



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO

Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr.
Director de la Unidad

Elaboró

Dr.
Jefe de División de Calidad o

Dr.
Personal asignado por el Director

| REVISIÓN | 1a | 2a | 3a | 4a | 5a |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Aprobó | | | | | |
| Revisó | | | | | |
| Elaboró | | | | | |
| Páginas | | | | | |
| Fecha | | | | | |



Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 3 |
| Objetivo | |
| Ámbito de aplicación | |
| 1. Meta.1. Identificar correctamente a los pacientes | 5 |
| 1.1 Objetivo de la Meta.1 | |
| 1.2 Políticas para asegurar la precisión de la identificación del paciente. | |
| 1.3 Políticas para el uso de dos datos (identificadores del paciente) | |
| 2 Meta.2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales | 7 |
| 2.1 Objetivo de la Meta.2 | |
| 2.2 Políticas para asegurar la precisión de las órdenes verbales y telefónicas. | |
| 3 Meta.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. | 8 |
| 3.1 Objetivo de la Meta.3 | |
| 3.2 Políticas que guían la ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de electrolitos concentrados. | |
| 4 Meta.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. | 10 |
| 4.1 Objetivo de la Meta.4 | |
| 4.2 Políticas para estandarizar el uso del protocolo universal, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, en procedimientos quirúrgicos. | |
| 5 Meta.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. | 19 |
| 5.1 Objetivo de la Meta 5 | |
| 5.2 Políticas para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud. | |
| 6 Meta.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas | 22 |
| 6.1 Políticas para la reducción del riesgo de daños sufridos en los pacientes a causa de caídas. | |



1. Introducción

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica.

Por tal motivo, la implementación de acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica es una prioridad, a través de las estrategias planteadas en las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, se reducirán significativamente los eventos adversos.

2. Objetivo

El presente documento tiene como propósito establecer los lineamientos que permitan uniformar las actividades del personal que participa en la atención médica, creando una metodología operativa en la cual sea posible reducir al máximo los riesgos para el paciente.

3. Ámbito de aplicación

La presente guía es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención médica que se proporciona al derechohabiente y su familia en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.



4. Políticas

Personal Directivo de las Unidades Médicas

- Difundirá, evaluará, supervisará y asesorará la aplicación de la presente guía al personal de las Unidades Médicas.
- Vigilará que las acciones de seguridad se lleven a cabo dentro del marco de respeto, irrestricto a los derechos humanos y respondan a las necesidades y expectativas de los derechohabientes y su familia.
- Vigilará el otorgamiento de los insumos y el uso racional, sustentado en las necesidades identificadas y prioridades establecidas, en el marco de la seguridad del paciente.

Personal de las Unidades Médicas

- Participará en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se proporciona a los pacientes.
- Registrará la evidencia de sus intervenciones en la atención del paciente en el Expediente clínico y en los formatos normativos establecidos de acuerdo al ámbito de su competencia.
- Realizará los procedimientos técnico-médicos necesarios de acuerdo al ámbito de su competencia, con la finalidad de favorecer la recuperación del estado de salud del paciente.
- Considerará al paciente y su familia personas primordiales de sus acciones y brindará atención con oportunidad, calidad, seguridad, eficiencia, efectividad, trato amable, digno y cortés.



5. Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes ANTES de cada procedimiento

5.1 Objetivo de la meta 1

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

5.2 Políticas para asegurar la precisión de la identificación del paciente

El personal del equipo multidisciplinario de la unidad médica hospitalaria que se encuentra relacionado con la atención directa del paciente, deberá identificar correctamente a los pacientes sobre todo antes de:

- a) Administrar medicamentos, sangre o hemoderivados.
- b) Extraer sangre y otras muestras de análisis clínicos.
- c) Proporcionar cualquier otro tratamiento o procedimiento.

Lo anterior con la finalidad de evitar errores.

5.3 Políticas para el uso de dos datos (identificadores del paciente).

Es indispensable el uso de al menos dos identificadores del paciente en las unidades médicas hospitalarias (**Nombre completo y n° de seguridad social**).

