

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 1 de 17

PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefe de Depto. Gestión del Cuidado	Subdirectora de Enfermería	Subdirectora de Enfermería
Firma			

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 2 de 17

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. Propósito.....	3
2. Alcance.....	3
3. Responsabilidades.....	3
META 1. IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES.....	4
META 2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA.....	5
META 3. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	8
META 4. PROCEDIMIENTOS CORRECTOS.....	10
META 5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA	12
META 6. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS	14
4. Glosario.....	16

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 3 de 17

INTRODUCCIÓN

La búsqueda por garantizar la seguridad y la satisfacción de expectativas en la atención de la salud, ha llevado a nuestra Institución a desarrollar estrategias orientadas a implementar mejora en los procesos asistenciales, y un cambio radical en la cultura de la organización. El desarrollo de un modelo de calidad y de una estructura que favorezca este cambio, ha permitido lograr importantes avances en esta dirección.

El propósito de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas con relación a la seguridad, por medio del desarrollo de un sistema que permita identificar políticas globales para el cumplimiento de las mismas, y brindar una atención segura y de calidad.

Los objetivos de las Metas, destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

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

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

1. Propósito

Establecer los lineamientos que permitan uniformar las actividades del personal que participa en la atención médica del usuario, creando una metodología operativa en la cual sea posible disminuir los riesgos para el mismo.

2. Alcance

El presente procedimiento es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención médica que se proporciona al usuario en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII).

3. Responsabilidades

Personal Directivo

- Difundir, evaluar, supervisar y asesorar la aplicación de la presente guía al personal de los diferentes servicios del Instituto.
- Vigilar que las acciones de seguridad se lleven a cabo dentro del marco de respeto, absoluto a los derechos humanos y respondan a las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia.
- Vigilar 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.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 4 de 17

Personal

- Participar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se proporciona a los pacientes.
- Registrar 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.
- Realizar 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.
- Considerar al paciente y su familia personas primordiales de sus acciones y brindarles atención con oportunidad, calidad, seguridad, eficiencia, efectividad, trato amable, digno y cortés.

META 1. IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

El personal del Instituto debe prevenir errores en la Identificación de los pacientes, considerando que se pueden presentar en todos los procesos de atención en los que participan diversos profesionales de la salud, para ello utiliza tres identificadores **NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, LA FECHA DE NACIMIENTO y EL NÚMERO DE REGISTRO** antes de la realización de los procedimientos médico quirúrgicos, técnicos o administrativos, en forma confiable e inequívoca en las distintas áreas asistenciales.

Objetivo

Identificar en forma confiable a los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Políticas

- El personal del Instituto informará a los pacientes y familiares la importancia de la utilización de su nombre completo, fecha de nacimiento y número de registro como identificadores previos a la realización de procedimientos médico quirúrgicos, técnicos o administrativos.
- En el Instituto se utilizan tres datos de identificación: el profesional de la salud pregunta al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento, así mismo verifica el número de registro antes de los momentos críticos:
 - a. Ministración de medicamentos
 - b. Transfusión de sangre y hemocomponentes
 - c. Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
 - d. Realización de estudios de gabinete
 - e. Realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo
 - f. Dotación de dietas
- 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

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 5 de 17

responsable) y con apoyo de los medios para identificar a los pacientes (pulsera, tarjeta de identificación etc.).

- En el caso de pacientes que lleguen al Instituto en situación de Desconocido, se le asignará una identificación, en el caso de Hombre se colocara la letra **H**, en el caso de Mujer se colocara la letra **M** separado por un guión y seguido por número progresivo anteponiendo el 0, guión y la fecha de ingreso iniciando por el día, mes y año, separados por guión. De esta manera se conformará una identificación que deberá conservar invariablemente la siguiente distribución: “M (H)-Desconocido-01 y fecha de ingreso”

Ejemplo: **H- Desconocido-01-10-06-2016.**

- Estos tres 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 instalará en la muñeca derecha del paciente, la cual permanecerá colocada durante toda su estancia en el Instituto, deberá reemplazarse según la revaloración de caídas y las veces que sea necesario a fin de mantenerla legible, en el caso de usuarios 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 corporal con mayor visibilidad que permita identificarlo.

META 2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

El personal del Instituto previene errores que involucran las comunicaciones más propensas al error, y utiliza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar en la comunicación verbal de indicaciones y/o en situaciones de urgencia que se pueden dar durante los procesos asistenciales en las áreas de hospitalización, urgencias, terapia Intensiva, quemados y quirófano.

