

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Reunión Nacional para la Acreditación 2018 y el Avance del Proceso de Reacreditación

Mesas para la homologación de criterios de evaluación

Marzo, 2018

Contenido

1. Recursos Humanos

- Lic. María Elena Buenrostro Torres.-Jefa del Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

2. Expedientes Clínicos

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

3. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

- Dra. Odet Sarabia González.- Directora General Adjunta de Calidad en Salud
- Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde.- Director de Desarrollo del SiNaCEAM

4. Unidades de Cuidados Intensivos (Neonatales, Pediátrico y Adulto)

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

Contenido

5. Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

6. Cuidados Paliativos

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Dr. Bernardo Villa Cornejo,- Jefe de Departamento de la DGACS

7. Inhaloterapia

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

8. Dietología

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Mtro. Ricardo Cárdenas Orozco.- Subdirector de Área

9. Banco de Sangre

- Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia.- Directora de Evaluación de la Calidad
- Dra. Gloria Estrada García.- Directora de Normalización en el CNTS

1. Recursos Humanos en Acreditación

De acuerdo a la OMS, se definen como: **«todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud».**

En este marco, el Proceso para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, revisa los Recursos Humanos que **prestan los servicios** correspondientes a las Intervenciones señaladas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

De conformidad con lo establecido en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, los Recursos Humanos son considerados como **Criterios Mayores***



*: Están basados en requisitos esenciales que al incumplirse podrán impedir el seguimiento de la evaluación respectiva, por su naturaleza inciden en la calidad, capacidad y/o seguridad.

1. Recursos Humanos: Caso Práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador acude al establecimiento “*San Lorenzo*”, posterior a la lectura del acta de apertura, el Coordinador de la visita solicita al responsable del establecimiento:

1. ¿Cuántos Expedientes de Personal en la evaluación de primer nivel?
2. ¿Cuántos Expedientes de Personal en la evaluación de segundo nivel?
3. ¿Qué revisará en dichos expedientes?
4. ¿Cuáles son excepciones?



1. Recursos Humanos en Acreditación

En el caso de los **establecimientos para la atención médica de primer nivel:**

- El evaluador solicitará la plantilla de personal y aleatoriamente elegirá expedientes del personal adscrito al Centro de Salud o UNEME (en su caso) para su revisión.
- Se revisará lo siguiente:
 - **Título** expedido por Institución Educativa y que corresponda con las funciones
 - **Cédula Profesional**
 - En caso de **Especialidad: Diploma** expedido por Institución Educativa y/o Establecimiento que avale los estudios de la especialidad y **cédula profesional de la especialidad.**
 - **Certificación** emitida por el Consejo de la Especialidad Vigente.
- **Excepciones:**
En el caso de pasante se solicitará carta de pasante de médico o enfermera (vigente).



1. Recursos Humanos en Acreditación

En el caso de los **establecimientos para la atención médica de primer nivel:**

- Se deberá revisar los expedientes de:
 - Personal Médico (al menos uno)
 - Personal de Enfermería (al menos uno)
 - Odontología (en su caso)
 - Psicología (en su caso)
 - Trabajo social (en su caso)
 - Laboratorio (en su caso)
 - Imagenología (en su caso)



1. Recursos Humanos en Acreditación

En el caso de los **establecimientos para la atención médica de segundo nivel**:

- El evaluador solicitará la plantilla de personal y aleatoriamente elegirá 30 expedientes del personal descrito en la cédula según los servicios que otorgue: Hospital General, Hospital Pediátrico y Hospital Materno Infantil para su revisión.
- Se revisará lo siguiente:
 - **Título** expedido por Institución Educativa y que corresponda con las funciones
 - **Cédula Profesional**
 - En caso de **Especialidad: Diploma** expedido por Institución Educativa y/o Establecimiento que avale los estudios de la especialidad y **cédula profesional de la especialidad**.
 - **Certificación** emitida por el Consejo de la Especialidad Vigente.