Los datos para la identificación correcta del paciente serán producto del interrogatorio directo al paciente, y los datos del número de seguridad social serán validados en el formato "Hoja de Alta Hospitalaria" 1/98 la cual contiene el sello de vigencia. En el caso de pacientes menores de edad o pacientes que no se encuentren en condiciones de proporcionar su nombre se recurrirá a una fuente secundaria (familiar o persona legalmente responsable).

Estos dos datos para identificación inequívoca del paciente se registrarán desde su ingreso en una pulsera en forma legible y sin abreviaturas, de igual forma en la ficha de identificación que se coloque en la camilla o cama donde se encuentre el paciente.

La pulsera de identificación se colocará en la muñeca derecha del paciente, la cual permanecerá colocada durante toda su estancia en el establecimiento y deberá reemplazarse las veces que sea necesario a fin de mantenerla legible, en el caso de pacientes con quemaduras, lesiones dérmicas, amputaciones o condiciones de salud que impidan la colocación de la pulsera en el sitio mencionado, será a consideración del



profesional de la salud la elección del sitio con mayor visibilidad que permita la identificación del paciente.

Nunca se utilizará como identificador el número de cama o el servicio de adscripción.

En caso de los pacientes recién nacidos, se elaboran 3 tirillas registrando en forma legible los apellidos de la madre y la siguiente abreviatura "RN", así como su número de seguridad social; una de ellas será colocada como pulsera en la mano derecha de la madre, adicional a su pulsera de identificación, y las otras dos serán para el recién nacido (una colocada en el tórax y otra como pulsera en la mano izquierda).

En caso de pacientes que lleguen a la Unidad Médica en calidad de "**desconocidos**", se colocará la letra "H" para hombres y "M" para mujeres, se elaborará un número de seguridad social conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de 3 bloques separados por un guión.

- 1er bloque: En los primeros 4 dígitos iniciales se registrará la fecha de ingreso (día y mes), anteponiendo un 0 en el caso de que el dato este conformado por unidades (1-9).
- 2do. Bloque. En estos dos dígitos intermedios se registrarán las dos últimas cifras del año que transcurre (11)
- 3er bloque. En los últimos 4 dígitos se registrará la clave 50 que identifica el Servicio de Urgencias o Admisión Continua, enseguida se colocará el número progresivo en dos cifras (02) En el campo de régimen de aseguramiento, se anotará "ND" (no derechohabiente), así mismo, para los estudiantes se registra ES (Estudiante)

Se identificarán en forma confiable e inequívoca al paciente a quien está dirigido el servicio o tratamiento, verificando su identificación de manera permanente sobre todo antes de realizar cualquier procedimiento.



6. **Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud.** (En órdenes verbales o telefónicas)

6.1 **Objetivo de la meta 2**

Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

6.2 **Políticas que aseguren la precisión de las órdenes verbales y telefónicas.**

Entre las comunicaciones más propensas al error entre el personal de salud, son las órdenes e indicaciones de atención al paciente realizadas de forma oral o telefónica, un ejemplo es la comunicación de resultados de laboratorio urgentes, solicitados por el servicio de urgencias, o las indicaciones en situaciones críticas durante una reanimación.

En general las indicaciones médicas verbales o telefónicas, deberán ser registradas en el expediente clínico, sin embargo, existen condiciones especiales que por su emergencia, imposibilitan al médico el registro de esta práctica (por ejem. paciente con paro cardiorespiratorio, transoperatorio, etc.), en estos casos las indicaciones podrán ser en forma verbal.

Para prevenir errores entre el personal de salud relacionado con la atención de los pacientes, cuando se llevan a cabo órdenes verbales y telefónicas se deberán seguir los siguientes pasos:

El personal de salud de la unidad médica hospitalaria utilizará un proceso de intercambio en la emisión de ordenes e indicaciones verbales o telefónicas para la atención del paciente, que incluya:

- a) **escribir** la orden por parte del receptor
- b) **leer** la orden por parte del receptor para que
- c) el emisor **confirme** la indicación de la orden.

En el caso de realizar este tipo de ordenes entre el personal de salud dentro de la sala de operaciones o en situaciones de urgencia, cuya urgencia no permita el registro de la indicación, el proceso de intercambio se llevará cabo de la siguiente manera.

