

**RECOMENDACIONES:
LINEAMIENTOS GENERALES
PARA EL CUIDADO DE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

RECOMENDACIONES:
LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DIRECCIÓN GENERAL DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

© Copyright
Secretaría de Salud
Calle Lieja número 7, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F., teléfono 52 (55) 5062-1600,
www.salud.gob.mx.

1a Edición, Octubre 2016

ISBN 978-607-460-547-1

La presente publicación fue realizada a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
Calle Mitla número 250, esquina Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8, colonia Vértiz Narvarte, delegación Benito Juárez, C.P.
03020, Tels. 52 (55) 5420-7103, www.gob.mx/conamed

DIRECTORIO DE LA SECRETARIA DE SALUD

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Julio Salvador Sánchez y Tepóz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Mtro. Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

DIRECTORIO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Subcomisionado Médico

Lic. Marco A. de Stéfano S.
Subcomisionado Jurídico

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés
Directora General de Orientación y Gestión

Dra. Carina Gómez Fröde
Directora General de Arbitraje

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General de Difusión e Investigación

Lic. Raymunda Guadalupe Maldonado Vera
Directora General de Administración

AUTORES

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

I. INTRODUCCIÓN

Las unidades médicas hospitalarias son sistemas complejos, donde interactúan un número muy importante de trabajadores de la salud, pacientes, sus familiares, proveedores y visitantes. La mayoría de los personajes de este sistema complejo interactúan en forma autónoma, con sus propias directrices, en razón a la función que desempeñan o los propósitos que los conducen a ese sitio.

Sin embargo, los pacientes son conducidos a diferentes lugares, a veces inconscientes o sin posibilidad de comunicarse, en función de los requerimientos del proceso de atención y con base en indicaciones generadas habitualmente por sus médicos y ejecutadas por el personal de salud. Esta situación lleva implícito el riesgo de que existan confusiones diversas, desde que el enfermo sea conducido al sitio equivocado, se le practique un procedimiento que no le corresponde o en el sitio incorrecto del cuerpo; que no se identifique en qué cama estaba ubicado, la elaboración del censo diario del servicio, el control de disponibilidad de camas, la práctica de la cirugía incorrecta al paciente que no la requiere, hasta una caída accidental de la camilla.

Para el diseño de estos lineamientos se tomaron en cuenta los problemas prioritarios de seguridad, propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes¹ que incluyen: medicamentos de aspecto o nombres parecidos, identificación correcta y comunicación durante la entrega de pacientes, realización *correcta* del procedimiento *correcto* en la persona y lugar del cuerpo *correctos*, control de soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), a través del trabajo: "Análisis crítico de las Quejas"², identificamos como sus causas raíz: falta de seguridad en el traslado de pacientes, omisión del lavado de manos, omisión de la identificación correcta del paciente, omisión de los procedimientos normados para la atención segura, integración deficiente u omisión en la integración del expediente clínico, información insuficiente al enfermo y sus familiares, quienes suelen desconocer la identidad del médico tratante y el reglamento del hospital, falta de información al médico sobre las alergias o reacciones adversas por medicamentos o transfusiones y falta de un sitio en el hospital, dónde recibir información, en caso de dudas o inconformidades.

En junio de 2008, la *World Alliance for Patient Safety* de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), se dirigió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, solicitándole su aval para el lanzamiento en junio de 2008, en Washington D. C. ante la Directora General de la O.M.S., de una campaña denominada: "*Las prácticas quirúrgicas seguras, salvan vidas*"³.

Los objetivos de esta campaña son:

- Hacer que las instituciones de atención médica, reconozcan con mayor claridad, que mejorar la atención quirúrgica es esencial para la salud pública.
- Elaborar una lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras de la O.M.S. para uso en todos los quirófanos del mundo, para velar que los pacientes sean sometidos a la intervención correcta, en el sitio correcto y usando anestesia segura, medidas eficaces de prevención de las infecciones y un trabajo en equipo eficiente.
- Definir una serie de medidas básicas, denominadas "*Estadísticas vitales quirúrgicas*", que permitan realizar un mejor seguimiento del volumen de intervenciones quirúrgicas y la mortalidad conexas.
- Fomentar el lavado de manos.

Fundamentan esta solicitud de apoyo, en cifras que indican la magnitud del problema, como:

- Dado que el vehículo de transmisión de microorganismos más importante en las instituciones que brindan cuidados para la salud a pacientes hospitalizados, está constituido por las manos del personal de salud, manos en las que se encuentran los microorganismos pueden formar parte de la flora residente y/o flora transitoria, tocar al paciente con manos limpias, es la forma más sencilla y eficaz que todos tenemos para evitar la propagación de las infecciones que se transmiten a través del contacto.
- En el mundo se realizan alrededor de 230 millones de operaciones de cirugía mayor al año, equivalentes a 1 por cada 25 personas.
- El número de intervenciones quirúrgicas, casi duplica el número de partos, aunque el riesgo que entrañan es mucho mayor.
- La tasa de complicaciones graves varía entre 3% y 16% y la tasa de mortalidad entre 0.2% y 10%.
- Las intervenciones quirúrgicas producen al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes y un millón de defunciones al año. La mitad de estas complicaciones podría haberse evitado, si se aplicaran de manera sistemática las normas básicas de atención, tanto en los países ricos como en los pobres.

Como resultado de esta reunión, la O. M. S. editó y difundió el documento: *Surgical Safety Checklist (First Edition)*, en el que se indican los puntos que deben ser verificados antes de la inducción de la anestesia (diez puntos), antes de la incisión en la piel (nueve puntos) y antes de que el paciente salga de la sala de operaciones (cinco puntos)⁴.

Según la OMS, más de 1,4 millones de personas han contraído infecciones derivadas de la prestación de servicios médicos en los hospitales del mundo, y entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales de países con economías desarrolladas o de primer mundo; contraerán una o más infecciones; a diferencia de países en vías de desarrollo en donde el riesgo de contraer una infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor.

En el análisis de las causas de los eventos adversos en razón de su gravedad, aparecen en un lugar relevante de la escala, problemas cuya raíz es una identificación incorrecta del paciente, situación que puede llevar a situaciones tan graves como la administración de un medicamento que no le corresponda, potencialmente dañino o letal; la práctica de un estudio que no requiera, con sus posibles riesgos, hasta la realización de una cirugía no necesaria, con el riesgo quirúrgico inherente y una posible mutilación injustificada.

Se han utilizado diferentes procedimientos para garantizar una identificación adecuada del paciente, en general todos buenos, aunque algunos más seguros que otros, desde pasar lista diariamente, colocar identificación con tela adhesiva en la muñeca o el pecho del paciente; gafetes de identificación sobre la ropa hospitalaria, rotulación legible en la carátula del expediente clínico, tarjeta de identificación en la cabecera de la cama y una pulsera con los datos del paciente mecanografiados en una tarjeta inserta. Probablemente en un futuro próximo, la identificación con códigos de barras, huellas digitales o imagen retiniana será una realidad.

En general cualquier procedimiento de identificación será tan bueno o tan malo, como sea la planeación del proceso, la disponibilidad de los recursos necesarios, la información extensiva a todos los personajes que deban participar en él, el compromiso de quienes deban participar y la supervisión minuciosa de su cumplimiento.

Como causas de eventos adversos, también relevantes tanto por su gravedad como por su frecuencia, aparecen las infecciones adquiridas en el hospital, asociadas al incumplimiento del lavado de manos, antes y después de atender a un paciente; las caídas accidentales, las úlceras por presión; la prescripción y administración incorrecta de medicamentos, especialmente los que tienen un nombre o presentación similares y las soluciones hipertónicas; aplicación deficiente de las medidas de seguridad, eventos asociados a incompetencia, falta de recursos y de normatividad o incumplimiento de las normas vigentes y supervisión deficiente.

Estos lineamientos tienen como propósito informar a los actores que intervienen en la atención del paciente y a los responsables de la aplicación de las medidas de seguridad, sobre las actividades que deben cumplir, para llevarlo a buen fin.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos secundarios

- a) Asegurar la identificación correcta del paciente, antes de la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- b) Prevenir los eventos adversos a través de la aplicación de las medidas de seguridad al paciente.
- c) Contribuir a disminuir las quejas y demandas por mala práctica del personal de salud.
- d) Asegurar un buen lavado de manos antes de la manipulación del paciente.
- e) Contribuir a reducir las posibles consecuencias derivadas de los errores en la utilización de medicamentos de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante la revisión de la bibliografía al respecto, se identificaron los principales motivos de queja,^{2,5-7} los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia,^{8,9} sus causas raíz^{10,11} y los procedimientos recomendados para su prevención, tanto a nivel nacional como internacional.^{1,12,13}

A partir de la información obtenida se proponen los lineamientos a seguir para prevenir los eventos adversos, tomando como guía, los registros necesarios para la correcta identificación del paciente en su tránsito por los diferentes servicios del hospital y el cumplimiento de la normatividad vigente.

En una primera parte se describen las funciones que deben ser cumplidas para el adecuado registro del paciente y la prevención de eventos adversos, incluyendo: recepción, proceso de atención, traslado, práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, apertura de expediente, cirugía, anestesia, egreso y contrarreferencia.