Objetivo

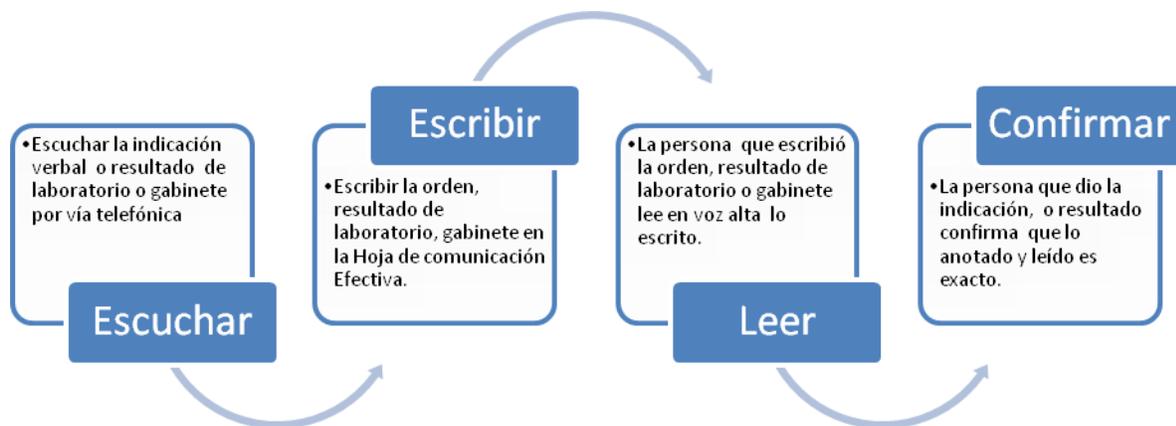
Prevenir errores que involucran a las comunicaciones más propensas al error: Órdenes y/o información de resultados críticos de laboratorio y gabinete (**VERBALES y TELEFÓNICAS**).

Políticas

- El personal que labora en el Instituto deberá mantener una Comunicación oral y escrita efectiva, oportuna, precisa, completa, y comprensible por quien la recibe.
- Solo se reciben órdenes verbales cuando la persona responsable de emitirlos por las actividades propias de su función no las puede realizar de manera escrita y la situación del paciente requiera una pronta acción. Una vez resuelta la problemática la persona que dio la indicación deberá anotarla en la hoja de indicaciones Médicas y firmar el formato “**Hoja de Registro de Comunicación Efectiva**”.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 6 de 17

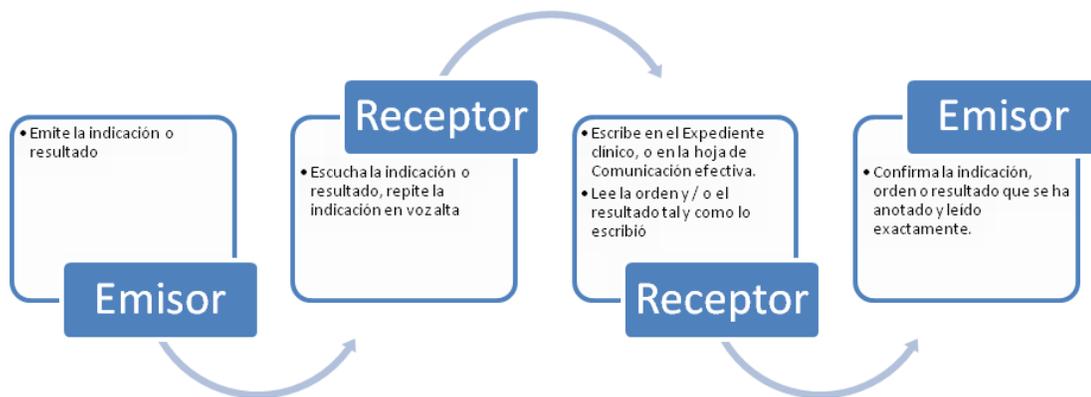
- El personal del Instituto que reciba una indicación verbal por vía telefónica debe **Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar** dicha indicación, anotándola en el formato **“Hoja de Registro de Comunicación Efectiva”** la cual será firmada por la persona que emite la indicación en cuanto sea resuelta la urgencia.



Las indicaciones médicas verbales o telefónicas, deben ser registradas en el Expediente Clínico, sin embargo, existen condiciones especiales que por su emergencia, imposibilitan al médico el registro de esta práctica, en estos casos las indicaciones podrán ser en forma verbal y después serán registradas en el formato **“Hoja de Registro de Comunicación Efectiva”**, la cual será integrada al Expediente Clínico.