- a) **escuchar** la orden por el receptor
- b) **repetir** la orden por el receptor para que
- c) el emisor **confirme** la indicación de la orden
- d) después de la atención del paciente se deberá anotar lo indicado en las notas médicas y de enfermería correspondientes.



7. Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. (Electrólitos concentrados)

7.1 Objetivo de la Meta 3

Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

7.2 Políticas que guían la ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de electrolitos concentrados.

Las autoridades del establecimiento determinarán cuales son las áreas en donde estarán disponibles los electrolitos concentrados e indicaran el retiro de estos medicamentos en el resto de los servicios.

Los electrolitos concentrados, deberán manejarse como sustancias controladas, resguardados, etiquetados y clasificados para su fácil identificación, con medidas de seguridad en su almacenamiento.

Para su etiquetado cada electrolito concentrado (viales o frascos) deberán ser marcados con los siguientes colores por tipo de electrolito, para diferenciarlo de otros.

| | | |
|--|----------------|--|
| Cloruro de Potasio: <i>2meq/ml 10 ml</i> | ROJO |  |
| Gluconato de Calcio <i>10% /10ml</i> | VERDE |  |
| Fosfato de Potasio | MORADO |  |
| Bicarbonato de Sodio <i>10ml</i> | FUCSIA |  |
| Sulfato de Magnesio: <i>10% 1g / 10 ml</i> | ROSA |  |
| Concentrado de sodio 17.7% | NARANJA |  |

Los contenedores también se etiquetarán con el nombre y el color designado por tipo de electrolito y otra etiqueta que diga "*CUIDADO ALTO RIESGO*".

Cuando estén indicados estos medicamentos se verificará que se trate del paciente correcto (dos identificadores), fármaco correcto, vía correcta, dosis correcta y horario correcto antes y durante la preparación y ministración de los electrolitos concentrados.

Deberá realizarse la difusión al personal relacionado con la indicación y administración de medicamentos y hacer hincapié en que los electrolitos concentrados requieren dilución.



Capacitar y educar al personal calificado (médico, enfermero, técnico farmacéutico) sobre la importancia del riesgo de errores en la preparación y almacenamiento de los electrolitos concentrados.

Utilizará una bomba de infusión para administrar soluciones concentradas o en su defecto utilizará otros dispositivos como el equipo de volúmenes medidos.



8. Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

8.1 Objetivo de la Meta 4

Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

8.2 Políticas para estandarizar el uso del protocolo universal y la lista de verificación institucional, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos invasivos y de alto riesgo realizados fuera de la sala de operaciones.

Los directivos de las Unidades Médicas diseñaran estrategias para la implementación de la Meta 4, como una prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, con la participación activa del equipo de salud.

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas que se deben eliminar, estos errores son el resultado de:

- Comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico,
- Falta de participación del paciente en el marcado del sitio, y
- Ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

La evaluación inadecuada del paciente, del expediente clínico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas, la falta de comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, entre otros son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Existen dos herramientas que favorecen significativamente el cumplimiento de la Meta Internacional 4:

- A) Protocolo Universal
- B) Lista de verificación



Protocolo Universal.

- I **Verificación del proceso antes de la cirugía.** Es muy importante corroborar la identificación correcta del paciente, su correlación con el procedimiento y área anatómica 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.
- II El **marcado del sitio quirúrgico**, deberá realizarlo el responsable del procedimiento, con participación del paciente 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 marca en todos los **casos relacionados con lateralidad (derecho-izquierdo), estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral: cervical, torácica, lumbar, sacrocoxigea);**

Institucionalmente adoptaremos la siguiente marca:



- III **Tiempo fuera o “Time out”.** El Cirujano es el líder y responsable para que se aplique 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, alguna condición especial del paciente y profilaxis con antibióticos, disponibilidad de estudios de imagen, etc.



Lista de Verificación

Permite registrar y documentar las acciones de aseguramiento realizadas para el paciente quirúrgico, dentro de la sala de operaciones. Este instrumento contempla tres etapas:

- Al ingresar el paciente a la sala de operaciones
- Antes de la cirugía
- Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones

Los aspectos a revisar en cada uno de estos apartados están enunciados en el formato e instructivo incluidos en este documento.

El equipo quirúrgico aplicará, y firmará la “**Lista de Verificación**” además de incluirlo en el expediente clínico.