En una segunda parte, se presentan cuadros en que se indica el número de la actividad, la función a desempeñar, la descripción de la actividad y el responsable de llevarla a cabo, todo esto en los tres grandes procesos: atención de urgencia, hospitalización y cirugía (Anexos 1, 2 y 3). En consulta externa la seguridad del paciente radica en la identificación correcta, los registros en el expediente clínico, conforme a la Norma Oficial Mexicana vigente, la prescripción adecuada y la prevención de caídas, que han quedado descritas en el resto de los procesos.

FUNCIONES QUE REQUIEREN DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

Dentro de los Procedimientos para garantizar la seguridad del paciente en las Unidades Médicas Hospitalarias, existen funciones bien identificadas que deben ser cumplidas en las diferentes actividades del proceso de atención médica, quirúrgica o la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

FUNCIÓN DE RECEPCIÓN

Dentro de la función de recepción, deben distinguirse dos procedimientos diferentes: el primero, cuando el paciente se presenta a la unidad, en forma espontánea y el segundo, cuando es enviado por otra unidad médica. En los casos en que el paciente no esté en condición de proporcionar su nombre, niños pequeños y ancianos mayores, la información se solicitará al familiar más cercano que los acompañe. Para facilitar la descripción de los procedimientos, la referencia al paciente se hace en género masculino, dando por entendido que corresponde a ambos géneros.

1. Paciente que acude en forma espontánea:

- a) El personal que lo recibe se presenta con él por nombre y apellidos y pregunta ¿qué se le ofrece?
- b) Atiende su solicitud, le pregunta su nombre y le solicita su identificación oficial o en su caso, su credencial de derechohabiente.
- c) Verifica que la persona registrada en la identificación o credencial, corresponda a la misma persona que solicita el servicio y que su nombre coincida.
- d) Registra el nombre del paciente en el libro o formato correspondiente y elabora los documentos del expediente clínico requeridos, para iniciar el proceso de atención y la pulsera de identificación con su nombre y número de registro.
- e) Informa al personal de salud sobre la presencia del paciente y en el momento oportuno, lo pasa para recibir atención.
- f) En casos de urgencia pasa al paciente de inmediato, informa al personal de salud y después realiza los registros requeridos.

2. Paciente que es referido por otra unidad médica:

- a) El personal que lo recibe se presenta con él por nombre y apellidos y pregunta ¿qué se le ofrece?

- b) Atiende su solicitud, le pregunta su nombre y le solicita su formato de envío, identificación oficial o en su caso su credencial de afiliación.
- c) Verifica que la persona registrada en la identificación, corresponda a la misma persona que se presenta con formato de envío.
- d) Registra el nombre del paciente en el libro o formato correspondiente y elabora los documentos del expediente clínico, requeridos para iniciar el proceso de atención y la pulsera de identificación, con su nombre y número de registro.
- e) Informa al personal de salud sobre la presencia del paciente y en el momento oportuno lo pasa para recibir atención.
- f) En casos de pacientes graves pasa al paciente de inmediato, informa al personal de salud y después realiza los registros requeridos.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1. La enfermera encargada de recibir al paciente se presenta con él por nombre y apellidos y le informa la atención que se le otorgará. En caso de gravedad, llama de inmediato al médico.
2. Le pregunta su nombre y verifica su congruencia con el documento para registrar la atención o expediente clínico y pulsera de identificación.
3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
5. Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes e informa al médico de la presencia del paciente.
6. El médico encargado de atender al paciente, lo recibe y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa sobre la atención que le otorgará.
7. Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con la pulsera de identificación y con los documentos del expediente clínico.
8. Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.
9. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
10. Otorga la atención médica requerida, hace los registros correspondientes y en su caso indica y justifica la práctica de una intervención médica o quirúrgica urgente y/o los estudios de laboratorio y gabinete requeridos.
11. Elabora solicitudes de interconsulta al especialista correspondiente y/o las de los estudios de laboratorio y gabinete requeridos, verificando la anotación correcta del nombre y número de registro, conforme al expediente clínico, pulsera de identificación y tarjeta sobre la cabecera de la cama.
12. Solicita al paciente su consentimiento, previa información, para la práctica de los procedimientos en que se requiera.
13. El especialista valora la indicación de intervención médica o quirúrgica urgente. En caso de aceptarla, solicita al paciente su consentimiento bajo información y solicita sala de operaciones o las instalaciones e insumos necesarios.
14. Solicita el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos o para cirugía.
15. Al regreso del paciente de la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, verifica que los informes correspondan al mismo paciente, evalúa los resultados y decide el egreso del paciente del Servicio de Urgencias o su hospitalización, elabora la nota de alta o emite orden de hospitalización, con los datos del paciente, previamente verificados.

16. Previene, identifica e informa, sobre los eventos adversos ocurridos en los pacientes a su cargo.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN EN SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1. El personal de recepción del servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento, recibe al paciente, se presenta con él por nombre y apellidos y le informa acerca del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le practicará.
2. Le pregunta su nombre, lo coteja con la solicitud de servicios, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico o documentos médicos.
3. Informa al médico o técnico que realizará el procedimiento diagnóstico o terapéutico, de la presencia del paciente y le entrega sus documentos.
4. El médico o personal técnico de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, recibe al paciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa acerca del estudio que le practicará y verifica que en los casos que se requiera, cuente con el documento de consentimiento informado y en caso de no tenerlo, se lo solicita.
5. Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con la pulsera de identificación y con los documentos del expediente clínico.
6. Aplica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.
7. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
8. Realiza el procedimiento diagnóstico o terapéutico solicitado y regresa al paciente con su médico.
9. El médico tratante decide el egreso del paciente del Servicio de Urgencias o su ingreso a hospitalización. Elabora nota de alta o de ingreso en el expediente clínico, emite orden de hospitalización, con los datos del paciente, previamente cotejados.

FUNCIÓN DE TRASLADO

La función de traslado está a cargo del personal de camillería o intendencia; sin embargo, es importante que cuente con capacitación para ello y conozca los manuales de procedimientos correspondientes.

1. El personal responsable del traslado de pacientes recibe la orden de traslado y se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que lo trasladará al lugar indicado.
2. Le pregunta su nombre, verifica que corresponda con la solicitud de traslado o con el estudio programado, con la pulsera del paciente, con los documentos del expediente clínico y en caso de tratarse de un paciente hospitalizado, con la tarjeta de identificación de la cabecera de su cama.
3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Realiza el traslado, asegurándose de que el paciente vaya cómodamente sentado en una silla de ruedas, con los pies debidamente apoyados y correctamente sujeto y en caso de una camilla, cómodamente acostado, con barandales, piecera y cabecera correctamente colocadas y debidamente sujeto.
5. Al llegar al servicio correspondiente, lo informa al personal encargado de recibirlo y no se retira hasta que éste acuda, le indica el nombre del paciente y le entrega la solicitud y los documentos correspondientes del expediente clínico.

FUNCIÓN DE APERTURA DE EXPEDIENTE

La función de apertura de expediente se requiere en dos situaciones bien definidas: pacientes que recibieron atención en el Servicio de Urgencias o Admisión Continua y que después de haber recibido la atención médica en ese Servicio, se determina la necesidad de su hospitalización y por otra parte pacientes que son enviados por primera vez por la unidad médica de referencia, para ser atendidos a través del Servicio de Consulta Externa.

1. En caso de que el paciente sea referido con una orden de hospitalización, por el Servicio de Consulta Externa, Urgencias o Admisión Hospitalaria:
 - a) El personal se presenta con él por nombre y apellidos y le informa los trámites que realizará.
 - b) El personal le pregunta su nombre, verifica que corresponda con el de su pulsera de identificación y con los documentos del expediente clínico.
 - c) Registra al paciente en el libro o formato correspondiente, integra el expediente clínico completo.
 - d) Elabora la tarjeta de identificación para la cabecera de la cama del paciente que incluya: nombre, apellidos y forma como le agrada al paciente que se dirijan a él, número de afiliación o registro, grupo sanguíneo y Rh, alergias conocidas, género y edad.
 - e) Asigna cama y solicita el traslado del paciente.

2. Cuando el paciente acude al Servicio de Consulta Externa, enviado por la unidad médica de referencia:
 - a) El personal se presenta con él por nombre y apellidos y le informa los trámites que realizará.
 - b) Le pregunta su nombre, le solicita una identificación oficial o la credencial de afiliación y verifica que correspondan con las características del paciente y con el que se encuentra registrado en la forma de envío u orden de ingreso.
 - c) Registra al paciente en el libro o formato correspondiente, integra el expediente clínico completo y elabora tarjeta de citas para el Servicio de Consulta Externa.
 - d) Concerta cita en el Servicio de Consulta Externa, la anota en el Carnet de Citas y lo entrega al paciente.

