivos.

ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

5

REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Propósito: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención de la salud (IAAS), a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.



Barreras de Seguridad:

- Programa integral de higiene de manos.
- Llevar a cabo la higiene de manos con la **técnica correcta** en los **5 momentos**.

El programa integral de higiene de manos es desarrollado y coordinado por el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales que se implementa en todo el Instituto e incluye:





LA SEGURIDAD EMPIEZA AQUÍ
LOS CINCO MOMENTOS PARA LA
HIGIENE DE TUS MANOS



01

ANTES DE TOCAR AL PACIENTE

02

ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA

03

DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES

04

DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE

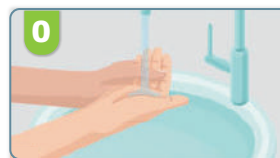
05

DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

¿CÓMO LAVARSE LAS MANOS?



Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos.



Mójate las manos con agua.



Deposita en la palma de tus manos jabón suficiente para cubrir la superficie de ambas manos.



Frótate las palmas de las manos entre sí.



Frótate la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótate las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.



Frótate el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándote los dedos.



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



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



Frótate las muñecas con un movimiento de rotación.



Enjuágate las manos con agua.



Sécate con una toalla desechable.



Sírverte de la toalla para cerrar el grifo.

ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6

REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

Propósito: Evaluar el riesgo y mitigar la probabilidad de ocurrencia de caídas en los pacientes que reciben atención.



Barreras de Seguridad:

- **Valorar** el riesgo de caídas desde la evaluación inicial.
- **Revalorar** en cada cambio de turno, cambio de área o servicio y de acuerdo a los cambios en el estado del paciente.
- **Implementar y documentar medidas** para reducir la probabilidad del riesgo de caídas.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	PUNTOS
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idiomas o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
TOTAL DE PUNTOS	10

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO

CLASIFICACIÓN	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA
Alto riesgo de caída	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo de caída	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo de caída	0 a 1	Verde

Tomado de: Ortega VMC, et al. Manual de Evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. 2 ed. Médica Panamericana; México. 2009

El personal de enfermería debe registrar en el expediente clínico, en el formato correspondiente de acuerdo al área, el riesgo detectado (clasificación, puntos obtenidos) y las intervenciones realizadas.

En caso de que el paciente presente caída se debe activar **Código BLANCO** a la extensión **911** (interna).



REGISTRO Y ANÁLISIS DE CUASIFALLAS,
EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELA

Propósito: Generar información sobre cuasifallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que se prevenga su ocurrencia.

Acciones: Fortalecer la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos. La Unidad de Calidad recibe de todas las áreas y servicios la notificación de incidentes que pudieran causar daño al paciente durante el proceso de atención, a través de una herramienta tecnológica que se encuentra a disposición de todo el personal del Instituto en:

<https://www.cardiologia.org.mx/seguridaddelpaciente/>



Te invitamos a conocer, identificar y notificar los eventos adversos para la prevención y mejora continua de la calidad en un esquema **NO PUNITIVO y CONFIDENCIAL**.

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- **Cuasifalla:**

Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo hizo por casualidad o por intervención oportuna.

- **Evento adverso:**

Suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica.

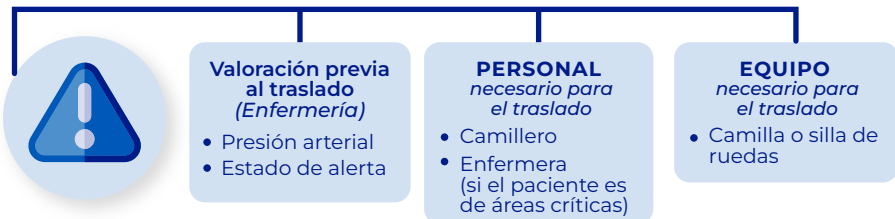
- **Evento centinela:**

Suceso imprevisto, que implica el fallecimiento o la pérdida permanente grave de una función.

Derivado del análisis causa raíz que se realiza a los eventos centinela, se han desarrollado e implementado procesos para que esas situaciones **NO** nos vuelvan a suceder. Un ejemplo claro es el *Protocolo de Traslado Seguro*.

PROTOCOLO DE TRASLADO SEGURO

RIESGO BAJO



RIESGO INTERMEDIO



RIESGO ALTO ¿EXISTE ALGUNA OTRA ALTERNATIVA AL TRASLADO?



RIESGO CRÍTICO ¿EXISTE ALGUNA OTRA ALTERNATIVA AL TRASLADO?



ACCIÓN ESENCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

8

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Propósito: Medir la cultura de seguridad del paciente, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en el Instituto.