El personal responsable del procedimiento, proporcionará información al paciente y a su familia 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
- El personal responsable del procedimiento, **marcará inequívocamente el sitio** (marcaje del sitio quirúrgico) de la intervención y/o procedimiento
- Considerar la participación del paciente, cuando sus condiciones de salud lo permitan en todos los puntos del proceso de verificación preoperatorio.
- Verificar en la etapa previa al procedimiento del paciente: la intervención quirúrgica, el sitio anatómico, instrumental, el funcionamiento del equipo de anestesia y cualquier implante o prótesis que fuera necesario.
- Realizar una pausa quirúrgica o **Tiempo Fuera** en quirófano, antes de realizar la incisión en el paciente, para verificar la identificación del paciente correcto, el procedimiento correcto, y el sitio correcto. El cirujano es el miembro del equipo quirúrgico que debe guiar este paso.



- La revisión en el postoperatorio inmediato del material utilizado durante la cirugía, etiquetado de las muestras o piezas patología así como los cuidados especiales que requerirá el paciente.

FORMATO “Lista de Verificación”

UNIDAD HOSPITALARIA 1 _____ FECHA 2 _____

NSS 3 _____ NOMBRE DEL PACIENTE 4 _____

EDAD 5 SEXO F M CAMA 6 7 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO 8 _____

Cirugía Segura
Lista de verificación

9 Al ingresar el paciente a sala de operaciones

10 Antes de la cirugía

11 Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y ayuno?

¿Se ha marcado el sito quirúrgico?

Si No procede

¿Se ha comprobado el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

¿Tiene el paciente...

...Alergias conocidas?

Si No

...Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?

Si, y hay materiales y equipos/ayuda disponible No

...Riesgo de hemorragia > 500 mL (7 mL/kg en niños)?

Si, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados y/o hemoderivados No

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Si No procede

¿Existe riesgo de enfermedad tromboembólica?

No Si Se ha iniciado tromboprofilaxis

¿Cuenta con Carta de Consentimiento bajo

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Tiempo aproximado de la cirugía? (min.) _____

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? (mL) _____

Anestesiólogo, Revisa si el paciente presenta el paciente algún problema específico

Equipo de enfermería, Se ha confirmado la esterilización del instrumental, ropa quirúrgica y consumibles

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos)?

Si No

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Si No procede

(Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)

El personal de enfermería confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

Se realizó el recuento de instrumentos, gases, compresas y agujas

¿Existen faltantes del instrumental y textiles?

No Si Observaciones _____

Se efectuó etiquetado de muestras con lectura de la etiqueta en voz alta, incluyendo el nombre del paciente

Cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente en el postoperatorio inmediato?

12
CIRUJANO
 FIRMA Y MATRÍCULA

12
ANESTESIOLOGO
 FIRMA Y MATRÍCULA

12
INSTRUMENTISTA
 FIRMA Y MATRÍCULA

12
CIRCULANTE
 FIRMA Y MATRÍCULA



“LISTA DE VERIFICACIÓN” INSTRUCTIVO DE LLENADO

- Todo paciente que ingrese a quirófano debe contar con el formato de Lista de Verificación en el expediente clínico
- La enfermera circulante es quién recaba la información contenida en la Lista de Verificación, “Cirugía segura salva vidas”, realizando cada una de las preguntas en voz alta, y en la cual deberán participar el o los cirujanos, el o los anestesiólogos, y la enfermera especialista (quirúrgica), en cada uno de los apartados.
- El equipo quirúrgico (enfermera instrumentista, enfermera circulante, cirujano y anestesiólogo) deberán concentrar su atención en cada una de las preguntas y responder con veracidad.
- Al concluir el llenado de la Lista de Verificación, a la salida del paciente de la sala de operaciones para ingresar a la sala de recuperación, todos los participantes deberán anotar su matrícula y firmar el documento.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| No | DATO | ANOTAR |
|----|------------------------------|---|
| 1 | Unidad Hospitalaria | Con letra legible y números arábigos el nombre abreviado del hospital, de acuerdo al ejemplo siguiente: HGZMF 8 (Hospital General de Zona con Medicina Familiar 8) |
| 2 | Fecha | Con números arábigos del lado derecho, agregar día, mes y año en el que se elaboró. |
| 3 | Número de Seguridad Social | Con números arábigos y con letra de molde registre los agregados. |
| 4 | Nombre completo del paciente | Con letra de molde, legible y sin abreviaturas apellido paterno, apellido materno y nombre (s). Ejemplo: Sánchez Corona Luz María del Socorro |