3. Cuando el paciente externo acude con orden de hospitalización de la propia unidad médica:
 - a) El personal se presenta con él por nombre y apellidos y le informa los trámites que realizará.
 - b) Le pregunta su nombre, le solicita una identificación oficial o la credencial de afiliación y verifica que correspondan con el que se encuentra registrado en la orden de hospitalización y en el expediente clínico.
 - c) Registra al paciente en el libro o formato correspondiente, elabora pulsera y tarjeta de identificación para la cabecera de la cama del paciente que incluya: nombre, apellidos y forma como le agrada al paciente que se dirijan a él, número de afiliación o registro, grupo sanguíneo y Rh, alergias graves conocidas, género y edad.
 - d) Asigna cama y solicita el traslado del paciente o lo acompaña y lo entrega con la enfermera de hospitalización.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

La enfermera del área de hospitalización recibe al paciente procedente del Servicio de Urgencias, del Quirófano o del Área de Admisión Hospitalaria:

1. Acude a recibir al paciente, se presenta con él por nombre y apellido y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él. En caso de urgencia avisa de inmediato al médico.
2. Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el de su pulsera de identificación, con el expediente clínico y, en caso de pacientes previamente hospitalizados, con la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.
3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
5. Otorga la atención de enfermería para evaluar las condiciones en que llega el paciente.
6. Revisa las indicaciones médicas de ingreso y procede a cumplirlas.
7. Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes en el expediente clínico.
8. Informa al médico la llegada del paciente.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

El médico del área de hospitalización responsable del paciente o que se encuentre de guardia según el caso, se hace cargo de la atención del paciente, a través de las siguientes actividades:

1. Acude a la cama donde se encuentra hospitalizado el paciente de ingreso reciente, se presenta con él por nombre y apellido y le informa si es el médico de guardia o su médico tratante según el caso.
2. Verifica que cuenta con expediente clínico.
3. Pregunta su nombre al paciente y verifica que corresponda con el registrado en la pulsera de identificación, en la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama y con el expediente clínico.
4. Verifica que la tarjeta de identificación a la cabecera de la cama se encuentre en su lugar y que contenga nombre, apellido, forma como le agrada al paciente que se dirijan a él, número de afiliación en su caso, edad y género, grupo y Rh y alergias graves conocidas.
5. Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.
6. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
7. Otorga la atención médica de su competencia y realiza los registros correspondientes en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente y verifica que todos los registros sean completos conforme a la Norma Oficial Mexicana.
8. Indica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos o quirúrgicos que se requieran y verifica que éstos se realicen.
9. Una vez realizados los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, el médico de hospitalización recibe al paciente y los informes de los procedimientos realizados, verificando que correspondan al paciente, conforme a pulsera de identificación y documentos del expediente clínico. Analiza los resultados y determina la conducta a seguir.
10. Decide la permanencia del paciente en hospitalización, para continuar con el programa de estudio y tratamiento, solicita interconsulta a cirugía o elabora solicitud de programación de intervención quirúrgica al quirófano o determina el egreso del paciente.

11. El cirujano en hospitalización evalúa al paciente del que se le solicitó interconsulta y acepta o no la indicación de cirugía y en su caso, programa su realización de común acuerdo con el médico tratante, el paciente y su familia. En su caso solicita el consentimiento informado.
12. Especialmente en los casos en que la cirugía pueda ser practicada en ambos lados del cuerpo, registra el lado correcto por operar, indicado en el expediente clínico, en su diagnóstico y en la solicitud de programación quirúrgica y preferentemente con marca de tinta en la piel.
13. Indica en la hoja de órdenes médicas: cuidados generales del paciente, medidas de seguridad y prescribe medicamentos, conforme a la normatividad vigente.
14. Previene, identifica e informa a las instancias correspondientes, sobre las infecciones hospitalarias ocurridas en los pacientes a su cargo.
15. Previene, identifica e informa a las instancias correspondientes, sobre los eventos adversos ocurridos en los pacientes a su cargo.
16. En caso de haber determinado el egreso del paciente, elabora la nota de egreso, indica citas en consulta externa, prescribe recetas y le informa al paciente sobre los medicamentos y cuidados que debe tener.
17. Entrega la hoja de órdenes médicas a la enfermera encargada del paciente.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

La enfermera encargada del paciente, realiza los procedimientos de enfermería conforme a la normatividad vigente:

1. Revisa las órdenes médicas y en caso de dudas, las aclara con el médico.
2. Se presenta con el paciente y lo saluda en la forma que a éste le agrada que se dirijan a él.
3. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
4. Realiza los cuidados de enfermería indicados.
5. Prepara medicamentos conforme a la normatividad vigente, verificando el nombre del paciente, con las órdenes médicas y con el expediente clínico.
6. Antes de administrar los medicamentos, pregunta su nombre y verifica que corresponda con las órdenes médicas, con la pulsera de identificación y con la tarjeta a la cabecera de la cama.
7. Verifica antes de la administración, que en la tarjeta de la cabecera de la cama no esté indicada alergia al medicamento que va a administrar y le informa al paciente cuál medicamento le va a administrar y le pregunta si no es alérgico.
8. Administra medicamentos conforme a la normatividad vigente.
9. Evalúa la aceptación del paciente a los medicamentos y posibles manifestaciones de intolerancia, toxicidad o alergias de los medicamentos administrados. En caso de presentarse, los informa al médico como evento adverso y los registra en el expediente clínico.
10. Aplica las medidas de seguridad para el paciente:
 - a) Coloca barandales y verifica que la piecera y la cabecera estén correctamente instaladas.
 - b) Aplica los procedimientos de enfermería para la prevención de úlceras por presión.
 - c) Auxilia al paciente para subir y descender de la cama.
 - d) Acompaña al paciente al retrete y para tomar su baño, cuando lo requiera y lo auxilia para prevenir caídas.

- e) Cuando va a administrar sangre o sus productos, verifica que ésta haya sido tipificada específicamente para el paciente, que tenga su nombre en la tarjeta que indica el nombre del paciente a quien se le deba administrar y verifica su congruencia: con el nombre que el paciente manifiesta como suyo, con la pulsera de identificación, con la tarjeta a la cabecera de la cama, con las órdenes médicas y con el expediente clínico.
- f) Cumple con los procedimientos específicos normados para la instalación de venoclisis, catéteres endovenosos, catéteres vesicales y aspiración de secreciones endotraqueales o de traqueostomía.
- g) Cumple y verifica que se cumplan los procedimientos normados para la “asepsia” de heridas quirúrgicas y aspiración de secreciones orotraqueales.
- h) Realiza aseo de la cavidad oral para prevenir procesos infecciosos de vías respiratorias altas.
- 11. Realiza los registros de su competencia en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
- 12. Conforme a las órdenes médicas, solicita el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 13. En la entrega de turno, presenta a las enfermeras del siguiente turno por nombre y apellido, y les informa sobre el paciente, empezando por su nombre y apellido, haciendo énfasis en la congruencia con la pulsera de identificación, la tarjeta a la cabecera de la cama y las órdenes médicas.
- 14. La enfermera del siguiente turno se presenta con el paciente por nombre y apellidos, se dirige a él en la forma que a éste le agrada y le informa que estará a su cargo.

FUNCION ATENCION QUIRURGICA Y ANESTESICA

En los casos en que como resultado del proceso de atención médica, se determine la necesidad de una intervención quirúrgica:

1. Se solicita al quirófano la asignación de tiempo quirúrgico:
 - a) En casos de urgencia, se solicita la disponibilidad de una sala de operaciones, de inmediato o a la mayor brevedad posible.
 - b) En casos que requieran cirugía programada, se hace la solicitud correspondiente para su programación en las fechas que mejor convengan al médico y al paciente.
 - c) Conforme al horario y a la fecha programada, se solicita el traslado del paciente al área de quirófano.
2. El personal de recepción del quirófano recibe al paciente, le pregunta su nombre, verifica que corresponda con el registrado en el programa quirúrgico, en la pulsera de identificación y en el expediente clínico y solicita su traslado a la sala de operaciones correspondiente.
3. El personal de enfermería de la sala de operaciones:
 - a) Acude a recibir al paciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él en la sala de operaciones.
 - b) Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el registrado en el expediente clínico, en la pulsera de identificación y en el programa de cirugía de la sala de operaciones.
 - c) Aplica las medidas de seguridad del paciente.
 - d) Se lava las manos antes de iniciar los procedimientos de enfermería para la atención del paciente.

- e) Verifica que la cirugía registrada en el programa, corresponda con la que se indica en el expediente clínico, así como con el cirujano que está registrado para llevarla a cabo.
 - f) Verifica que se cuente con el instrumental y con el material requerido para la cirugía y que éstos se encuentren debidamente esterilizados. Se cerciora de que los testigos de esterilización estén presentes y acrediten la esterilidad del material e instrumental.
 - g) Es responsable de verificar que se haya cumplido con los procedimientos para garantizar la esterilidad de la sala de operaciones y del aire que se inyecta al quirófano, en cuanto a la realización de cultivos periódicos y cambio de filtros absolutos de los ductos de aire acondicionado.
 - h) Es responsable de verificar que no se encuentren frascos de medicamentos abiertos previamente, para ser utilizados.
 - i) Informa al cirujano y al anestesiólogo de la presencia del paciente y que todo está correctamente dispuesto para iniciar la cirugía.
4. El cirujano y el anestesiólogo acuden a recibir al paciente y se presentan con él por nombre, apellidos y cargo, le preguntan su nombre y verifican que corresponda con la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con la cirugía programada y le informan que practicarán la cirugía y la anestesia respectivamente.
5. El cirujano:
- a) Verifica que se cuente con los estudios previos necesarios y el material quirúrgico requerido.
 - b) Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente. Especialmente en los casos en que la cirugía pueda ser practicada en cualquiera de los dos lados del cuerpo, revisa el expediente clínico y se cerciora que el lado a operar está debidamente identificado y preferentemente con marca de tinta en la piel.
 - c) En caso de que se espere un sangrado mayor de 500 ml., verifica que la sangre requerida esté disponible y que corresponda al paciente, cotejando con el expediente clínico y la pulsera de identificación.
 - d) Si se indicó antibiótico profiláctico, verificar que se hubiera administrado dentro de los 60 minutos previos.
 - e) Realiza un lavado prequirúrgico escrupuloso de manos conforme a la normatividad vigente.
 - f) Coloca la vestimenta quirúrgica, con especial atención a evitar la contaminación.
6. El anestesiólogo que realizará el procedimiento anestésico:
- a) Verifica que el paciente cuente con valoración preanestésica y que esté registrada en el expediente clínico.
 - b) Verifica que los equipos de anestesia y oximetría funcionen correctamente y que los gases requeridos para la cirugía estén debidamente conectados incluyendo: anestésicos, oxígeno y aire a presión, así como la aspiración, etc.
 - c) Verifica nuevamente que el nombre del paciente corresponda con el registrado en el programa quirúrgico, en la pulsera de identificación y con el expediente clínico.
 - d) Aplica las medidas de seguridad del paciente de su competencia.
 - e) Verifica que la cirugía que se realizará y el cirujano que la llevará a cabo, correspondan con los que se encuentran en el programa quirúrgico y con los que están registrados en el expediente clínico.
 - f) Se lava las manos antes de otorgar la atención.
 - g) Inicia el procedimiento anestésico.