1. Recursos Humanos en Acreditación

En el caso de los **establecimientos para la atención médica de segundo nivel:**

- **Personal Médico**
 - Médico General
 - Anestesiólogo
 - Cirujano
 - Ginecólogo
 - Pediatría
 - Medicina Interna
 - Otras especialidades Quirúrgicas (TyO, Uro entre otros)
 - Urgenciólogo (en su caso)
 - Intensivista (en su caso)
 - Radiólogo
 - Anatomopatólogo
- **Personal de Enfermería**
 - Técnico, General o Licenciatura
 - Quirúrgica
 - Intensivista, Pediatría (en su caso)
- **Personal Adicional**
 - Laboratorio
 - Técnico en Radiología



2. Expediente Clínico

De conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, se define como:

*“el conjunto único de **información y datos personales de un paciente**, que se **integra** dentro de todo tipo de **establecimiento** para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de **documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos** y de cualquier **otra índole**, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los **registros, anotaciones**, en su caso, **constancias y certificaciones correspondientes a su intervención** en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”.*

Para el Proceso de Acreditación, se revisan los registros de la prestación de los servicios de atención médica integrados dentro de los expedientes clínicos.



2. Expediente Clínico: Caso Práctico

Planteamiento:

El evaluador acude al establecimiento “*San Lorenzo*”, y posterior a la lectura del acta de apertura, y solicitud de plantilla de personal, el Coordinador de la visita solicita al responsable del establecimiento las principales causas de atención:

1. Registro de expedientes por causa de atención
 - ¿Cuántos Expedientes Clínicos por causa de atención en el primer nivel?
 - ¿Cuántos Expedientes Clínicos por causa de atención en el segundo nivel?
2. ¿Qué revisará en dichos expedientes?



2. Expediente Clínico: Conclusiones

En los establecimientos para la atención médica que otorgan servicios en el **primer nivel** el evaluador deberá:

De las 10 principales causas de atención solicitará 5 expedientes y elegirá además 5 más relacionado con:

- Atención del Embarazo, parto y puerperio
- Niño Sano
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Cáncer de Mama y/o Cervicouterino



2. Expediente Clínico: Conclusiones

En los establecimientos para la atención médica que otorgan servicios en el **segundo nivel** el evaluador deberá:

1. Solicitar al responsable del establecimiento exponga las principales causas de atención en:
 - Consulta Externa
 - Urgencias
 - Quirófano
 - Hospitalización
 - Unidades de Cuidados Intensivos (Adultos y/o UCIN)
- De las causas de atención general, solicitará los registros de archivo en el cual elegirá de manera aleatoria 30 expedientes clínicos (3 por cada una de las 10 principales causas de atención).
- De las causas de atención en Urgencias, Quirófano y Unidades de Cuidados Intensivos, durante el recorrido el evaluador deberá revisar 3 expedientes que se encuentren en el área.



3. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente: Conclusiones

- Procedimientos documentado de cada una de las **8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente**.
- Evaluará en cada área los requisitos específicos de la AESP según corresponda.
- Los establecimientos que dentro del primer semestre del año 2018, cumplan con la implementación de las AESP serán acreedores a un reconocimiento.
- Los establecimientos que dentro del primer semestre del año 2018 no cumplan con la implementación de las AESP, no verán afectada la ponderación del proceso de evaluación, sin embargo, se emitirán las observaciones correspondientes, las cuales deberán de atender a la brevedad posible.
- A partir, del **1 de septiembre del 2018**, la ponderación otorgada a la AESP se tomará en cuenta para el resultado global.



4. Unidades de Cuidados Intensivos (Neonatales, Pediátrico y Adulto)

Áreas Hospitalarias en las que se brinda atención a pacientes con inestabilidad hemodinámica, respiratoria o condiciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátrico y Neonatal

Modelo de DGPLADES lo marca en establecimientos de más de 90 camas.