| | | |
|---|--------------------------|---|
| 5 | Edad | Con números arábigos, los años cumplidos |
| 6 | Sexo | Marque F cuando corresponda a femenino y M a masculino. |
| 7 | Cama | Número de cama que corresponda. En caso de ser paciente ambulatorio se anotará AMB |
| 8 | Procedimiento Quirúrgico | Nombre completo con letra legible y de molde el procedimiento a realizar. Indicar el lado que va a ser intervenido. Ejemplo: Amputación supracondílea miembro pélvico izquierdo . |

AL INGRESAR EL PACIENTE A SALA DE OPERACIONES

| | | |
|---|-------------------|--|
| 9 | Todos los incisos | De acuerdo a cada uno de los incisos, verifique y marque con una X la respuesta correcta de acuerdo a la pregunta realizada |
|---|-------------------|--|

(SI/NO/NO PROCEDE)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, procedimiento y dejado en ayuno?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Se ha comprobado el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
- ¿Tiene el paciente....
....alergias conocidas?
....vía aérea difícil/riesgo de aspiración?
.....hemorragia?
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- ¿Existe riesgo de enfermedad tromboembólica? En caso de ser afirmativa, se ha iniciado la tromboprofilaxis
- ¿Cuenta con Carta de Consentimiento bajo información?



ANTES DE LA CIRUGÍA

10 Todos los incisos

Escriba con letra legible y de molde, o marque con una **X** la respuesta correcta al inciso correspondiente:

- Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre.
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.
- Previsión de eventos críticos: el cirujano identificará e informará al equipo quirúrgico, sobre la posibilidad riesgos y circunstancias asociadas al procedimiento, y que puedan alterar el curso de la intervención.

Ejemplos:

Posibilidad de conversión a cirugía abierta en procedimiento quirúrgico laparoscópico.

Extensión o modificación de la incisión quirúrgica planeada, por sangrado, tamaño de lesión tumoral, o hallazgos fortuitos, etc.
¿Tiempo aproximado de cirugía?
¿Cuál es la pérdida de sangre prevista (ml)

Anestesiólogo, revisa si el paciente presenta el algún problema específico

Verificará la esterilidad del instrumental y material de curación que será utilizado, a través de fechas de esterilización y de caducidad.

Corroborará que la sala esté equipada para la realización del procedimiento programado.

La disponibilidad de los estudios de imagen



ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA DE OPERACIONES

11 Todos los incisos

Escriba con letra legible y de molde, o marque con una **X** la respuesta correcta al inciso correspondiente:

- El personal de enfermería confirma verbalmente nombre del procedimiento, recuento de instrumental, gasas, compresas y agujas, así como el etiquetado de las muestras de laboratorio y patología en voz alta incluyendo el nombre del paciente. En caso de observarse problemas relacionados con el instrumental y el equipo, especificará cuáles.
- Todo el equipo: En caso de encontrarse aspectos críticos de la recuperación se anotará en forma clara la causa inmediata a resolver; Ejemplo: Manejo de secreciones, hemotransfusión, estabilidad hemodinámica.