7. El cirujano realiza el procedimiento quirúrgico, conforme a los conocimientos, habilidades y normatividad vigentes, privilegiando el beneficio, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.
8. Próximo a la conclusión de la cirugía, el cirujano indica el conteo de instrumental, material quirúrgico y gasas.
9. El personal de enfermería verifica la cuenta completa del instrumental, material quirúrgico y gasas, lo informa al cirujano y lo registra en el expediente clínico, así como las incidencias durante el proceso quirúrgico.
10. El cirujano no da por concluida la cirugía hasta que la cuenta de material e instrumental estén completas y registradas como completas en el expediente clínico.

FUNCIÓN ATENCIÓN POSTQUIRÚRGICA

Una vez concluida la cirugía:

1. El cirujano registra el procedimiento quirúrgico en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente. Registra la prescripción y cuidados postoperatorios requeridos.
2. El anestesiólogo procede a la reversión anestésica y no se ausenta de la presencia del paciente hasta la reversión completa y segura, con estabilidad de signos vitales y nivel de conciencia normal.
3. Registra el procedimiento anestésico en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
4. Entrega personalmente al paciente a la enfermera de recuperación con instrucciones y prescripción por escrito en el expediente clínico.

FUNCIÓN DE RECUPERACIÓN

1. La enfermera de recuperación recibe del anestesiólogo al paciente procedente de la sala de operaciones:
 - a) Acude a recibir al paciente procedente de la sala de operaciones, se presenta con él por nombre y apellido y le informa que es la enfermera que se encargará de sus cuidados en recuperación.
 - b) Le pregunta al paciente su nombre, debiendo estar suficientemente conciente para decirlo correctamente.
 - c) Verifica que el nombre del paciente corresponda con el de la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con el programa de cirugía.
 - d) Aplica las medidas de seguridad del paciente.
 - e) Se lava las manos antes de otorgar la atención.
 - f) Verifica el nivel de conciencia y signos vitales al recibir al paciente.
 - g) En caso de anomalías, lo comunica al anestesiólogo y le solicita que no se ausente hasta que el paciente esté estable y seguro.
 - h) Revisa las indicaciones del cirujano y del anestesiólogo en el expediente clínico y les da cumplimiento.
 - i) Conforme a la normatividad vigente, solicita al anestesiólogo el alta del paciente para ser trasladado a su cama de hospitalización o cuidados intensivos, según el caso.

- j) Solicita el traslado del paciente y lo entrega para su traslado, conforme a la normatividad vigente.

En el Anexo 4 se describen los puntos a verificar de la “Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (“Surgical Safety Checklist”) de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”.

FUNCIÓN DE EGRESO

1. El personal de trabajo social o asistente médica del departamento de admisión, reciben indicación de egreso de un paciente hospitalizado y acuden a entrevistarlo.
2. Se presentan con el paciente por nombre y apellidos y le informan que tramitarán su egreso.
3. Le preguntan su nombre y verifican su congruencia con la solicitud de egreso, con la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con la tarjeta sobre la cabecera de la cama.
4. Verifican que el expediente clínico esté correctamente integrado, con nota de egreso y registros normados y lo recogen para entregarlo al archivo clínico.
5. Registran el egreso, retiran la pulsera de identificación y la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.
6. Verifican que el paciente cuente con indicaciones del médico, recetas, citas en caso de requerirlas y las entregan al paciente o familiar, concertadas y registradas en el Carnet de Citas correspondiente.
7. Cuando se trate de un minusválido, un anciano, un menor de edad y particularmente de un recién nacido, se debe verificar con seguridad absoluta, su identidad y de su familiar antes de entregarlos, recabando firma de recibido por el familiar responsable.

FUNCIÓN DE CONTRARREFERENCIA

1. Una vez realizado el procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico, o concluida la atención médica o quirúrgica requeridas, el personal médico realiza las notas correspondientes en los documentos del expediente clínico y da las indicaciones de contrarreferencia, al servicio del propio hospital o a la unidad médica que corresponda y solicita el traslado del paciente.
2. En caso de pacientes hospitalizados en que las indicaciones son para su egreso o traslado a otra unidad médica, el personal del Servicio de Admisión Hospitalaria, recaba el expediente, verifica que esté correctamente integrado, que corresponda con la orden de egreso, con la tarjeta, la pulsera de identificación y el nombre del paciente, le entrega la documentación requerida y solicita el traslado.
3. Cuando se trate de un anciano, de un menor de edad y particularmente de un recién nacido, se debe verificar con absoluta seguridad, la identidad del menor y de su familia antes de entregarlo y recabar firma de recibido.

ANEXO I

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS O ADMISIÓN HOSPITALARIA

Nº	Función	Actividad	Responsable
1	Acceso	Se presentan al Servicio de Urgencias en forma espontánea o enviados por otra Unidad Médica.	Paciente y familiares
2	Recepción de Urgencias	El personal que recibe al paciente y familiares se presenta con ellos por nombre y apellidos y les pregunta: ¿en qué los puede ayudar?	Asistente médica o recepcionista.
3	Recepción de Urgencias	Le pregunta su nombre y le solicita su identificación y la coteja con las características del paciente.	Asistente médica o recepcionista.
4	Recepción de Urgencias	Registra su nombre en libreta o formatos de admisión.	Asistente médica o recepcionista
5	Recepción de Urgencias	Anota el nombre del paciente en el documento donde se registrará la atención que se otorgue o en la apertura de su expediente electrónico.	Asistente médica o recepcionista
6	Recepción de Urgencias	Elabora pulsera de identificación con el nombre y número de registro o afiliación del paciente.	Asistente médica o recepcionista
7	Recepción de Urgencias	En casos de urgencia, pasa al paciente de inmediato.	Asistente médica o recepcionista
8	Recepción de Urgencias	Informa al personal médico y de enfermería acerca de la llegada del paciente y lo pasa al área de atención.	Asistente médica o recepcionista
9	Recepción de Urgencias	Recibe al paciente, se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que lo atenderá en el Servicio de Urgencias.	Enfermera responsable del paciente
10	Atención inicial de enfermería	Le pregunta su nombre y verifica la congruencia del nombre informado, con el documento para registrar la atención o expediente clínico y pulsera de identificación.	Enfermera responsable del paciente
11	Atención inicial de enfermería	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Enfermera responsable del paciente
12	Atención inicial de enfermería	Se lava las manos antes de otorgar la atención al paciente.	Enfermera responsable del paciente
13	Atención inicial de enfermería	Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes e informa al médico de la presencia del paciente.	Enfermera responsable del paciente

N°	Función	Actividad	Responsable
14	Atención médica	Recibe al paciente, se presenta por nombre y apellidos y le informa que será el médico que estará a su cargo.	Médico
15	Atención médica	Le pregunta su nombre y verifica la congruencia del nombre informado, con el expediente clínico y pulsera de identificación.	Médico
16	Atención médica	Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.	Médico
17	Atención médica	Se lava las manos antes de otorgar la atención al paciente.	Médico
18	Atención médica	Otorga la atención médica requerida, hace los registros correspondientes en el expediente clínico y en su caso indica estudios de laboratorio y gabinete.	Médico
19	Atención médica	Elabora solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete, verificando el registro correcto del nombre y número de registro.	Médico
20	Atención médica	Indica intervención quirúrgica urgente y solicita interconsulta con el cirujano.	Médico
21	Atención médica	En caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos con riesgo o de que el cirujano acepte la realización de la cirugía, se le solicita al paciente y familiares, su consentimiento, previa información.	Médico
22	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Recibe al paciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que se le realizará un procedimiento diagnóstico o terapéutico.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
23	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Le pregunta su nombre, lo coteja con la solicitud de servicios, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico o documentos médicos.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
24	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Informa al médico o técnico que realizará el estudio de laboratorio y gabinete.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
25	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	El médico o técnico reciben al paciente, se presentan con él por nombre y apellidos y le informan acerca del estudio que se le practicará y verifican que en los casos en que se requiera, cuente con el consentimiento informado.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
26	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Le pregunta su nombre, lo coteja con la solicitud de servicios, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico o documentos médicos.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento

N°	Función	Actividad	Responsable
27	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Aplica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
28	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Se lava las manos antes de otorgar la atención requerida.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
29	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Realiza el estudio de laboratorio o gabinete y lo regresa con su médico.	Personal de recepción del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
30	Atención Médica	Recibe al paciente y los informes de laboratorio y gabinete, verificando que correspondan al mismo, conforme a pulsera de identificación y documentos del expediente clínico.	Médico
31	Atención Médica	Decide el egreso del paciente del servicio de Urgencias o su hospitalización. Elabora nota de alta o de ingreso y emite orden de hospitalización, con los datos del paciente previamente cotejados.	Médico
32	Atención Médica	Previene, identifica e informa, sobre los eventos adversos ocurridos en los pacientes a su cargo.	Médico
33	Admisión Hospitalaria	Recibe al paciente externo o procedente del Servicio de Urgencias, con orden de hospitalización, se presenta con él por nombre y apellidos y le informa el motivo de su estancia en ese servicio.	Trabajadora Social o Asistente Médica
34	Admisión Hospitalaria	Le pregunta su nombre, le solicita identificación y la coteja con las características personales del paciente, pulsera de identificación y expediente clínico.	Trabajadora Social o Asistente Médica
35	Admisión Hospitalaria	Registra su nombre en libreta o formatos para hospitalización.	Trabajadora Social o Asistente Médica
36	Admisión Hospitalaria	Asigna cama disponible, registra al paciente en la libreta de ingreso de pacientes.	Trabajadora Social o Asistente Médica
37	Admisión Hospitalaria	Elabora tarjeta de identificación del paciente, que contenga: nombre y apellidos, la forma como le agrada al paciente ser llamado, edad y género, grupo y Rh, alergias y nombre de su médico tratante.	Trabajadora Social o Asistente Médica
38	Admisión Hospitalaria	Solicita el traslado o acompaña y entrega al paciente con la enfermera de hospitalización.	Trabajadora Social o Asistente Médica
39	Traslado	Recibe la orden de traslado.	Personal de camillería

N°	Función	Actividad	Responsable
40	Traslado	Se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que se encargará de su traslado a hospitalización.	Personal de camillería
41	Traslado	Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con la orden de traslado, con la pulsera de identificación y con expediente clínico.	Personal de camillería
42	Traslado	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Personal de camillería
43	Traslado	Traslada al paciente al área de hospitalización, quirófano, auxiliares de diagnóstico o tratamiento o cualquier otro que se requiera.	Personal de camillería
44	Traslado	Al llegar al servicio correspondiente, lo informa al personal encargado de recibir al paciente y no se retira hasta que éste acuda y le entrega la documentación correspondiente del paciente.	Personal de camillería

ANEXO II

ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

N°	Función	Actividad	Responsable
1	Atención de enfermería	Acude a recibir al paciente que se está hospitalizando, procedente de los Servicios de Urgencias, Quirófano o Admisión Hospitalaria. En caso de urgencia avisa de inmediato al médico.	Enfermera responsable del paciente
2	Atención de enfermería	Se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que es la enfermera que estará a su cuidado en hospitalización.	Enfermera responsable del paciente
3	Atención de enfermería	Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con los documentos del expediente clínico, pulsera de identificación y en caso de pacientes hospitalizados, con la tarjeta de identificación a la cabecera de la cama.	Enfermera responsable del paciente
4	Atención de enfermería	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Enfermera responsable del paciente
5	Atención de enfermería	Se lava las manos antes de otorgar la atención al paciente.	Enfermera responsable del paciente.
6	Atención de enfermería	Revisa las indicaciones médicas de ingreso y procede a cumplirlas.	Enfermera responsable del paciente.
7	Atención de enfermería	Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes e informa al médico de la presencia del paciente.	Enfermera responsable del paciente.
8	Atención médica	Acude a la cama donde está hospitalizado el paciente de ingreso reciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que es su médico tratante o el médico de guardia.	Médico
9	Atención médica	Verifica que cuente con expediente clínico y que éste tenga registrado el nombre correcto.	Médico
10	Atención médica	Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con la pulsera de identificación, con la tarjeta de identificación en la cabecera de la cama y con el expediente clínico.	Médico

N°	Función	Actividad	Responsable
11	Atención médica	Verifica que la tarjeta de identificación se encuentre colocada sobre la cabecera de la cama, que contenga el nombre, los apellidos y la forma como al paciente le agrada que se dirijan a él, edad y género, número de afiliación y/o registro, grupo sanguíneo y factor Rh, y alergias graves conocidas.	Médico
12	Atención médica	Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.	Médico
13	Atención médica	Se lava las manos antes de otorgar la atención.	Médico
14	Atención médica	Otorga la atención médica requerida.	Médico
15	Atención médica	Hace los registros clínicos y registra las órdenes médicas correspondientes en el expediente clínico y verifica que todos los registros sean completos y conforme a la Norma Oficial Mexicana.	Médico
16	Atención médica	Indica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se requiera.	Médico
17	Atención médica	Elabora solicitudes de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, verificando el registro correcto del nombre y número de registro, conforme a la pulsera de identificación, expediente clínico y tarjeta de identificación de la cabecera de la cama. En caso de requerirse, recaba el consentimiento informado del paciente.	Médico
18	Atención médica	Una vez realizados los procedimientos, recibe al paciente y los reportes de resultados, verifica que correspondan al paciente.	Médico
19	Atención médica	Analiza los resultados y determina la conducta a seguir.	Médico
20	Atención médica	Indica la práctica de los procedimientos quirúrgicos que se requiera y en su caso solicita interconsulta con el cirujano.	Médico
21	Atención médica	El cirujano en hospitalización, evalúa el caso y acepta o no la indicación quirúrgica y en su caso programa su realización, de común acuerdo con el médico tratante, el paciente y su familia.	Cirujano

N°	Función	Actividad	Responsable
22	Atención médica	En los casos en que la cirugía requerida pueda ser en ambos lados del cuerpo, registra el lado correcto a operar en el expediente clínico, en su diagnóstico, en la solicitud de programación quirúrgica y preferentemente lo marca en la piel con tinta.	Cirujano
23	Atención médica	Indica en la hoja de órdenes médicas los cuidados generales que requiera el paciente y prescribe los medicamentos, conforme a la normatividad vigente.	Médico
24	Atención médica	Previene, identifica e informa a las instancias correspondientes, sobre las infecciones hospitalarias ocurridas en los pacientes a su cargo.	Médico
25	Atención médica	Previene, identifica e informa a las instancias correspondientes, sobre los eventos adversos ocurridos a los pacientes a su cargo.	Médico
26	Atención médica	Entrega la hoja de órdenes médicas a la enfermera.	Médico
27	Atención de enfermería	Recibe y revisa las órdenes médicas y en caso de dudas, pregunta al médico.	Enfermera responsable del paciente
28	Atención de enfermería	Se presenta con el paciente con nombre y apellido, llamándolo en la forma que a él le agrada ser llamado y le informa que es la enfermera que estará a su cuidado.	Enfermera responsable del paciente
29	Atención de enfermería	Se lava las manos antes de otorgar la atención al paciente.	Enfermera responsable del paciente
30	Atención de enfermería	Realiza los cuidados de enfermería indicados.	Enfermera responsable del paciente
31	Atención de enfermería	Prepara medicamentos conforme a la normatividad vigente, verificando el nombre del paciente con las órdenes médicas y con el expediente clínico.	Enfermera responsable del paciente
32	Atención de enfermería	Antes de administrar los medicamentos al paciente, le pregunta su nombre, lo verifica y se asegura de que corresponda con las órdenes médicas, con la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con la tarjeta de identificación sobre la cabecera de la cama.	Enfermera responsable del paciente
33	Atención de enfermería	Administra los medicamentos conforme a la normatividad vigente.	Enfermera responsable del paciente

N°	Función	Actividad	Responsable
34	Atención de enfermería	Antes de la administración verifica que en la tarjeta sobre la cabecera de la cama no esté registrada alergia al medicamento que va a administrar, le informa al paciente lo que le va a administrar y repregunta si no ha tenido alergias a él.	Enfermera responsable del paciente
35	Atención de enfermería	Evalúa la aceptación del paciente a los medicamentos administrados y posibles manifestaciones de intolerancia, toxicidad o alergias. En caso de presentarse, lo informa al médico, como probable evento adverso y lo registra en el expediente clínico.	Enfermera responsable del paciente
36	Atención de enfermería	<p>Aplica las medidas de seguridad para el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloca los barandales y verifica que la piecera y cabecera estén correctamente instaladas • Aplica los procedimientos de enfermería para la prevención de úlceras por presión • Auxilia al paciente para subir y descender de la cama • Acompaña al paciente al retrete y lo auxilia para tomar el baño, en los casos que se requiera y lo auxilia para prevenir caídas • Aseo de cavidad oral para prevenir infecciones de vías respiratorias altas • Cuando va a administrar sangre o sus productos, verifica que ésta haya sido tipificada específicamente para el paciente, que tenga su nombre en la tarjeta que indica a quién se debe administrar y verifica su congruencia con el nombre que el paciente manifiesta como propio, con las órdenes médicas, con la pulsera de identificación, con la tarjeta sobre la cabecera de la cama y con el expediente clínico. 	Enfermera responsable del paciente
37	Atención de enfermería	Cumple con los procedimientos de enfermería específicos para la instalación de venoclisis, catéteres endovenosos, sondas vesicales y aspiración de secreciones endotraqueales y de traqueostomía.	Enfermera responsable del paciente
38	Atención de enfermería	Cumple y verifica que se cumplan los procedimientos para el cuidado de las heridas quirúrgicas.	Enfermera responsable del paciente
39	Atención de enfermería	Realiza los registros de enfermería de su competencia en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.	Enfermera responsable del paciente