- 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, que no permite el registro inmediato de la indicación, el proceso de intercambio se llevará cabo de la siguiente manera:
 - Escuchar** completamente la indicación o resultado por parte del receptor
 - Escribir** la orden o el resultado de laboratorio o gabinete, repite en voz alta por parte del receptor, en cuanto sea posible escribe en el Expediente Clínico y/o en el formato “Hoja de Registro de Comunicación Efectiva”.
 - Leer** por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, tal como lo escribió.
 - Emisor **confirme** la indicación, orden o el resultado que se ha anotado y leído exactamente.

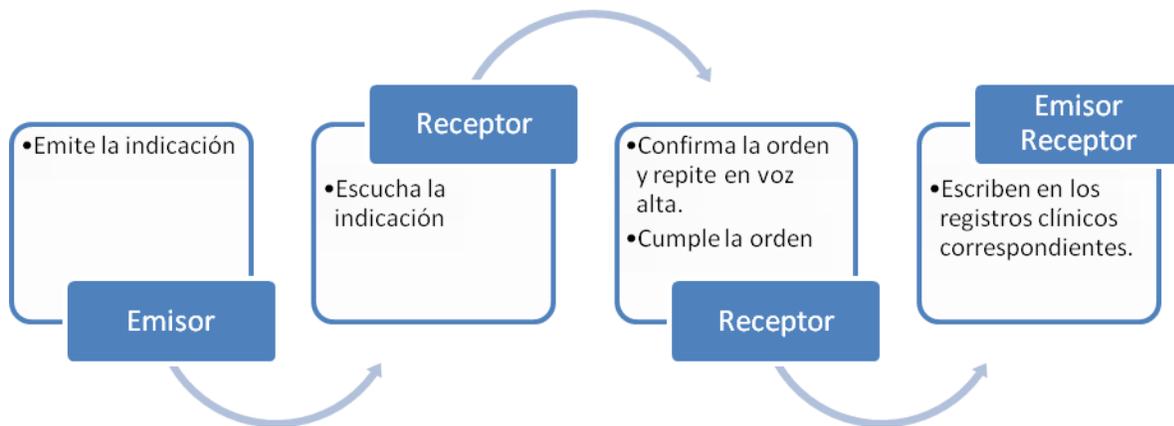
	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 7 de 17



En el caso de ordenes verbales que se dan durante la Reanimación Cardio Pulmonar, que no permite el registro de la indicación, el proceso de intercambio se realizará de la siguiente manera:

- a) Emisor: emite la indicación
- b) Receptor: escuchar la indicación por el emisor
- c) Confirmar la orden por el receptor y repetir en voz alta la indicación
- d) Cumplir la orden del emisor
Una vez concluido el evento, el emisor y receptor escribirán en los registros correspondientes del Expediente Clínico: Nota de evolución, Indicaciones Médicas, Registro de la Atención de RCP y los Registros Clínicos de Enfermería.
- e) El emisor escribirá las indicaciones verbales
- f) El receptor escribirá las indicaciones recibidas y las acciones realizadas.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 8 de 17



META 3. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

El personal del Instituto previene la administración errónea de Electrolitos Concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, se identifican con alerta visual (círculo rojo), separados del resto de los medicamentos y se realiza doble verificación en los procesos de preparación y ministración en las áreas de hospitalización de Ortopedia, Rehabilitación, Quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos, Quemados, Consulta Externa de Ortopedia, Imagenología y Urgencias.

Objetivo

Prevenir la administración errónea de: Electrolitos Concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral.

Políticas

- En el Instituto los Electrólitos Concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral se utilizan en las áreas críticas, de atención hospitalaria y quirúrgica.
- Los Electrólitos Concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, se resguardan, etiquetan y clasifican para su fácil identificación, con medidas de seguridad en su almacenamiento y separados del resto de medicamentos.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 9 de 17