4. Unidades de Cuidados Intensivos (Neonatales, Pediátrico y Adulto)

Caso práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador acude al establecimiento “*San Lorenzo*”, como parte del programa de trabajo, se revisará la UCIA:

1. ¿Todos los establecimientos deberán tener el área?
2. ¿En que orden se revisa el área?
3. ¿En caso de que sea subrogado se debe acudir al establecimiento que lo subroga para evaluar el área?



4. Unidades de Cuidados Intensivos (Neonatales, Pediátrico y Adulto)

Caso práctico

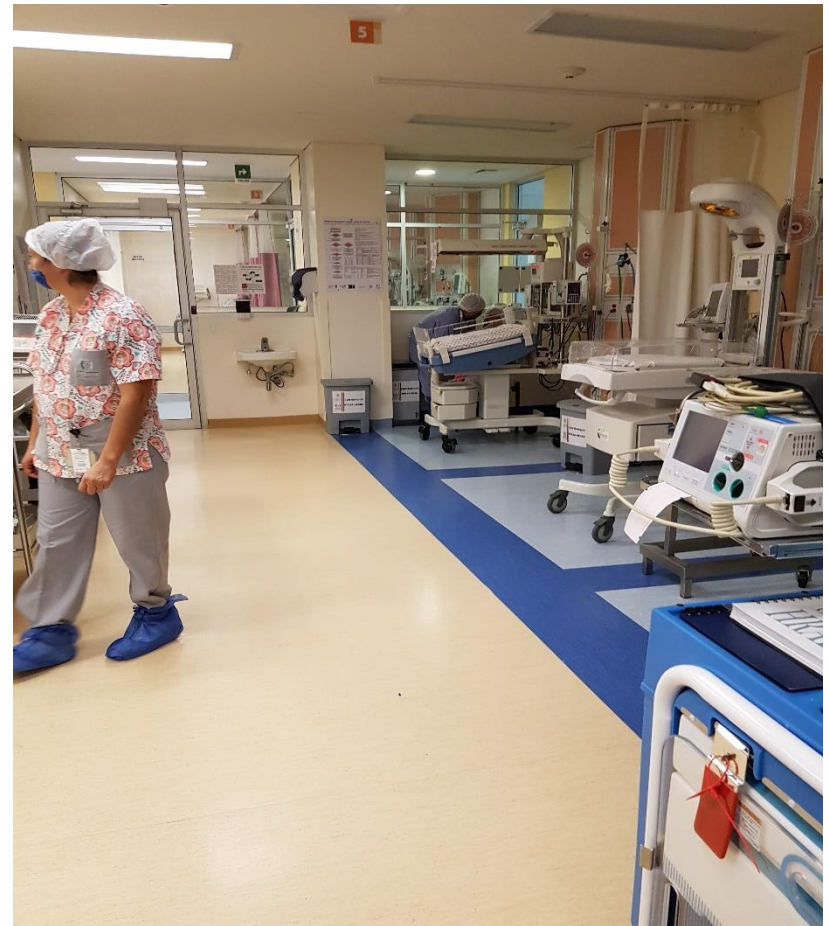
Planteamiento:

El equipo evaluador acude al establecimiento “*San Lorenzo*”, como parte del programa de trabajo, se revisará la UCIN:

1. ¿Todos los establecimientos deberán tener el área?
2. ¿En que orden se revisa el área?
3. ¿Las áreas que componen la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales pueden estar separadas?
4. ¿En caso de que el servicio sea subrogado se debe acudir al establecimiento que lo subroga para evaluar el área?



UCIN



UCIN



5. Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica

De conformidad con lo establecido en la **NOM-016-SSA3-2012** se define como Unidad quirúrgica: al conjunto de servicios, áreas y locales con la infraestructura física y equipamiento necesario para la atención en los periodos pre, trans y post quirúrgicos, de los pacientes que requieren ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Y la Unidad tocoquirúrgica: al conjunto de áreas y locales en los que se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos de tipo obstétrico.