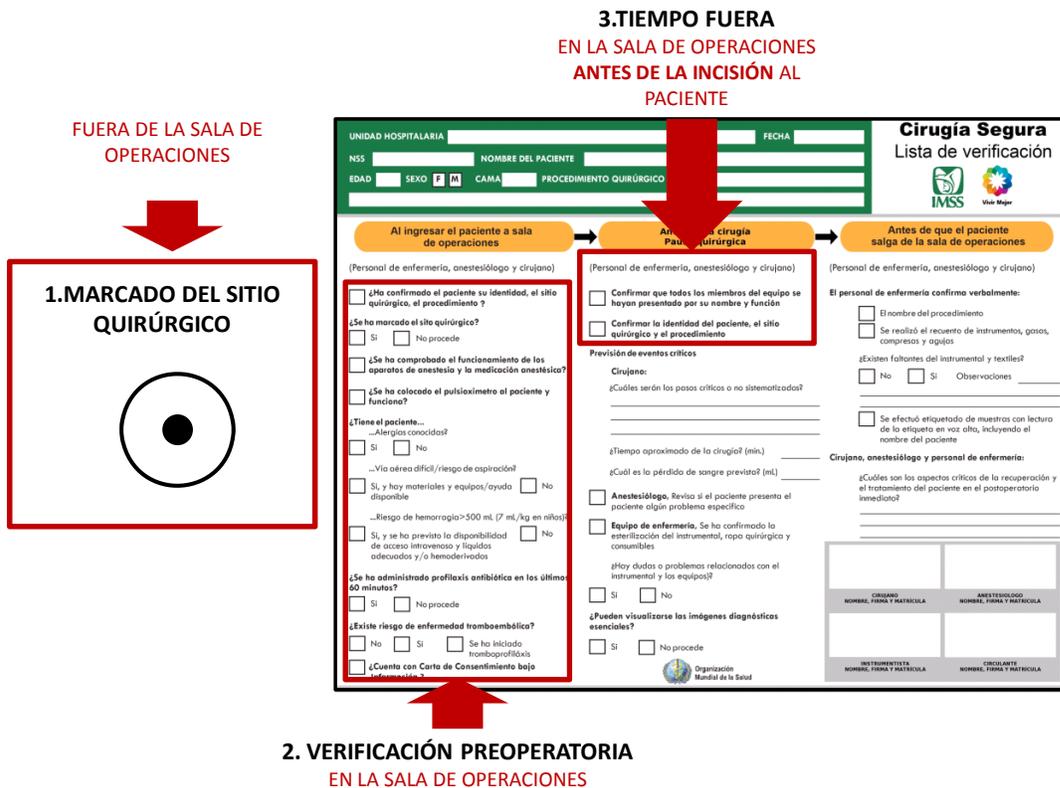
12 Firma del Equipo Quirúrgico

La enfermera instrumentista, Enfermera circulante, cirujano y anestesiólogo que realicen el procedimiento deberán firmar en los rubros correspondientes al finalizar la cirugía.



Las diferencias entre el Protocolo Universal y la Lista de Verificación:

PROTOCOLO UNIVERSAL- LISTA DE VERIFICACIÓN



El **protocolo universal** está integrado por los tres pasos marcados en rojo (marcado del sitio quirúrgico, verificación preoperatoria y tiempo fuera).

La **lista de verificación** incluye la verificación de puntos adicionales que en conjunto completan las medidas de seguridad para el paciente quirúrgico, se realizan en la sala de operaciones y se registra en un formato para ser incluido en el expediente clínico con la firma de todos los participantes.

Sin embargo, como se puede observar en el gráfico, el Protocolo Universal esta contenido dentro de la Lista de verificación.



9. Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. (Lavado de manos)

9.1 Objetivo de la Meta 5.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de lavado de manos.

5.2 Política para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud.

- El equipo multidisciplinario de salud difundirán la técnica sectorial de lavado de manos bajo las indicaciones de los 5 momentos.
- Supervisión permanente de los Jefes de Servicio y Enfermera Jefe de Piso para el cumplimiento y adherencia del personal a esta práctica.
- El personal directivo realizará la gestión para la dotación y optimización de los recursos necesarios para el lavado de manos, en el punto de atención a los pacientes.
- La Unidad de Vigilancia Epidemiológica, realizará estudios de sombra y medirá el cumplimiento de higiene de las manos a través de controles de observación y retroalimentación del desempeño a los prestadores de servicio.
- El departamento de Conservación y Servicios Generales verificará el suministro continuo de agua en todas las llaves/grifos, y las instalaciones necesarias para llevar a cabo la higiene de las manos y garantizará la calidad del agua.
- El departamento de Conservación y Servicios Generales corroborará que los depósitos de agua (tinacos) se encuentren en condiciones adecuadas de higiene, así como el cumplimiento a un programa de limpieza periódica de estos depósitos.
- El personal directivo capacitará a la totalidad del personal de la unidad médica, sobre la técnica correcta y los momentos correctos para la higiene de las manos.
- El personal directivo exhibirá recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.
- El personal responsable de la atención de los pacientes informará a los pacientes, a sus familias y a sus visitas de los riesgos para la salud cuando ocurren fallas en una higiene oportuna y adecuada de las manos.