- El personal de Almacén de Farmacia, es responsable del control farmacológico, asegura la ubicación, etiquetado y almacenamiento de Electrolitos Concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral
- Para su etiquetado los medicamentos de alto riesgo (viales o frascos) deberán ser marcados con un círculo color rojo en el Almacén de Farmacia para ser calificado como medicamento de alto riesgo.
- El Personal Médico y Paramédico de cada uno de los servicios, conoce el círculo rojo que lo identifica como medicamento de alto riesgo y los ubica, en el contenedor correspondiente separado del resto de los medicamentos.
- Los contenedores se etiquetan con el nombre **“MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO”** y deben colocarse en la parte superior y central del casillero de medicamentos.
- Cuando estén indicados estos medicamentos, el Profesional de Enfermería verifica que se trate del paciente correcto (tres identificadores), además de cumplir con los diez correctos antes y durante la preparación, ministración.
- Deben firmar en los registros clínicos del expediente electrónico la doble verificación de la preparación y ministración del medicamento, la persona que preparó y ministró y la persona que verificó dichos procesos.
- El personal relacionado con la indicación, administración y ministración de medicamentos sabe que los Electrolitos Concentrados requieren dilución.
- El Profesional de Enfermería utiliza bomba de infusión para ministrar soluciones con Electrolitos Concentrados.
- En aquellos medicamentos donde el envase pueda ser similar entre sus distintas presentaciones o claves, el personal de farmacia genera acciones específicas en el almacenaje, ubicación y etiquetado, que permitan diferenciarlos para evitar confusión.
- En el caso de medicamentos de alto riesgo se establece una etiqueta individual con un círculo rojo, con el propósito de ser alerta visual que ayude al Profesional de la salud a identificarlo como de alto riesgo.
- La doble verificación se realiza en áreas donde se preparan y ministran medicamentos de alto riesgo para prevenir errores de medicación en medicamentos de alto riesgo:
 - Electrólitos Concentrados.
 - Quimioterapéuticos.
 - Radiofármacos.
 - Insulinas.
 - Anticoagulantes vía parenteral.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 10 de 17

- La transcripción en etiqueta que identifica solución parenteral que contiene electrolitos será enmarcada con un recuadro rojo.

META 4. PROCEDIMIENTOS CORRECTOS

GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO

El personal del Instituto debe garantizar el cumplimiento del protocolo universal antes de realizar los procedimientos quirúrgicos dentro y fuera del quirófano. Así como cumplir en la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio de la administración de sangre, hemocomponentes y de realizar procedimientos invasivos en las áreas de asistencia médico quirúrgica: Hospitalización, Quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos, Quemados, Urgencias, Consulta Externa de Oftalmología, Otorrinolaringología, Imagenología y Urgencias.

Objetivos

Prevenir procedimientos quirúrgicos incorrectos en el lugar incorrecto y a la persona equivocada que se realizan dentro y fuera del quirófano.

Realizar el procedimiento correcto, a la persona correcta en el momento correcto al cumplir con el tiempo fuera, antes de la administración de sangre, hemocomponentes y de realizar procedimientos invasivos en las áreas asistenciales del Instituto.

Políticas

- El personal de salud deberá cumplir con el “**Protocolo para la Seguridad del Paciente en Procedimientos Quirúrgicos**” (PRT-DQ-01).
- En el Instituto, el médico adscrito realiza el marcaje de la zona a operar con una flecha y la palabra “SI”, este debe realizarse de preferencia y de ser posible estando el paciente despierto y consciente, de no ser así, se solicita apoyo del familiar o tutor legal.
- En el Instituto el marcaje quirúrgico únicamente podrá omitirse cuando el paciente, previo al brindarle información acerca del procedimiento y la seguridad que implica, se haya negado a recibirlo.
- Todo paciente que ingrese a quirófano debe contar con el formato de listado de verificación de la seguridad en cirugía (**F01-PR-DQ-01-REV-04**) en el Expediente Clínico debidamente requisitado.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 11 de 17

- En el Instituto los procesos esenciales que conforman el **“Protocolo para la Seguridad del Paciente en Procedimientos Quirúrgicos”** (PRT-DQ-01) son:
 - Marcado del sitio anatómico
 - Proceso de verificación pre-procedimiento
 - Tiempo fuera “time-out”, que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento
- En el Instituto el **“Protocolo para la Seguridad del Paciente en Procedimientos Quirúrgicos”** (PRT-DQ-01) se lleva a cabo en las salas quirúrgicas de Ortopedia, Quemados, Otorrinolaringología, Oftalmología y se realiza tiempo fuera en los procedimientos y tratamientos invasivos de alto riesgo.
- En el Instituto la evaluación correcta del paciente y del Expediente Clínico, evitar el uso de abreviaturas y la comunicación efectiva en el equipo de salud, son factores que favorecen la seguridad de nuestros pacientes.
- En el Instituto se lleva a cabo el Tiempo fuera “time-out”, para verificar la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento para resolver cualquier duda.
- En el Instituto se verifica el procedimiento/ tratamiento correcto, paciente correcto, sitio correcto y cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente; se realiza siempre, independientemente de si es una situación de urgencia, por medio del **“Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos” (S/R SGC)**.
- En el Instituto los procedimientos invasivos que requieren cumplir con el tiempo fuera son los siguientes:

Servicio	Procedimiento
Imagenología	Infiltraciones Intra-articulares Infiltraciones intervertebrales Artrografías Mielografía Toma de Biopsia

Servicio	Procedimiento
Otorrinolaringología	Extracción de Cuerpo Extraño Infiltración intra-timpánica Colocación de tubos de ventilación Toma de Biopsia

Servicio	Procedimiento
Oftalmología	Inyecciones intraoculares Fluor-angiografías

 	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 12 de 17

Servicio	Procedimiento
Ortopedia	Escarificaciones
Consulta Externa de Ortopedia	Infiltraciones Intra-articulares
Urgencias Ortopedia	Reducción de fractura bajo anestesia Reducción de luxación de codo, hombro, patela, cadera Toma de biopsia de músculo Retiro de tornillo de situación Inmovilización de fractura en niños (Callot) Reparación de Polea A 1 por dedo en gatillo Plastía con reparación de punta digital Liberación de 1a. corredera de Quervain, Resección de Quiste sinovial en muñeca

Servicio	Procedimiento
Medicina del Deporte	Infiltraciones Intra-articulares

Servicio	Procedimiento
Clínica del Dolor	Bloqueos

Servicio	Procedimiento
Quemados	Resonancia Neurológica Desbridamientos Terapia de reemplazo renal Toma de Biopsia

Servicio	Procedimiento
Clínica de Catéter	Inserción de Catéter venoso central

META 5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION SANITARIA

El personal del Instituto debe reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria y cumple con el protocolo de Higiene de Manos basado en lineamientos que marca la Organización Mundial de la Salud (OMS), cumple con realizarla en los cinco momentos y aplica las medidas universales para la prevención de infecciones en todas las áreas asistenciales de Rehabilitación, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Medicina del Deporte, Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje, Consulta Externa, Quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico, Quemados y Urgencias.

Objetivo

Prevenir, reducir y valorar el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria mediante la adecuada implementación del protocolo de higiene de las manos.

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 13 de 17

Políticas

- El personal del Instituto conoce y aplica las medidas universales para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.
- La Subdirección de Servicios Generales verifica el suministro continuo de agua en todas las llaves/grifos, y las instalaciones necesarias para llevar a cabo la higiene de las manos.
- La Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de la evaluación de la calidad del agua para llevar a cabo una adecuada higiene de manos.
- El personal responsable de la atención informa 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 utiliza, guantes siempre que se tomen muestras y/o se tenga contacto con secreciones y líquidos corporales sin omitir la higiene de manos antes y después del procedimiento.
- El personal Médico y Paramédico detecta e informa los probables casos de infección nosocomial, a través del **“Formato para Vigilancia Epidemiológica”** (SGC), a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.
- El personal del Instituto realiza la higiene de Manos en los 5 momentos. Según la propuesta de “Los cinco momentos para la higiene de las manos” de la OMS, las indicaciones para la higiene de manos recomendadas por las *Directrices de la OMS para la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria* se integran en cinco momentos esenciales en los que se necesita realizar la higiene de las manos en el curso del proceso asistencial.



	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 14 de 17

- El personal Médico y Paramédico previo y posterior a la atención del paciente realiza la higiene de manos con agua y jabón.
- El personal Médico y Paramédico podrá utilizar gel alcoholado máximo en 4 ocasiones, posterior a lo cual deberá realizar la higiene de manos con agua y jabón.
- El personal Médico y Paramédico conoce y aplica las “Estrategias de aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles” establecidas por la División de Epidemiología del Instituto.
 1. Pacientes con Tarjeta roja
 2. Pacientes con Tarjeta amarilla
 3. Pacientes con Tarjeta verde
 4. Pacientes con Tarjeta azul
 5. Pacientes con Tarjeta gris
- El personal del Instituto debe portar el uniforme de acuerdo a las áreas en que se encuentre asignado. (Uniforme Clínico en Hospitalización y Consulta Externa. Uniforme Quirúrgico Urgencias UCI, Área quirúrgica, Agudos, Subagudos y Unidad de Choque).
- En el Instituto el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), se realiza con base a la **NOM ECOL 087**.
- El personal del Instituto debe proporcionar información a los usuarios sobre el manejo de la basura municipal y los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
- En el Instituto los profesionales de la salud deben proporcionar enseñanza a los usuarios sobre la prevención de infecciones intrahospitalarias.