Acciones:

- Realizar anualmente la medición utilizando el cuestionario de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
- Es una participación anónima.
- Participan los profesionales de la salud, de todos los turnos y servicios.
- La participación es aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Se analizan los resultados para establecer las acciones de mejora.

SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿QUÉ SON?

La integración multidisciplinaria y sistémica de procesos indispensables y prioritarios para el funcionamiento oportuno, seguro y con calidad del Instituto.

¿CUÁLES SON?



SISTEMA CRÍTICO MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS (MUM)

Propósito: Contar con un sistema integral de medicación para proporcionar una farmacoterapia segura a los pacientes que se atienden en el Instituto, que contempla las diferentes fases de la medicación.

Acciones:

- Planeación** de cada una de las fases de medicación con base en la identificación de riesgos y problemas.
- Implementar** procesos seguros y barreras de seguridad.
- Capacitación** del personal.
- Revisión y actualización** periódica de los procesos.

- Detectar, evaluar, comprender y prevenir** reacciones adversas de medicamentos a partir de la Farmacovigilancia.
- Identificar y reportar eventos adversos** relacionados con la medicación.

CUASIFALLA

Preparación de un medicamento incorrecto que se detecta antes de administrarlo al paciente.

EVENTO ADVERSO

Administración de un medicamento incorrecto y el paciente sólo requirió de vigilancia.

EVENTO CENTINELA

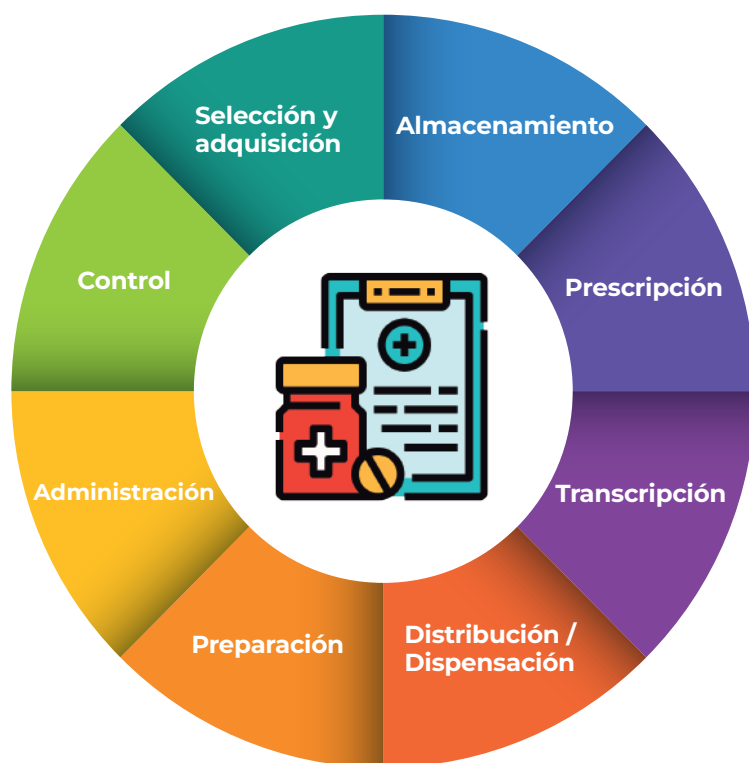
Administración de un medicamento incorrecto y el paciente presentó daño permanente.

ENFOQUES DEL SISTEMA

El desarrollo del Sistema de Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos y problemas.

FASES DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN

El sistema de medicación se encarga de implementar procesos efectivos y seguros durante todas las fases de medicación.



SISTEMA CRÍTICO PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)

Propósito: Implementar acciones específicas con enfoque sistémico y multidisciplinar, para minimizar el riesgo de infección en pacientes, personal y visitantes, durante los procesos clínicos y no clínicos; así como, analizar los patrones y tendencias de las infecciones de mayor incidencia para la toma de decisiones, considerando la legislación vigente.

Acciones:

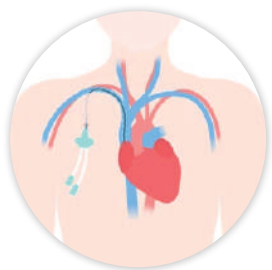
- Cumplir** con el Programa de Prevención y Control de Infecciones incluido en el Programa de Calidad Institucional.
- Implementar** un programa integral de higiene de manos.
- Difundir** las precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento.
- Implementar** y fortalecer los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Implementar** un proceso proactivo de evaluación de riesgos de infección durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones.

Paquetes de acciones para la prevención de infecciones:

- Del torrente sanguíneo asociado al uso de Catéter Venoso Central (CVC).
- De vías urinarias asociadas al uso de Catéter Urinario (CU).
- De Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV).
- De Sitio Quirúrgico (ISQ).