En el marco del Proceso para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, se revisan las áreas de Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica que de conformidad con lo establecido en el Manual para la Acreditación las **Salas de Operación** son consideradas como Criterios Mayores*



5. Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica : Caso Práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador que se encuentra en el establecimiento “*San Lorenzo*”, inicia la evaluación de la Unidad Quirúrgica:

1. ¿Por donde inicia la evaluación de Quirófanos o Toco?
2. ¿Cuáles son los criterios Mayores de la Sala Quirúrgica?
3. ¿Cuántos carros rojos deberá haber en el área?
4. ¿La sala de operaciones en Tocoquirúrgica es criterio mayor?



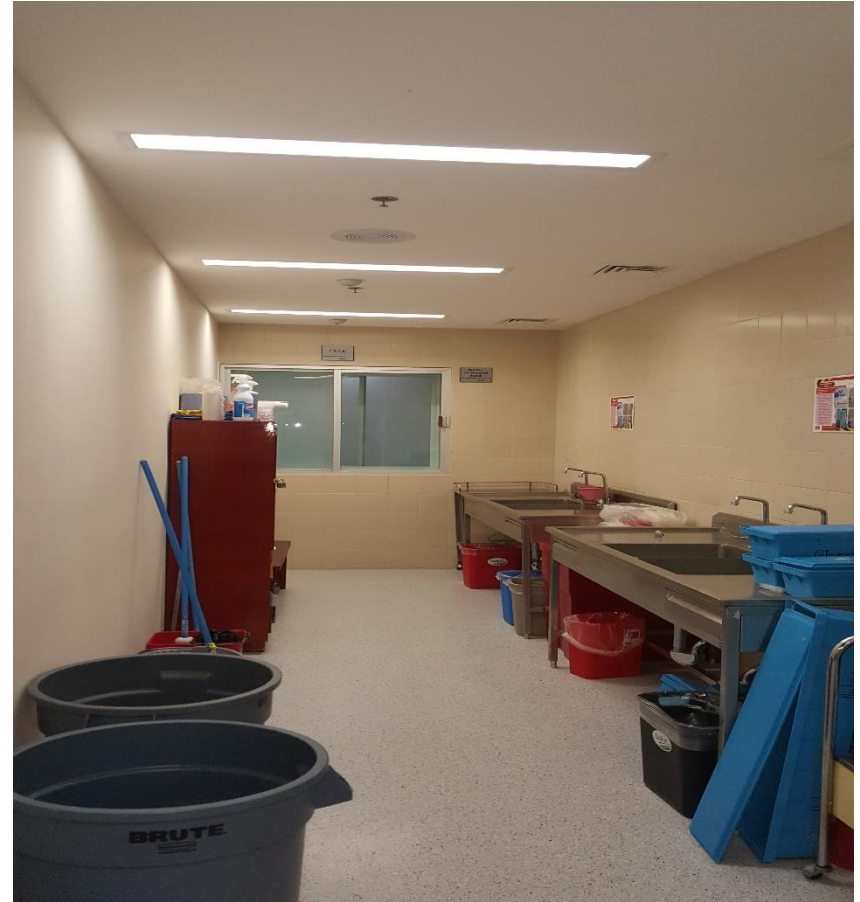
Pasillo de Circulación Blanca



Sala de Operaciones



Pasillo de Circulación Gris



Transfer de pacientes



5. Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica : Conclusiones

Criterio Mayor para Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica

Planta de Emergencia, que los contactos que estén conectados a la planta de emergencia estén plenamente identificados

Sala de operaciones: curvas sanitarias, paredes recubiertas de material de fácil limpieza sin ranuras, orificios o poros ***

Ventilación artificial con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (Ductos de extracción de aire), que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos ***y medicinales

Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital

La filtración de aire deberá ser de alta eficiencia.

Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel.