N°	Función	Actividad	Responsable
40	Atención de enfermería	En la entrega de turno, presenta a las enfermeras del siguiente turno, con el paciente y a éste por nombre y apellido conforme a la pulsera y tarjeta de identificación y expediente clínico, haciendo énfasis en la forma que le agrada ser llamado.	Enfermera responsable del paciente
41	Atención de enfermería	La enfermera del siguiente turno se presenta con el paciente, por nombre y apellidos, dirigiéndose a él en la forma que a él le agrada.	Enfermera responsable del paciente
42	Atención de enfermería	Conforme a las órdenes médicas, solicita el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.	Enfermera responsable del paciente
43	Traslado	Recibe la orden de traslado.	Personal de camillería
44	Traslado	Se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que estará encargado de su traslado.	Personal de camillería
45	Traslado	Le pregunta su nombre al paciente y verifica que corresponda con la orden de traslado, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico.	Personal de camillería
46	Traslado	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Personal de camillería
47	Traslado	Traslada al paciente al servicio indicado para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.	Personal de camillería
48	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Recibe al paciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que se le realizará un procedimiento diagnóstico o terapéutico.	Personal de recepción.
49	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Le pregunta su nombre, lo coteja con la solicitud de servicios, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico o documentos médicos.	Personal de recepción.
50	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Informa al médico o técnico que realizará el procedimiento diagnóstico y terapéutico.	Personal de recepción.
51	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Reciben al paciente y se presentan con él por nombre y apellido.	Médico o Técnico del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
52	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Le preguntan su nombre y verifican su congruencia con la solicitud del procedimiento, con el expediente clínico y con la pulsera de identificación y verifican que cuente con el documento de consentimiento informado, en los casos que lo requiera y le informan sobre el estudio que le van a practicar.	Médico o Técnico del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento

N°	Función	Actividad	Responsable
53	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Indican, aplican y verifican la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.	Médico o Técnico del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
54	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Realizan el procedimiento diagnóstico o terapéutico e indican su traslado de regreso a hospitalización.	Médico o Técnico del Servicio Auxiliar de Diagnóstico o Tratamiento
55	Hospitalización	El médico de hospitalización recibe al paciente y los informes de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, verifica que correspondan al mismo paciente, conforme a pulsera de identificación y documentos del expediente clínico.	Médico
56	Hospitalización	Indica, aplica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del paciente.	Médico
57	Hospitalización	Se lava las manos antes de otorgar la atención al paciente.	Médico
58	Hospitalización	Decide la permanencia del paciente en hospitalización para continuar con el programa de estudio y tratamiento. Solicita interconsulta a cirugía, o elabora solicitud de programación de intervención quirúrgica al quirófano.	Médico
59	Cirujano	Determina la necesidad de intervención quirúrgica del paciente y elabora solicitud para programación en quirófano con los datos del paciente previamente verificados.	Médico
60	Hospitalización	Decide el egreso del paciente y elabora nota de alta, indica citas en consulta externa y emite recetas.	Médico
61	Egreso	Recibe indicación de egreso de un paciente hospitalizado y acude a entrevistarlo.	Trabajadora Social o Asistente Médica
62	Egreso	Se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que tramitará su egreso.	Trabajadora Social o Asistente Médica
63	Egreso	Le pregunta su nombre y verifica su congruencia con la solicitud de egreso, con la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con la tarjeta sobre la cabecera de la cama.	Trabajadora Social o Asistente Médica
64	Egreso	Verifica que el expediente clínico esté correctamente integrado, con nota de egreso y registros normados y lo recoge para entregarlo al archivo clínico.	Trabajadora Social o Asistente Médica
65	Egreso	Registra el egreso, retira la pulsera de identificación y la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.	Trabajadora Social o Asistente Médica

N°	Función	Actividad	Responsable
66	Egreso	Verifica que el paciente cuente con indicaciones del médico, recetas, citas en caso de requerirlas y se las entrega al paciente o familiar.	Trabajadora Social o Asistente Médica
67	Egreso	Cuando se trate de un minusválido, un anciano, un menor de edad y particularmente de un recién nacido, se debe verificar con seguridad absoluta, su identidad y de su familiar antes de entregarlos, recabando firma de recibido por el familiar responsable.	Trabajadora Social o Asistente Médica

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

1 Identificar correctamente a los pacientes.



2 Mejorar la comunicación efectiva.



3 Mejorar la seguridad de los medicamentos de ALTO RIESGO.



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



5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.



6 Reducir el Riesgo de Daño al Paciente por causa de caídas.



ANEXO III

ATENCIÓN EN CIRUGÍA

N°	Función	Actividad	Responsable
1	Programación quirúrgica	Se solicita la programación de tiempo quirófono: - En casos de urgencia se solicita la disponibilidad de una sala de inmediato o a la mayor brevedad posible - En los casos que requieran cirugía programada, se hace la solicitud correspondiente para su programación.	Cirujano
2	Programación quirúrgica	Conforme al horario y fecha programados, se solicita el traslado del paciente al área de quirófono.	Enfermera jefe o responsable de piso
3	Traslado	Recibe la orden de traslado.	Personal de camillería
4	Traslado	Se presenta con el paciente por nombre y apellidos y le informa que lo trasladará a la sala de operaciones.	Personal de camillería
5	Traslado	Le pregunta su nombre al paciente y verifica que corresponda con la orden de traslado, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico.	Personal de camillería
6	Traslado	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Personal de camillería
7	Traslado	Traslada al paciente al quirófono.	Personal de camillería
8	Recepción en quirófono	El personal de recepción del quirófono, recibe al paciente, le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el registrado en el programa quirúrgico, en la pulsera de identificación y en el expediente clínico.	Personal de recepción del quirófono
9	Traslado	Solicita el traslado a la sala de operaciones correspondiente.	Personal de recepción del quirófono
10	Recepción en sala de operaciones	Recibe al paciente y se presenta por su nombre, indicándole que será la enfermera que lo atenderá durante la cirugía.	Enfermera de la sala de operaciones
11	Recepción en sala de operaciones	Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el programa quirúrgico de la sala de operaciones, con su pulsera de identificación y con el expediente clínico.	Enfermera de la sala de operaciones
12	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Enfermera de la sala de operaciones

Nº	Función	Actividad	Responsable
13	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Se lava las manos antes de realizar los procedimientos de atención al paciente.	Enfermera de la sala de operaciones
14	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Verifica que el cirujano y la cirugía anotada en el programa quirúrgico correspondan con los registros del expediente clínico.	Enfermera de la sala de operaciones
15	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Es responsable de verificar que se haya cumplido con los procedimientos que permitan garantizar la esterilidad en la sala de operaciones y del aire que se inyecta al quirófano, en cuanto a la realización de cultivos periódicos y cambio de filtros absolutos en los ductos del aire acondicionado.	Enfermera de la sala de operaciones
16	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Verifica que se cuente con el instrumental y con el material requerido para la cirugía y que éstos se encuentren debidamente esterilizados. Se cerciora que los testigos de esterilización estén presentes y aseguren la esterilidad del instrumental y el material quirúrgico.	Enfermera de la sala de operaciones
17	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones	Es responsable de verificar que no se encuentren frascos con medicamentos, abiertos previamente, que no garanticen esterilidad, para ser utilizados.	Enfermera de la sala de operaciones
18	Procedimientos de enfermería en sala de operaciones.	Informa al cirujano y al anestesiólogo de la presencia del paciente y que todo está correctamente dispuesto para la iniciación de la cirugía.	Enfermera de la sala de operaciones
19	Identificación del paciente por cirujano y anestesiólogo	El cirujano y el anestesiólogo se presentan con el paciente por nombre y apellidos y le informan que estarán a cargo de la anestesia y la intervención quirúrgica.	Cirujano y anestesiólogo
20	Identificación del paciente por cirujano y anestesiólogo	Preguntan al paciente su nombre y verifican que corresponda con la cirugía programada, con la pulsera de identificación y con los registros en el expediente clínico.	Cirujano y anestesiólogo
21	Verificación preoperatoria del cirujano.	Verifica que se cuente en la sala de operaciones con los estudios previos requeridos y con el material e instrumental quirúrgico necesario para la cirugía. En caso de que en la cirugía se espere un sangrado mayor a 500 ml., verifique que se cuente con la sangre necesaria y que corresponda al paciente. Si se indicó antibiótico profiláctico, verifica que se haya administrado dentro de los 60 minutos previos.	Cirujano