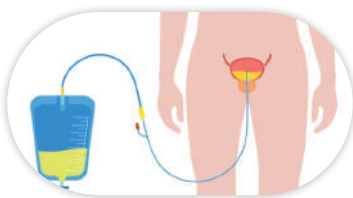
PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES:

1. Del torrente sanguíneo asociado al uso de **Catéter Venoso Central (CVC)**.



- **Realiza antisepsia** (curación) del sitio de inserción **cada 7 días** con técnica estéril.
- **Realiza desinfección** para el cambio de los puertos de conexión (**llave de tres vías y equipos de PVC**).
- **Cambia sistema de infusión antes de 72 horas** (no aplica para componentes sanguíneos ni infusiones de lípidos).
- **Manten la conexión del sistema** de infusión en todo momento.

2. De vías urinarias asociadas al uso de **Catéter Urinario (CU)**.



- **Realiza fijación del catéter urinario** de acuerdo a la edad y sexo del paciente.
- **Realiza diariamente higiene** de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el **CU**.
- **La línea de drenaje** se encuentra libre de obstrucción.
- **Manten la bolsa colectora** por debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo.
- **Manten el sistema sin desconexiones** en todo momento.

*Fuente: Secretaría de Salud. Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). 2019.

PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES:

3. De **Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV)**.



- La cama mantiene una posición de **30° a 45°** (adulto) **10° a 15°** (neonatos).
- **Evalúa diariamente** ante la posible interrupción de la sedación.
- **Realiza aspiración de secreciones** endotraqueales con el correcto uso de sistema cerrado.
- **Realiza evaluación diaria** ante la posibilidad de destete.
- Realiza cepillado y enjuague con **clorhexidina al 0.12%** o **solución salina al 0.9%** en presentación de **100ml** (adultos) y **solución fisiológica 0.9%** o **agua bidestilada** (neonatos).
- **Aplica el uso de humedad activa** (unidad de humedad) o pasiva (filtros humidificadores antibacterianos de alta eficiencia), de acuerdo a las características del equipo utilizado.

4. De **Sitio Quirúrgico (ISQ)**.



- La profilaxis antimicrobiana prequirúrgica se dio en tiempo y forma (**60 minutos previo a la incisión**)**.
- En caso de requerir **eliminación del vello o cabello** se realiza únicamente con **cortadora eléctrica o tijeras (No rasurar)**.
- Los niveles de glucosa en sangre se mantienen entre **110 y 180mg/dl** en las primeras 24 horas del postoperatorio.
- La temperatura corporal se ha mantenido **no menor a 35.5°C** (oral).

** En caso de uso de antibióticos que requieran un mayor tiempo de infusión se deberán de respetar los protocolos de infusión segura.

*Fuente: Secretaría de Salud. Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). 2019.

ÁREAS DE ENFOQUE DEL SISTEMA

01	Infecciones relacionadas a la atención sanitaria.	PUNTOS DE ENFOQUE DEL SISTEMA PCI	Reúso de dispositivos de un solo uso.	09
02	Vigilancia epidemiológica.		Hemodiálisis.	10
03	Precauciones estándar.		Procesos de medicación. (MMU)	11
04	Esterilización y desinfección.		Salud y seguridad de los trabajadores. (SQE)	12
05	Limpieza.		Supervisión de la calidad del agua. (FMS)	13
06	Manejo de RPBI.		Mantenimiento y controles de ingeniería. (FMS)	14
07	Manejo de la ropa.		Vacunación.	15
08	Alimentación.		Seguridad en construcciones o remodelaciones.	16

La descripción del desarrollo e integración del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.

PROCEDIMIENTO PARA LOS PROCESOS DE REMODELACIÓN O CONSTRUCCIÓN Y SU VIGILANCIA.

Propósito: Establecer las medidas necesarias para disminuir riesgos o infecciones a pacientes, sus familiares, visitantes y personal del Instituto.



Responsabilidades: El Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (**CODECIN**) evalúa riesgos de infección con base en criterios como: tipo de construcción, duración, lugar, tipo de pacientes o usuarios, y considerando la diseminación de polvo, escombros o microorganismos.

El **CODECIN** y el Departamento de Mantenimiento, Conservación y Construcción, determinan las medidas necesarias y específicas de seguridad, protección y aislamiento.

Ambos son responsables de revisar que se cumpla con las medidas implementadas, antes del inicio de los trabajos correspondientes.

SISTEMA CRÍTICO DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)

Propósito: Mantener las condiciones de seguridad y funcionamiento de las instalaciones del Instituto, para los pacientes, visitantes y trabajadores, conforme a la legislación vigente.

Acciones:

a) **Implementación** de un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra los siguientes programas:

• Riesgos internos:

- Protección de la organización.
- Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
- Seguridad contra incendios.
- Equipo y tecnología biomédica.
- Servicios prioritarios para la operación.