6. Cuidados paliativos

El 26 de diciembre de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el «ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declaró la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la **Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos**»; y el 26 de diciembre de 2016, lo complementó con el ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la **Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Manejo del Paciente Pediátrico**.



6. Cuidados paliativos

Planteamiento:

El equipo evaluador que se encuentra en el establecimiento “*San Lorenzo*”, inicia la evaluación de Cuidados Paliativos:

1. ¿ Cuales son los principales procesos que refiere la **Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Manejo del Paciente Pediátrico?**



7. Inhaloterapia

La **NOM-016-SSA3-2012**, en su numeral **6.6.10.1.1.** establece que este servicio debe disponer de: área para la atención de pacientes ambulatorios, área para la limpieza, preparación y acondicionamiento de los equipos que se utilizarán para pacientes ambulatorios u hospitalizados y área para el depósito y guarda de insumos y equipos; además el numeral **6.6.10.1.2** Debido a que con frecuencia se requiere atender a pacientes ambulatorios en condiciones de urgencia, es un servicio que debe funcionar las 24 horas del día y su ubicación deberá estar cercana a la unidad de urgencias o a los servicios de consulta externa.



7. Inhaloterapia: Caso Práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador que se encuentra en el establecimiento “*San Lorenzo*”, inicia la evaluación del área de Inhaloterapia:

1. ¿ Que áreas físicas integra Inhaloterapia?
2. ¿ Qué diferencias existe entre un área de Inhaloterapia y un Servicio de Terapia Respiratoria?
3. ¿ Qué procedimientos son fundamentales en el área de Inhaloterapia?



7. Inhaloterapia: Conclusiones

Área Física

- **Terapia Respiratoria**
Cubículos individuales de tratamiento de 5,00 m² con conexiones centrales de oxígeno y gases medicinales, o en su defecto tanques de oxígeno para cada cubículo.
- **Inhaloterapia**
Equipo: esterilizador, espirómetro o su equivalente tecnológico, vaporizador, nebulizador, micronebulizador o su equivalente tecnológico, lavadora de equipo de inhaloterapia, unidad de secado, flujómetro de pared estándar, oxímetro de pulso, percutor electrónico y percutor neonatal.

8. Dietología

La **NOM-251-SSA1-2009**, establece las disposiciones generales para los establecimientos que se dediquen al procesamiento de alimentos, es por ello que dentro del Proceso para la Acreditación fueron incluidos para su evaluación los criterios de: Requisitos Generales, Salud e Higiene Personal, Instalaciones y Áreas, Equipos y Utensilios, Mobiliario, Servicios, Áreas Requeridas, Almacenamiento, Control de Operaciones, Control de Materias Primas, Control del Envasado, Control de Agua, Control de Plagas, Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, Organización y Funcionamiento, Capacitación, Instalaciones de Servicios, Área de Elaboración, Control de la Temperatura, Control de la Manipulación y Limpieza.



8. Dietología: Caso Práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador que se encuentra en el establecimiento “*San Lorenzo*”, inicia la evaluación del área de Dietología:

1. ¿Que áreas físicas integra el este servicio?
2. ¿Es obligatorio que todos los establecimientos de segundo nivel cuenten con este servicio?
3. ¿En caso de que sea subrogado se evalúa?



8. Dietología





Reunión Nacional para la Acreditación 2018 y el avance del Proceso de Reacreditación 2018

Elementos para la evaluación de Banco de Sangre desde la Acreditación

Dra. Gloria Estrada García
Directora de Normalización
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Hospital General de México.
Dr. Eduardo Liceaga
22 y 23 de marzo 2018



MARCO NORMATIVO

- ✓ Ley General de Salud. Modificaciones en materia de Seguridad Sanguínea DOF 20/04/15
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM 253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- ✓ Otras
 - NOM-002-STPS-2010. Condiciones de seguridad contra incendios
 - NOM 016-SSA3-2012. Infraestructura y equipo medico
 - NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2012. RPBI