N°	Función	Actividad	Responsable
22	Verificación preoperatoria del cirujano	En pacientes donde la cirugía podría ser practicada en cualquiera de los dos lados del cuerpo, identifica el lado correcto. Se recomienda marcar con tinta el área quirúrgica.	Cirujano
23	Verificación preoperatoria del cirujano	Indica y verifica la aplicación de las medidas para la seguridad del paciente.	Cirujano
24	Preparación del cirujano para cirugía	Viste la ropa quirúrgica con especial cuidado en la prevención de la contaminación.	Cirujano
25	Preparación del cirujano para cirugía	Realiza el lavado prequirúrgico escrupuloso de manos, conforme a la normatividad vigente.	Cirujano
26	Preparación del cirujano para cirugía	Verifica que los integrantes del equipo quirúrgico estén todos presentes.	Cirujano
27	Procedimiento anestésico	Verifica que el paciente cuente con valoración preanestésica y que esté registrada en el expediente clínico.	Anestesiólogo
28	Procedimiento anestésico	Verifica que los gases requeridos para la cirugía y la anestesia estén debidamente conectados, incluyendo: anestésicos, aire a presión y oxígeno, etc., así como aspiración.	Anestesiólogo
29	Procedimiento anestésico	Antes de iniciar la anestesia, pregunta nuevamente su nombre al paciente y verifica que corresponda con el registrado en el programa quirúrgico, en la pulsera y en el expediente clínico.	Anestesiólogo
30	Procedimiento anestésico	Aplica las medidas de seguridad del paciente de su competencia, conforme a las normas vigentes.	Anestesiólogo
31	Procedimiento anestésico	Verifica que la cirugía que se realizará, el cirujano que la llevará a cabo y el lado corporal, sean los correctos conforme a lo registrado en el expediente clínico.	Anestesiólogo
32	Procedimiento anestésico	Se lava las manos antes de iniciar el procedimiento anestésico.	Anestesiólogo
33	Procedimiento anestésico	Inicia el procedimiento anestésico.	Anestesiólogo
34	Equipo quirúrgico	Realiza el procedimiento quirúrgico, conforme a los conocimientos, habilidades y normatividad vigentes, privilegiando el beneficio, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.	Equipo quirúrgico.

Nº	Función	Actividad	Función
35	Cirujano	Próximo a la conclusión de la cirugía, el cirujano indica el conteo de instrumental, material quirúrgico y gasas.	Enfermera de la sala de operaciones
36	Cuenta de gasas y material quirúrgico	El personal de enfermería verifica la cuenta completa del instrumental, material quirúrgico y gasas, lo informa al cirujano y lo registra en el expediente clínico.	Enfermera de la sala de operaciones
37	Conclusión de la cirugía	El cirujano no da por concluida la cirugía hasta que las cuentas de material e instrumental, estén completas y registradas como completas en el expediente clínico.	Cirujano
38	Atención postquirúrgica	El cirujano registra el procedimiento quirúrgico en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente, incluyendo cuidados postoperatorios y órdenes médicas.	Cirujano
39	Atención postquirúrgica	La enfermera responsable de la sala de operaciones registra los incidentes de la cirugía y la cuenta de gasas.	Enfermera responsable de la sala de operaciones.
40	Atención postquirúrgica	El anestesiólogo procede a la reversión anestésica y no se ausenta de la presencia del paciente, hasta que la reversión ha sido completa y segura, con recuperación del nivel óptimo de conciencia y signos vitales estables.	Anestesiólogo
41	Atención postquirúrgica	Registra el procedimiento anestésico en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.	Anestesiólogo
42	Atención postquirúrgica	Entrega personalmente al paciente a la enfermera de recuperación, con indicaciones y prescripción por escrito en el expediente clínico.	Anestesiólogo
43	Recuperación	La enfermera de recuperación recibe del anestesiólogo, al paciente procedente de la sala de operaciones.	Enfermera de Recuperación
44	Recuperación	Se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que estará a su cargo durante su estancia en recuperación.	Enfermera de Recuperación
45	Recuperación	Le pregunta al paciente su nombre, debiendo éste estar lo suficientemente consciente para responder correctamente.	Enfermera de Recuperación
46	Recuperación	Verifica que el nombre del paciente corresponda con el programa de cirugía, con la pulsera de identificación y con el expediente clínico.	Enfermera de Recuperación
47	Recuperación	Aplica las medidas de seguridad del paciente.	Enfermera de Recuperación

N°	Función	Actividad	Función
48	Recuperación	Se lava las manos antes de realizar los procedimientos de enfermería.	Enfermera de Recuperación
49	Recuperación	Verifica el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente y los registra en el expediente clínico.	Enfermera de Recuperación
50	Recuperación	En caso de anomalías lo comunica al anestesiólogo y le solicita no ausentarse, hasta que el paciente esté estable y seguro.	Enfermera de Recuperación
51	Recuperación	Revisa las indicaciones del cirujano registradas en el expediente clínico y les da cumplimiento.	Enfermera de Recuperación
52	Recuperación	Conforme a la normatividad vigente, solicita al anestesiólogo el alta del paciente de recuperación, para ser trasladado a su cama de hospitalización o cuidados intensivos.	Enfermera de Recuperación
53	Recuperación	Solicita el traslado del paciente y lo entrega al personal responsable, conforme a la normatividad vigente.	Enfermera de Recuperación

ANEXO IV

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Antes de la inducción de la anestesia.	Antes de la incisión de la piel	Antes de que el paciente abandone la sala de operaciones
AL INGRESO	TRANSOPERATORIO	AL EGRESO
<p>EL PACIENTE HA CONFIRMADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICACIÓN • SITIO DE LA CIRUGÍA • PROCEDIMIENTO • CONSENTIMIENTO INFORMADO <p>SITIO DE LA CIRUGÍA MARCADO / NO APLICABLE</p> <p>SE COMPLETÓ LA VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD ANESTÉSICA</p> <p>OXÍMETRO DE PULSO DEL PACIENTE FUNCIONANDO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE?:</p> <p>¿ALERGIA CONOCIDA?</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO <p>DIFICULTAD EN LA VÍA AÉREA / RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - NO - SI, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTAN DISPONIBLES <p>¿RIESGO DE SANGRADO > DE 500 ML. (7ML./KG EN NIÑOS)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - NO - SI, Y SE TIENE UN ACCESO INTRAVENOSO ADECUADO Y FLUIDOS PLANEADOS DISPONIBLES 	<p>SE CONFIRMA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SE HAN PRESENTADO POR NOMBRE Y PAPEL A DESEMPEÑAR</p> <p>EL CIRUJANO, EL ANESTESIÓLOGO Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOMBRE DEL PACIENTE. • SITIO DE LA CIRUGÍA • PROCEDIMIENTO <p>SE ANTICIPÓ LOS EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>EL CIRUJANO REVISÓ: ¿CUÁLES SON LOS EVENTOS CRÍTICOS O INESPERADOS, DURACIÓN DE LA CIRUGÍA, PÉRDIDA SANGUÍNEA PREVISTA?</p> <p>EL EQUIPO DE ANESTESIÓLOGOS REVISÓ: ¿HAY ALGO ESPECÍFICO CONCERNIENTE AL PACIENTE?</p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISÓ: ¿SE CONFIRMÓ LA ESTERILIDAD QUIRÚRGICA, (INCLUYENDO LOS INDICADORES DE RESULTADOS)?, ¿SE CUENTA CON CUALQUIER EQUIPO QUE SE REQUIERA?</p> <p>¿SE ADMINISTRÓ LA PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS DENTRO DE LOS 60 MINUTOS PREVIOS?</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO APLICABLE <p>¿ES INDISPENSABLE MOSTRAR UN ESTUDIO DE IMAGEN?</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO APLICABLE 	<p>LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO:</p> <p>EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REGISTRADO</p> <p>QUE LA CUENTA DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS ESTÁ COMPLETA (O NO APLICABLE)</p> <p>QUE EL ESPECIMEN QUIRÚRGICO ESTÁ IDENTIFICADO (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p>SI HUBO ALGÚN PROBLEMA CON EL EQUIPO QUE DEBA SER INFORMADO</p> <p>EL CIRUJANO, EL ANESTESIÓLOGO Y LA ENFERMERA REVISAN LAS INDICACIONES CONCERNIENTES A LA RECUPERACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE</p>

ANEXO V

PROCEDIMIENTOS CRÍTICOS

Existen procedimientos específicos en los que se han identificado áreas de oportunidad como lo son: Manejo de catéter venoso central y/o línea periférica, Manejo de sonda vesical, Manejo de pacientes con tratamiento que requieren ventilación mecánica invasiva y de manera constante, la prevención de infecciones en sitio quirúrgico (herida quirúrgica) sobre todo en los servicios de medicina crítica, unidades de choque, servicios de urgencias, de hospitalización, entre otros. Por esto, se han desarrollado algunas sugerencias en distintos momentos de al llevar a cabo estos procedimientos que por su gravedad y presencia son de vigilancia obligatoria.