• **Servicios públicos** (agua, electricidad, gas, etc.).

• **Servicios clave** (gases medicinales, sistemas de comunicación etc.).

• Riesgos Internos:

- Emergencias externas.
- Vinculación con el programa de Hospital Seguro.

b) **Reducir y controlar** peligros y riesgos.

c) **Prevenir** acciones y lesiones.

d) **Mantener** condiciones seguras.

El rombo de seguridad es un símbolo utilizado internacionalmente para indicar el nivel de riesgo que una sustancia o compuesto químico puede representar para la seguridad y la salud humana.



CÓDIGOS DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

A partir del 1º de Enero del 2024 **por disposición oficial** y con el objetivo de homologar los códigos de seguridad hospitalaria en las instituciones del sector salud, los colores y su significado quedan de la siguiente manera:

AMBAR	Paciente perdido	AMARILLO	Derrame de material peligroso
AZUL	Paro cardiorrespiratorio	BLANCO	Caída de paciente
CAFÉ	Desastre natural	MAGENTA	Daño en el sistema
NEGRO	Amenaza de bomba	MORADO	Persona violenta
ROJO	Alerta de fuego	NARANJA	Arribo masivo de pacientes
ROSA	Robo de recién nacido o pediátrico	ORO	Emergencia obstétrica
VERDE	Evacuación de instalaciones	PLATA	Agresión de persona con arma



Para **activarlos** se debe marcar a la **ext. 911 Institucional**

Fuente: Consejo Nacional de Salud para el Bienestar. Anexo 7. Nota Informativa.

AZUL

CÓDIGO DE ALERTA EN CASO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO

Cuando se presenta una emergencia por paro cardiorrespiratorio el personal del equipo multidisciplinario que presencia la emergencia, debe alertar el “**código azul**”, seguido del número de cama vía conmutador a la extensión **911** o mediante sistema de radiocomunicación, para activar al equipo de respuesta rápida.

Ejemplo:

Paciente en paro cardiorrespiratorio, se desencadena la alerta.

“**código AZUL** más # de cama (420)”



CÓDIGO DE ALERTA EN CASO DE SANGRADO MASIVO



Cuando se presenta una emergencia por sangrado masivo postquirúrgico el personal del equipo multidisciplinario que presencia la emergencia, debe alertar el “**código HEMO**”, seguido del número de cama vía conmutador a la extensión **911** o mediante sistema de radiocomunicación, para activar al equipo de respuesta rápida.

Ejemplo:

Paciente en sangrado masivo, se desencadena la alerta

“**código HEMO** # de cama (510)”

CÓDIGO DE ALERTA EN CASO DE AUSENCIA DE UN MENOR / CÓDIGO ROSA



Cuando se detecta la ausencia de un menor se debe alertar el “**código rosa**”, seguido del servicio que reporta a la extensión **911** o mediante sistema de radiocomunicación, para alertar al equipo de respuesta.

Ejemplo:

Menor ausente, se desencadena la alerta por personal de salud.

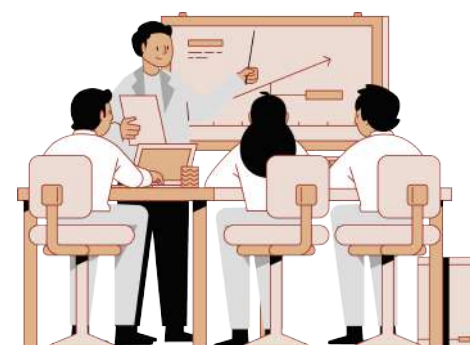
“**código ROSA 6° piso**”

Seguridad y servicios da la indicación de cerrar accesos y salidas, se comunica al servicio que reportó para solicitar los generales del menor.

TELÉFONOS IMPORTANTES DE RECORDAR

- Extensión exclusiva para el reporte de cualquier emergencia desde los teléfonos internos **911**
- Protección Civil **27277**
- Coordinación de Seguridad y Servicios **24113**
- Unidad de Calidad **24309**

SISTEMA CRÍTICO DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL (CCP)



Propósito: Desarrollar en el personal la combinación de habilidades, conocimientos, motivación y valores éticos, de acuerdo a los perfiles de puesto para responder a las necesidades de su área y realizar las tareas de forma adecuada para lograr la efectividad.

Acciones:

- Ejecutar** la planeación estratégica y operativa de la gestión de los recursos humanos.
- Implementar** procesos estandarizados para el reclutamiento, selección, asignación, orientación, evaluación, capacitación y atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.
- Mantener** congruencia entre los servicios ofrecidos, las necesidades de los pacientes y la calificación del personal clínico y no clínico.
- Cumplir** con programas de capacitación continua en todas las áreas y departamentos.
- Contar** con perfiles de puestos y evaluación del personal con base en competencias.
- Programa de inducción.**

Recuerda mantener actualizado tu expediente.