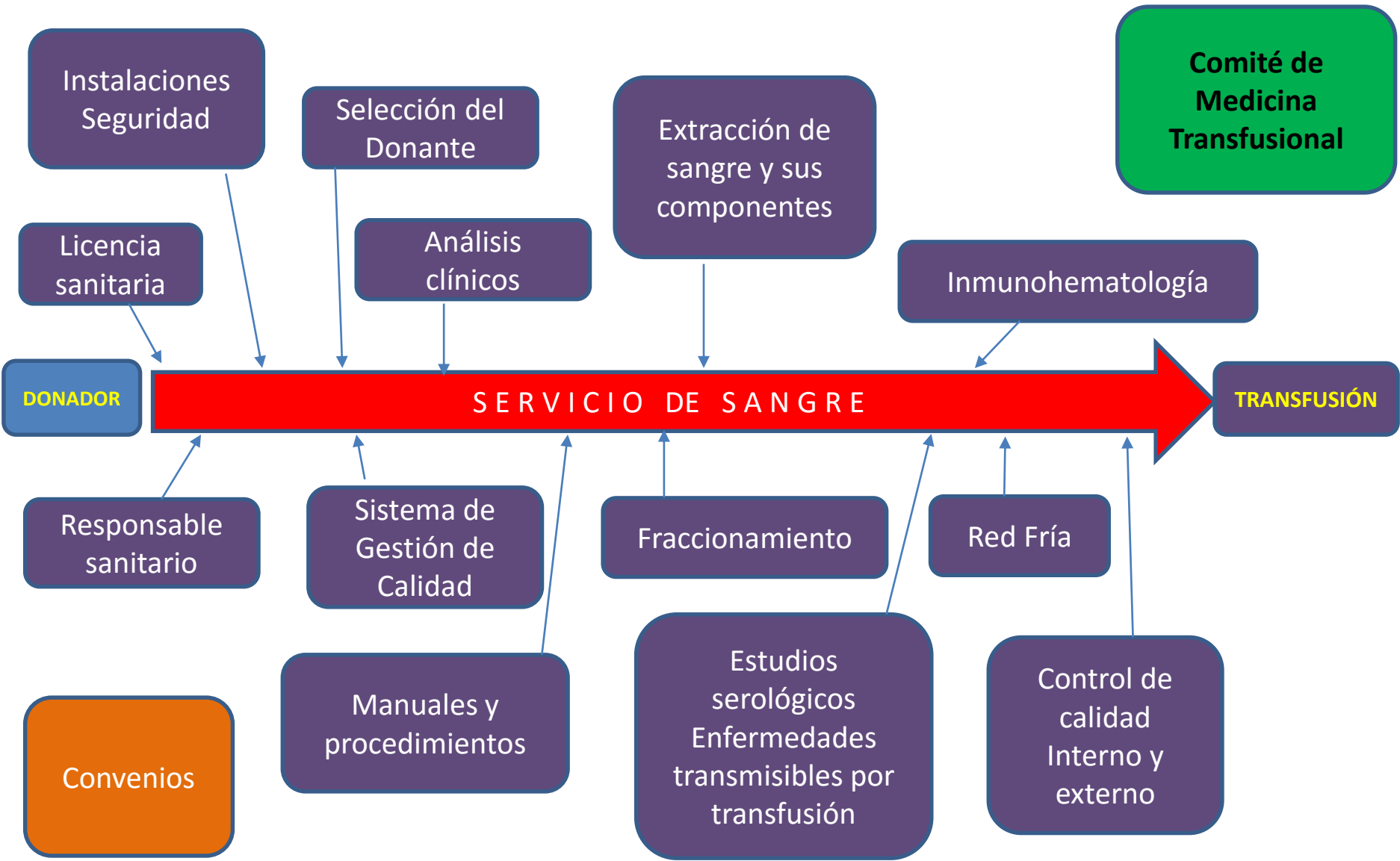


Objetivo:

- Garantizar la seguridad transfusional.
- Uso óptimo y racional de los productos sanguíneos.