- El personal responsable de la atención de los pacientes informará a los pacientes y sus familias sobre la importancia de una mejor higiene de las manos y de participar al preguntar al personal si se lavó las manos antes del tratamiento.

TÉCNICA

Está en tus manos

Prevenir las infecciones intrahospitalarias.

Técnica de higiene de las manos con soluciones alcoholadas. Duración: De 30 a 60 segundos

1. Dependiendo de la palma de la mano que desees limpiar, aplica el producto cuidadosamente cubriendo toda la superficie a lavar.

2. Frotar la palma de la mano contra la palma de la otra mano con los dedos entrelazados.

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

4. Frotar la palma de la mano contra el dorso de la otra mano entrelazando los dedos, y viceversa.

5. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta apretando los dedos.

6. Frotar la parte interna de los dedos de la mano opuesta con la palma de la mano de la otra mano.

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

8. Con los dedos entrelazados, hacer un movimiento de rotación, y viceversa.

Técnica de lavado de las manos con agua y jabón. Duración: De 30 a 60 segundos

1. Mojar las manos con agua.

2. Dependiendo de la palma de la mano que desees lavar, aplicar jabón cubriendo toda la superficie de las manos.

3. Frotar la palma de la mano contra la palma de la otra mano con los dedos entrelazados.

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

5. Frotar la palma de la mano contra el dorso de la otra mano con los dedos entrelazados.

6. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta apretando los dedos.

7. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar haciendo un movimiento con la palma de la mano derecha, y viceversa.

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

9. Enjuagar las manos con agua.

10. Secarlas con una toalla de un solo uso.

11. Evitar tocar la toalla para cerrar el grifo.

12. Con las manos secas, hacer un movimiento de rotación.

GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEMAR

SEDENA

Subsecretaría de Innovación y Calidad

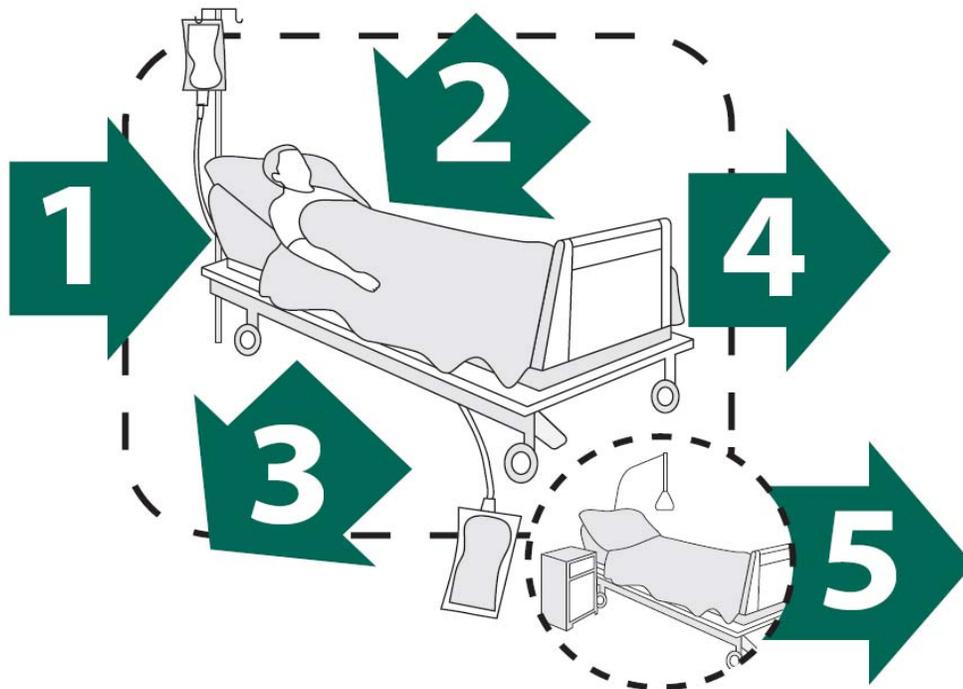
Página web: <http://gpo.ssa.gob.mx/seguridaddepaciente>

Vivir Mejor

Página 20 de 24



Es importante señalar que la técnica antes descrita se realiza en 5 momentos:



ANTES del
contacto con el
paciente

- Antes del contacto directo con el paciente
- Antes de una área antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes

DESPUÉS del
contacto con el
paciente

- Después del contacto con fluidos o secreciones corporales
- Después del contacto con el paciente
- Después del contacto con objetos en el entorno del paciente.