10 Decálogo de Derechos de las y los Profesionales de la salud

1. Ejercer la profesión en forma lícita, libre y responsable.
2. Participar en la mejora de la calidad de la atención.
3. Contar con la infraestructura, equipamiento y material necesario.
4. Recibir información necesaria, completa y veraz por parte de los pacientes, familiares y/o cuidadores.
5. Recibir trato digno y respetuoso.
6. Acceso a actividades para el desarrollo y crecimiento profesional.
7. Recibir asesoría jurídica y acceder voluntariamente a mecanismos alternativos de solución de controversias.
8. Contar con protección para salvaguardar su prestigio, honorabilidad, derechos humanos; y en su caso ejercer su derecho de réplica.
9. Inconformarse ante la autoridad por actos de discriminación o maltrato.
10. Recibir remuneración por su trabajo.

PROCESOS CENTRADOS EN EL PACIENTE

Estandarización de procesos multidisciplinarios con enfoque sistémico para disminuir la variabilidad en la atención y garantizar la calidad en todo momento.



- | | | |
|---|-----|---------------------------------------|
| 1 | ACA | Acceso y continuidad de la atención |
| 2 | DPF | Derechos del paciente y de su familia |
| 3 | EP | Evaluación de pacientes |
| 4 | SAD | Servicios auxiliares de diagnóstico |
| 5 | AP | Atención de pacientes |
| 6 | AAQ | Anestesia y atención quirúrgica |
| 7 | EPF | Educación del paciente y su familia |

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)

Propósito: Contar con procesos estandarizados que mitiguen la ocurrencia de incidentes no deseados, durante todo el proceso de atención del paciente en el Instituto.

- **Aplicar** el TRIAJE en los servicios de Urgencias y Cardiopediatría.
- **Apego** al traslado seguro de pacientes dentro del Instituto.
- **Apego** a la comunicación efectiva cuando se realiza cambio de turno, responsable, área o servicio mediante la utilización de la herramienta.

TRIAJE



CÓDIGO ROJO

Atención inmediata, la vida o una parte del cuerpo se encuentra en inminente peligro.

CÓDIGO AMARILLO

El paciente se encuentra estable de su sistema circulatorio, respiratorio y/o neurológico. La atención se realizará a la brevedad posible.



CÓDIGO VERDE

El paciente tiene molestias moderadas a ligeras. No requiere atención urgente.



DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (DPF)

Propósito: Promover el cumplimiento de los derechos y obligaciones del paciente y su familia dentro del Instituto.

Acciones:

Difundir, proteger, respetar y hacer cumplir los derechos de los pacientes y su familia.

DECÁLOGO DE DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

-  Acceso a la atención médica integral.
-  Recibir atención oportuna, profesional y eficaz, acorde a sus necesidades de salud.
-  Recibir trato digno con respecto a los derechos humanos.
-  Recibir información completa, oportuna y veraz sobre su atención médica.
-  Otorgar o no su consentimiento informado.
-  Protección y tratamiento de sus datos personales.
-  Recibir una segunda opinión sobre su padecimiento.
-  Recibir atención inmediata en caso de urgencia médica.
-  Contar con un expediente clínico único e integrado.
-  Recibir atención y solución de quejas e inconformidades.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE Acreditación MÉDICA

cardiologia.org.mx

La Organización Mundial de la Salud publicó el 18 de abril del 2024 la Carta de Derechos de Seguridad del Paciente con el propósito de mitigar riesgos y prevenir daños.



Los 10 derechos fundamentales de seguridad del paciente son:

- 01 Atención oportuna, eficaz y adecuada
- 02 Procesos y prácticas seguras de atención de salud
- 03 Trabajadores de salud calificados y competentes
- 04 Productos médicos seguros y su uso seguro y racional
- 05 Instalaciones de atención médica seguras y protegidas
- 06 Dignidad, respeto, no discriminación, privacidad y confidencialidad
- 07 Información, educación y toma de decisiones fundamentadas
- 08 Acceder a registros médicos
- 09 Ser escuchado y resolución justa
- 10 Compromiso del paciente y la familia



¡Conócelos y aplícalos!

Fuente:

<https://www.who.int/news/item/18-04-2024-who-launches-first-ever-patient-safety-rights-charter>

IDENTIFICAR A LOS PACIENTES VULNERABLES

Adultos mayores que requieren el uso de dispositivos para su movilidad



Pacientes dependientes de oxígeno

Mujeres embarazadas



Pacientes con retraso psicomotriz importante

En el Instituto se debe **priorizar** la atención de todo paciente vulnerable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El profesional de salud que realizará el procedimiento, debe informar de manera clara y oportuna los **riesgos, beneficios y alternativas** al paciente o familiar; así como, realizar la correcta documentación e integración del consentimiento informado en el expediente clínico, acorde a la normatividad vigente.