Mecanismos:

- Instalaciones adecuadas
- Seguridad
- Calidad en la atención a los donadores y pacientes
- Calidad en los procesos
- Trazabilidad
- Hemovigilancia
- Comité de Medicina Transfusional



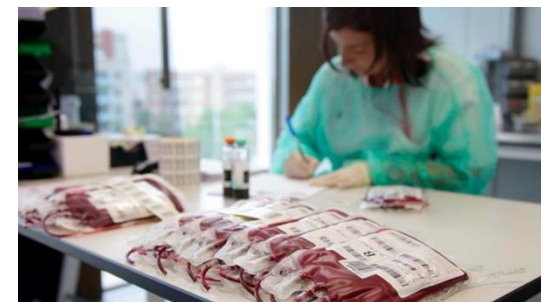


OTROS CONCEPTOS

- Señalización del área
- Condiciones de prevención y protección contra incendios
- Control de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos
RPBI



Manual de calidad
Manuales de procedimientos
Instructivos para uso de equipamiento
Guías para el buen uso clínico de la sangre



Control de calidad:

- ✓ Interno
- ✓ Externo



Pruebas de detección de
enfermedades transmisibles
por transfusión

Hepatitis B

Hepatitis C

VIH

Sífilis

Enfermedad de Chagas
Otras en áreas endémicas





- ❖ GUIAS TRANSFUSIONALES
- ❖ TRANSPORTE
- ❖ REGISTROS
- ❖ TRAZABILIDAD
- ❖ CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ❖ **COMITÉ DE MEDICINA TRANSFUIONAL**



Comité de Medicina Transfusional

- Ayuda a mantener prácticas transfusionales estandarizadas.
- Aumenta la seguridad del paciente , permitiendo el aprendizaje entre las diferentes especialidades.
- Retroalimenta información a partir de errores y eventos adversos.
- Mejora las prácticas transfusionales en la Institución.



- Decisión médica de transfundir debe ser en base al conocimiento del paciente y de las guías de transfusión.
- Monitoreo adecuado de la transfusión y periodo post-transfusional (hemovigilancia). Nota de indicación transfusional en el expediente clínico de cada paciente.
- Medicina basada en la evidencia.



Detrás de cada tubo, hay un donador y un paciente ...





¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

La fuente más segura de
sangre proviene de:

**¡¡DONADORES
VOLUNTARIOS!!**

gloria.estrada@salud.gob.mx
www.cnts.salud.gob.mx



8. Banco de Sangre: Caso Práctico

Planteamiento:

El equipo evaluador que se encuentra en el establecimiento “*San Lorenzo*”, inicia la evaluación del área de Banco de Sangre:

1. ¿Que áreas físicas integra Banco de Sangre?
2. ¿Qué diferencias existe entre un área de Puesto de Sangrado, Servicio de Transfusión sanguínea y Banco de Sangre?
3. ¿Qué aspectos son fundamentales en el Banco de Sangre según la normatividad vigente?



8. Comentarios Generales

En los casos de equipamiento tecnológico, los establecimientos podrán exhibir los sustitutos tecnológicos que cumplan con los mismos objetivos entre los que destacan:

1. Cuarto Oscuro en Imagenología puede ser cuarto de revelado digital.
2. Expediente clínico electrónico e impresión de expediente clínico físico según las políticas de la institución.

Existen áreas que derivado de las modificaciones a la Normatividad Vigente sufrirán modificaciones para la versión 2019, tal es el caso de **Estomatología** en la cual se solicitará un curso de capacitación Para la detección oportuna de Cáncer Bucal.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Reunión Nacional para la Acreditación 2018 y el Avance del Proceso de Reacreditación

Mesas para la homologación de criterios de evaluación

Marzo, 2018