10 Meta 6. Reducir el riesgo de caídas

10.1 Objetivo Meta 6.

Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.

10.2 Políticas para la reducción del riesgo de daños sufridos a los pacientes por causa de caídas en el establecimiento.

- El personal directivo difundirá al personal responsable de la atención del paciente, la escala para evaluar el riesgo de caídas.
- El personal médico evaluará y reevaluará el riesgo de caída en todos los pacientes desde el primer contacto y durante su estancia hospitalaria y lo registrará en la nota médica. La reevaluación será cada 24 horas o antes si se identifica algún cambio en el estado clínico o terapéutico.
- El personal de enfermería de la Unidad Médica Hospitalaria a cargo de los pacientes, deberá realizar las siguientes acciones como parte del Programa para la Reducción de Daños a los pacientes por causa de caídas:
 - Realizará la evaluación de riesgo de caídas con la escala de valoración, inserta en el instructivo de la hoja de Registros clínicos, Esquema terapéutico e Intervenciones de Enfermería, así como las acciones realizadas a los pacientes desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.
 - Utilizará diferentes medios de comunicación (visual, verbal y escrita para informar al personal de salud, familiar, pacientes y visitantes, sobre el riesgo de caída, las medidas de seguridad que se aplicarán y la participación de cada uno de ellos para la prevención.
 - Identificará y registrará los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria. (Condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente, estado postoperatorio, ayuno o reposó prolongado, caídas previas, edad menor de 6 años o mayor de 70, etc.).
 - Utilizará los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas de acuerdo a las condiciones específicas del paciente que aseguren la protección de la integridad del paciente como:



- a) levantar los barandales de la cama,
 - b) trasladar al paciente en camilla segura,
 - c) sujeción en caso de ser necesario,
 - d) colocar interruptor de timbre al alcance del paciente,
 - e) colocar banco de altura para uso inmediato,
 - f) colocar una silla para el baño del paciente y
 - g) acercar aditamentos de ayuda (bastones, andadera, silla de ruedas etc.).
- Registrará, desarrollar e implementar estrategias para el control y seguimiento de la frecuencia e incidencia de caídas como parte del sistema VENCER II.
 - Documentará los hechos relacionados con la prevención de caídas, así como las intervenciones y resultados obtenidos con el plan terapéutico establecido.
 - Reportará las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.

Para realizar una valoración integral del paciente se incluyen algunos parámetros que permiten identificar y calificar el riesgo de que un paciente pueda sufrir una caída.

A nivel Institucional se utiliza la siguiente escala:

| VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE | | |
|--|---------------|----------|
| Factores de riesgo | Puntos | |
| Limitación física | 2 | |
| Estado mental alterado | 3 | |
| Tratamiento farmacológico que implica riesgos | 2 | |
| Problemas de idioma o socioculturales | 2 | |
| Paciente sin factores de riesgo evidentes | 1 | |
| Total de puntos | 10 | |
| DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS | | |
| Nivel | Puntos | Código |
| Alto riesgo | 4 – 10 | Rojo |
| Mediano riesgo | 2 – 3 | Amarillo |
| Bajo riesgo | 0 - 1 | Verde |

Protocolo para la Prevención de Caidas en Pacientes Hospitalizados, Enero 2010. Secretaria de Salud.



Al terminar la valoración de cada uno de los factores de riesgo, se realiza una sumatoria obtenida y en base al resultado obtenido se clasifica y codifica por color el cual puede utilizarse con algún identificador. La interpretación de esta escala identifica mayor riesgo cuando existe mayor puntaje.

La importancia además de identificar el riesgo es tomar las medidas correspondientes para evitar la caída del paciente

Posterior a la valoración el personal de enfermería colocará un distintivo del color correspondiente con base en el resultado de la valoración.