Además se cuenta con:

Un **Sistema Unificado de Gestión (SUG)** que le permite establecer un canal de comunicación eficiente y eficaz con la población usuaria, incrementando con transparencia la capacidad resolutoria respecto a las solicitudes de atención de los usuarios.

Buzón SUG

- Se encuentra en todas las áreas estratégicas médicas.
- Las solicitudes de atención pueden ser: quejas, sugerencias, dudas o felicitaciones.
- Es totalmente confidencial.



EVALUACIÓN DE PACIENTES (EP)

Propósito: Identificar en forma coherente durante la evaluación Inicial las necesidades y factores de riesgo específicas de los pacientes, dentro de las primeras 24 horas de atención, a fin de implementar un plan de atención multidisciplinario a través de procesos establecidos.

Acciones:

Realizar la valoración inicial en las primeras **24 horas**. Incluyendo los siguientes elementos:

- Historia clínica.
- Evaluación de enfermería.
- Evaluación social.
- Evaluación cultural.
- Evaluación psicológica (tamizaje).
- Evaluación nutricional (tamizaje).
- Evaluaciones especializadas.
- Evaluación del dolor.
- Identificación de necesidades específicas de educación.
- Evaluación del riesgo del desarrollo de lesiones en la piel por presión.
- Evaluación de las barreras para el aprendizaje.
- Evaluación del riesgo de Enfermedad tromboembólica venosa.



PLANIFICAR EL ALTA TEMPRANA

Planificar de manera anticipada la educación del paciente y su familia que a su egreso requerirán:

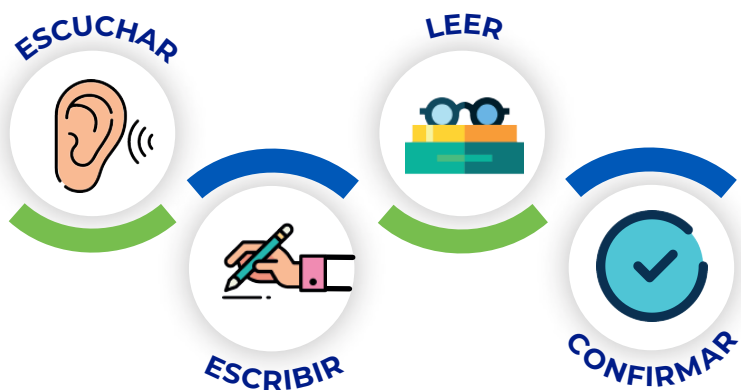
- Uso de dispositivos biomédicos.
- Atención de personal profesional.
- Traslado a otras Instituciones de salud.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (SAD)

Propósito: Contar con servicios oportunos, confiables, seguros y de calidad en los laboratorios y gabinetes las 24 horas los 365 días del año para atender las necesidades de los pacientes, con apego a la normatividad vigente.

Acciones:

- a) **Garantizar** la posibilidad de exámenes de laboratorio y gabinete las 24 horas del día los 365 días del año.
- b) **Controlar** los procesos pre-examen, actividades de análisis, actividades post-examen y reporte de resultados.
- c) **Reportar** resultados críticos mediante un proceso estandarizado.



- d) **Actualizar** e implementar los programas de seguridad.

ATENCIÓN DE PACIENTES (AP)

Propósito: Otorgar a todos los pacientes una atención uniforme, oportuna, planificada, coordinada y continua con un único nivel de calidad, guiada por procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario en estricto apego a la normatividad vigente.

Acciones:

- a) **Planificar** los cuidados de cada paciente basado en la evaluación de sus necesidades.
- b) **Incluir** en la atención el manejo del dolor, respuesta a inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales.
- c) **Actualizar** el plan de atención de acuerdo a las evaluaciones y revaloraciones del estado del paciente.
- d) **Proporcionar** una nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus requerimientos.
- e) **Proporcionar** atención adecuada a pacientes obstétricas, en situación terminal o cuidados paliativos.
- f) **Documentar** en el expediente clínico la atención prestada y la respuesta del paciente acorde a la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012** del expediente clínico.

En caso de pacientes terminales o que así lo requieran, solicitar apoyo tanatológico.