META 6. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

El personal del Instituto debe valorar el riesgo de caídas desde la evaluación inicial de los pacientes, revalorar el riesgo de acuerdo a los cambios en el estado de los pacientes, reducir el riesgo de caídas y cumplir con el **Protocolo para la Prevención de Caídas en pacientes Hospitalizados (PRT-DQ-02)**, en las áreas asistenciales donde se brinda atención Médica Quirúrgica.

Objetivo

Prevenir y reducir el riesgo caídas de los pacientes hospitalizados.

Políticas:

- El personal del Instituto debe cumplir con el **Protocolo de Riesgo de Caídas en Pacientes Hospitalizados (PRT-DQ-02)**.
- El personal médico y paramédico del Instituto debe realizar la valoración inicial de riesgo de caídas mediante la escala de “Valoración del grado de riesgo de caídas en el paciente hospitalizado” según Protocolo **PR-DQ-02**.

 	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 15 de 17

- El personal de salud Identifica y registra los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria (condiciones físicas, mentales, emocionales, estado postoperatorio, ayuno, reposo prolongado, caídas previas, edad, etc., todo, según **Protocolo PR-DQ-02**
- El personal de salud en el Instituto, reevalúa al paciente sobre el riesgo de caídas en los cambios de turno, en los cambios de área o servicio y/o cada cambio en el estado fisiológico del paciente.
- En el Instituto se utilizan pulseras de colores para valorar, revalorar y determinar el riesgo de caídas (Roja riesgo Alto de 4 – 10 puntos, Amarilla mediano riesgo de 2 – 3 puntos, Verde bajo riesgo de 0 – 1 punto).
- El Personal del Instituto debe promover entre los usuarios y familiares las medidas de prevención de caídas, así como el sistema de valoración y revaloración de riesgo de caídas.
- El Profesional Médico y Paramédico realiza el registro de la valoración y revaloración del riesgo de caídas, con el indicador de valoración, en sus respectivos registros clínicos, así como las acciones realizadas a los pacientes desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria según el **Protocolo PR-DQ-02**.
- El personal de salud utiliza diferentes medios de comunicación (visual, verbal y escrita para informar al 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.
- Utilizará los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas de acuerdo a las condiciones específicas del paciente que aseguren la protección de su integridad.
- El personal del Instituto debe vigilar que las instalaciones se encuentren libres de líquidos, ceras y objetos que pongan en riesgo la seguridad de los usuarios.
- El personal del Instituto debe supervisar la seguridad del usuario durante la movilización, traslado interno y pasajes en camilla, sillas de ruedas, grúas, cama, baño etc.
- El personal del Instituto aplica medidas para la prevención de caídas:
 1. Comprobar que los barandales de la cama estén elevados
 2. Verificar que el freno de la cama está puesto
 3. Mantener la cama en el nivel más bajo
 4. Mantener alguna iluminación nocturna
 5. Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda, bastones, andadera etc.
 6. Retirar todo el material que pueda ocasionar caídas: mobiliario, cables, líquidos.
 7. Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
 8. Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
 9. Mantener al paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si presenta algún mareo.
 10. Sentar al paciente en un sillón apropiado.
 11. Aplicar medidas de contención mecánica si precisa (**MOP SEN -01**).

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 16 de 17

- El personal de salud registra, desarrolla e implementa estrategias para el control y seguimiento de la frecuencia e incidencia de caídas en la hoja de **Registro de Eventos Adversos** del Instituto.
- El personal de salud documenta los hechos relacionados con la prevención de caídas, así como las intervenciones y resultados obtenidos con el plan terapéutico establecido.
- El personal de salud reporta las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.

4. Glosario

Atención en Salud

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Barrera de Seguridad

Acción o circunstancia que reduce la posibilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Cinco Momentos

Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones asociadas a la atención en salud (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente.).

Cirugía Segura

Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

Contención mecánica

Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama en un paciente que lo precise para tratar de garantizar la seguridad del mismo o de los demás.

Daño asociado a la Atención Sanitaria

Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente.

Incidente

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Riesgo

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Seguridad

Ausencia de riesgos

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 17 de 17

Seguridad del paciente

Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (Agency of Healthcare and research de los EEUU).

5. Control de Cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Alta en el Sistema de Gestión de Calidad	JUL 14
01	Modificación del Documento	JUN 15
02	Actualización del documento	DIC 16