Identificar a los pacientes de alto riesgo:

- En situación de urgencia.
 - Paciente postquirúrgico con sangrado masivo "**Código HEMO**".
 - Paciente con riesgo de presentar crisis de hipoxia.
- En paro cardíaco intrahospitalario, **Código AZUL**
- A quienes se transfunde sangre o componentes sanguíneos.
- En estado crítico, soporte vital y estado de coma.
- Con enfermedades infectocontagiosas.
- Inmunodeprimidos.
- Con diálisis peritoneal.
- Que requieren sujeción.
- A quienes se administra medicamentos experimentales.
- A quienes se administra radiofármacos.
- A quienes requieran manejo de vía aérea difícil.



Los procesos estandarizados con enfoque multidisciplinar tienen la finalidad de otorgar una atención uniforme, planificada acorde a las necesidades de cada paciente.

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA (AAQ)



Propósito: Otorgar una atención quirúrgica y administración de anestesia o sedación segura, oportuna, planificada y coordinada que responda a las necesidades de atención de cada paciente a través de procesos estandarizados con enfoque multidisciplinar en apego a la normatividad vigente.

Acciones:

- Asegurar** servicios de anestesia y sedación que minimicen los riesgos y faciliten la atención del paciente.
- Proporcionar** una atención quirúrgica efectiva y segura.
- Difundir e implementar** los procesos de anestesia y sedación dentro y fuera de quirófano.

Todo paciente quirúrgico debe contar con:

- Una evaluación integral antes, durante y posterior al procedimiento.
- Alta por anestesia.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)

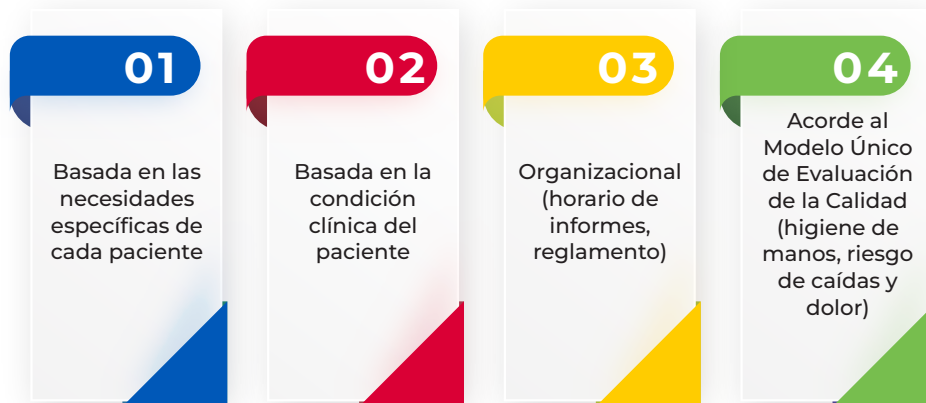
Propósito: Educar a los pacientes y familiares durante todas las fases de atención, a partir de la identificación de las necesidades y condiciones clínicas específicas de cada paciente, así como la información para fomentar la calidad de atención.

Acciones:

- Educar** al paciente y su familia de acuerdo a valoración de necesidades.
- Elaborar** un plan personalizado de acuerdo a valores culturales, religiosos y destrezas.
- Fomentar** la participación de los pacientes y de sus familiares en la toma de decisiones.

Considere las perspectivas de la educación cuando realice su plan de educación acorde a su disciplina.

LAS CUATRO PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN



* Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

PROCESOS CENTRADOS EN LA GESTIÓN

Propósito: Estandarizar procesos apegados a la normatividad vigente, así como la misión Institucional con la finalidad de garantizar la disponibilidad, continuidad, funcionalidad, oportunidad y calidad de los servicios que proporciona.

- GCI** Gestión de la Comunicación y la Información.
- GLD** Gobierno, Liderazgo y Dirección.

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN (GCI)

Propósito: Establecer los principios para la generación, agrupación, categorización, integración, análisis, manejo y resguardo apropiado y seguro de la información, para mejorar los resultados y desempeño del Instituto.

Acciones:

- Mantener** la seguridad y confidencialidad de la información.
- Contar** con procesos sistematizados y estandarizados de análisis y uso de información para la toma de decisiones.
- Controlar** los accesos con el uso correcto de cuentas y contraseñas para el Expediente Clínico Electrónico (ECE).

El ECE es una herramienta esencial de comunicación y asegura la continuidad de la atención:

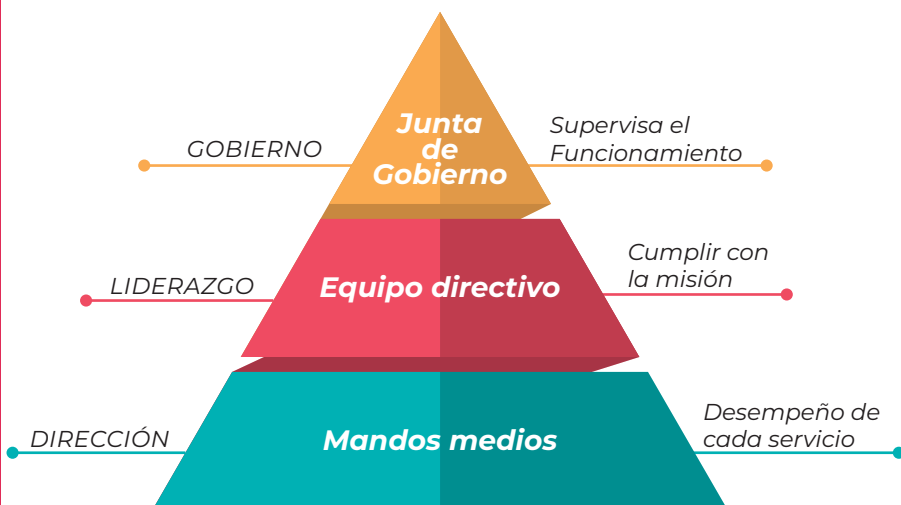
- Concentra la información del proceso de atención.
- Acceso de acuerdo a competencias del personal.
- Se actualiza.
- La información que integra es confidencial.

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN (GLD)

Propósito: Asegurar el compromiso e involucramiento de la Junta de Gobierno, equipo directivo y mandos medios, que permitan que en el Instituto se cumpla con la misión y visión dentro del normatividad vigente.

Acciones:

- Cumplir** con la normatividad vigente.
- Supervisar** la implementación del Programa de Calidad Institucional.
- Aprobar** las políticas y programas para el funcionamiento del Instituto.
- Definir** las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.



PROTOCOLO DE SERVICIO PARA LA ATENCIÓN CIUDADANA

El contacto con los usuarios internos y externos crea una imagen y opinión sobre tu Instituto y sobre ti mismo. Aplica este protocolo y apoya tu rol como servidor público para cumplir con la misión del Instituto, y otorguemos atención de calidad y con calidez.

SALUDA

- Es la primer muestra de cortesía y respeto que perciben quienes interactúan contigo.

¡Buenas tardes!



ORIENTA

- Brinda información con claridad.

¿Te puedo ayudar en algo?



NOTIFICA

- Cualquier fallo en el sistema que predisponga un riesgo.



RESPETA

- Los derechos de los demás y se ético en tus actividades.



IDENTIFÍCATE

- Porta adecuadamente tú gafete o credencial.

Hola, me llamo Clara.



ESCUCHA

- Haz del trato una experiencia empática y cercana.

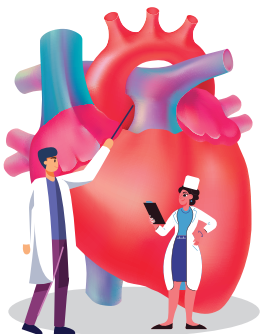


Recuerda siempre despedirte amablemente y preguntar:
¿Algo más que pueda hacer por usted?

TODOS SOMOS RESPONSABLES DE LA IMAGEN QUE LOS PACIENTES, FAMILIARES, VISITANTES Y COMPAÑEROS PERCIBEN DE ESTE INSTITUTO.

MISIÓN:

“Aliviar las enfermedades cardiovasculares mediante la investigación científica trascendente, educación profesional superior y una atención médica moderna con calidad humanitaria”.



VISIÓN:

“Ser líderes y referentes de la cardiología, inspirados en una filosofía de renacimiento de la excelencia científica y la actitud humanitaria”.



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

LOCALIZACIÓN

- E** Estacionamiento Norte
- 1 Edificio A (Administración)
- 2 Edificio B (Laboratorios)
- 3 Edificio C (Consulta Externa)
- 4 Edificio D (Docencia)
- 5 Edificio E (Escuela de Enfermería)
- 6 Sala de Congresos (Auditorio)
- 7 Preconsulta

- 8 Edificio H (Hospitalización)
Basamento - Servicios Generales
- 1º PISO - Farmacia / Cafetería / Comedor General
- 2º PISO - Urgencias y Unidad Coronaria
- 3º PISO - Cardiología Adultos A / Unidad de Calidad
- 4º PISO - Nefrología / Cardioneumología
- 5º PISO - Cirugía / Terapia Intensiva Cardiovascular
- 6º PISO - Cardiología Pediátrica
- 7º PISO - Cardiología Adultos B
- 8º PISO - Hospitalización
- 9º PISO - Hospitalización

- 9 Edificio M (Medicina Experimental / Estudios de Investigación)
- 10 Banco de Sangre
- 11 Biotorio / Estudios de Investigación
- 12 Anexo Biocentro de Estudios de Investigación
- 13 Edificio Ra (Albergue)
- 14 Edificio Rb (Investigadores)
- 15 Edificio Rc (Unidad de Investigación UNAM)
- E** Estacionamiento Sur