<p>Manejo de catéter venoso central y/o línea periférica (instalación y mantenimiento).</p> <p>Colocación:</p> <p>Uso de toallas de clorhexidina para preparar la piel antes de la inserción del catéter o iodopovidona al 11%.</p> <p>Higiene de manos antes y después de la puesta de guantes.</p> <p>Uso de barrera máxima (bata estéril, guantes estériles, gorro, cubrebocas y googles).</p> <p>Colocación de apósito transparente.</p> <p>Mantenimiento:</p> <p>Higiene de manos antes y después de la puesta de guantes.</p> <p>Desinfección de puertos con alcohol isopropílico al 70% antes de la manipulación de los puertos del catéter por 30 segundos.</p> <p>Vigilancia diaria del sitio de inserción del catéter.</p> <p>Para la colocación de catéter periférico corto realizar técnica aséptica y cubrirlo con apósito adhesivo transparente permitiendo observar el sitio de inserción.</p> <p>Mantener sistema cerrado el equipo integral de terapia intravenosa.</p> <p>El manejo de las líneas vasculares será por personal capacitado.</p>	<p>Manejo de sonda vesical (instalación y mantenimiento).</p> <p>Colocación:</p> <p>Higiene de manos antes y después de la puesta de guantes.</p> <p>Uso de jabón antiséptico para la limpieza del área genital antes de la inserción de la sonda urinaria.</p> <p>Técnica aséptica.</p> <p>Mantenimiento:</p> <p>Sistema cerrado de recolección de orina.</p> <p>Bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga.</p> <p>Realizar aseo del área genital mientras permanezca la sonda colocada con agua y jabón una vez por turno</p>	<p>Pacientes con tratamiento que requiere ventilación mecánica invasiva (instalación y mantenimiento).</p> <p>Colocación:</p> <p>Higiene de manos antes y después de la puesta de guantes.</p> <p>Documentación por escrito de indicación para empleo de ventilación mecánica invasiva.</p> <p>Mantenimiento:</p> <p>Uso de clorhexidina bucal por turno.</p> <p>Cabecera de la cama a 30-45 grados.</p> <p>Documentación diaria del nivel de sedación.</p> <p>Cambio de circuitos en caso de contaminación visible.</p>	<p>Prevención de infecciones en sitio quirúrgico (herida quirúrgica).</p> <p>En el prequirúrgico:</p> <p>Uso de profilaxis antimicrobiana de acuerdo a guía hospitalaria.</p> <p>Remoción del vello antes de llegada a quirófano.</p> <p>Antisepsia de piel con preparados alcoholados.</p> <p>Proporcionar un baño al paciente un día antes o el día de la cirugía al paciente.</p> <p>En el postquirúrgico:</p> <p>Uso de profilaxis antimicrobiana por no más de 24 horas.</p> <p>Mantener niveles normales de glucemia.</p> <p>Mantener normotermia.</p> <p>SEI manejo de la herida quirúrgica será por personal capacitado.</p>
--	---	--	--

No debemos olvidar que la utilización de la bata es indispensable para evitar la contaminación de superficies limpias con superficies contaminadas, para proteger la ropa que está en contacto con un paciente infectado, para realizar procedimientos invasivos con técnica estéril, para proteger a un paciente con estado inmunológico deficiente.

La bata nos proporcionará protección de superficies exteriores que están contaminadas por el contacto con el paciente, se pretende proteger la ropa de la persona que tiene contacto con un paciente infectado. En el caso de pacientes inmunodeprimidos el objetivo de la bata es proteger al paciente de la flora de otras pacientes o personal de salud.

ANEXO VI

CONTRIBUIR A REDUCIR LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LOS ERRORES EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIEGO

Con la finalidad de disminuir el riesgo en el manejo de este tipo de medicamentos, es conveniente considerar la constitución del Comité de Farmacia y Terapéutica, además de:

- Utilizar métodos barrera que eliminan o reducen la posibilidad de que se produzcan los errores. Por ejemplo, la utilización de jeringas especiales para la administración de soluciones orales de medicamentos.
- Estandarizar los medicamentos de alto riesgo disponibles en los hospitales, limitando el número de presentaciones de los mismos con diferentes dosis, concentraciones y/o volumen.
- Realizar un análisis de las unidades de atención ambulatoria o de primer nivel de atención con la finalidad de limitar en la medida de lo posible, la existencia de este tipo de medicamentos o en su caso permitir el acceso selectivo.
- Hacer visibles los errores, a través de la utilización de un sistema de doble chequeo, en el que incluye la revisión y validación de las prescripciones, comprobando límites de dosis y la duración de los tratamientos.
- Implementar en la institución, un manual de procedimientos en el que se describa el modelo de gestión del servicio farmacéutico, con apego a las políticas y normatividad vigentes.

Para poder desarrollar estas estrategias al interior de nuestros establecimientos de atención médica, es necesario establecer, limitar y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en la institución, debidamente, identificados, siempre disponibles y facilitar el acceso a todo el personal de la salud que los prescribe, dispensa y administra.

Las cantidades elevadas de soluciones y concentraciones de un mismo medicamento, favorece la ocurrencia de errores de medicación, especialmente medicamentos como la heparina, morfina e insulina.

Los medicamentos catalogados como de alto riesgo deben revisarse de manera continua para prevenir errores derivados de confusiones por nombres o apariencia similar, tanto en el envase, como en el etiquetado. Es por esto, que en caso de que sean detectados errores potenciales por estas causas, se considere almacenarlos en lugares diferentes o en su caso, utilizar etiquetas adicionales que permita de manera clara y estandarizada la diferenciación de estos.

Es necesario estandarizar la prescripción y desarrollo de protocolos o manuales de procedimientos en los que se establezcan directrices y escalas de dosificación, haciendo especial énfasis en la correcta prescripción, en la detección de alergias y las recomendaciones específicas, invitando a los profesionales de la salud a cumplir con la normatividad y evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas.

Es importante el desarrollo y seguimiento de los protocolos o manuales de procedimientos, porque nos permite implementar la estandarización y simplificación de los procesos además, reduce la complejidad y la variabilidad en la prestación de los servicios generando controles a lo largo del sistema, disminuyendo la dependencia de la memoria y apoya al personal de nuevo ingreso o inexperto, aportando a la seguridad del paciente.

Es necesario el establecimiento de dosis máximas para cada uno de los medicamentos seleccionados como de alto riesgo y difundir en todos los servicios del establecimiento de atención médica para facilitar su conocimiento por el personal de salud.

Valdría la pena investigar las posibles alergias al yodo o en la utilización de contrastes y establecer protocolos de actuación en caso de que se presenta una reacción alérgica.

En este mismo sentido de ser posible, contar con la validación farmacéutica y dispensación en dosis unitarias, presenta numerosas ventajas en comparación con los demás sistemas de distribución, ya que garantiza que el medicamento prescrito llegue al paciente al que ha sido destinado ya que se basa en la orden médica a cada paciente en forma individual, utiliza en forma eficiente y racional los recursos humanos involucrados en el proceso de distribución, en especial a la enfermera, a quien le disminuye considerablemente el tiempo de manipulación de medicamentos y de control de niveles de inventarios de piso o sala, pudiendo así dedicar más tiempo al cuidado de los pacientes, y desde el punto de vista gerencial, disminuye el costo hospitalario asociado a la medicación, al minimizar el tamaño de los inventarios o stocks de medicamentos en los servicios, disminuye el despilfarro por pérdidas, deterioro, vencimiento y otras fuentes, recupera los medicamentos no aplicados al paciente y disminuye los errores de medicación, sin embargo ante la necesidad de contar con una política en salud que coadyuve a prevenir errores en la administración de medicamentos a los pacientes hospitalizados, el análisis de las formas de dispensación de los medicamentos al interior de los hospitales debe ser considerado como un punto principal en el diseño de medidas para fortalecer la calidad de la atención al paciente.

La integración del Licenciado en Farmacia al interior del equipo multidisciplinar hospitalario, aumenta la seguridad del proceso farmacoterapéutico y el uso racional del medicamento, además de dar puntual seguimiento a las siguientes instrucciones del Sistema Integral de Calidad de la Secretaría de Salud:

- Instrucción 279/2011: Constitución del COFAT para la obtención de la re-acreditación de hospitales.
- Instrucción 280/2011 Se da a conocer el Consejo de Salubridad General y SICalidad la existencia del COFAT para obtener la certificación del hospital.
- Instrucción 311/2011 SICalidad, Uso racional de medicamentos, promover y garantizar el uso eficiente de los medicamentos, aunado a lo señalado en el Modelo de Farmacia Hospitalaria se propone la creación del comité de farmacia y terapéutica (COFAT), en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
- Además de dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia, en la que se establecen los lineamientos sobre los cuales se deben realizar las actividades de la farmacovigilancia.

Asimismo, es necesario estandarizar la preparación y administración de los medicamentos y soluciones, considerando las concentraciones de las soluciones para infusión de medicamentos de alto riesgo, especialmente las de morfina, heparina, insulina e inotropos, de ser posible, deben ser considerada su preparación en una concentración única que habría de ser la que se utilice en, al menos, el 90% de los casos en toda la institución.

Además deben establecerse criterios para el seguimiento de los pacientes que reciben sedación moderada, analgesia controlada por el paciente u otras perfusiones intravenosas para

el tratamiento del dolor, con especial énfasis en pacientes que reciben medicamentos que potencian la acción de los opiáceos o en pacientes con asma, pacientes obesos, apnea del sueño, entre otros.

Es de considerarse establecer criterios de exclusión de pacientes en la utilización de bombas de analgesia controlada por el paciente, debido a su nivel de conciencia, estado fisiológico o capacidad intelectual.

De preferencia, la preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo debe realizarse desde una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia con la finalidad de minimizar la probabilidad de que se presente un error en este proceso. La administración de sedantes orales (por ejemplo midazolam, hidrato de cloral, entre otros) en pacientes pediátricos debe ser realizada exclusivamente por el personal calificado (en procedimientos quirúrgicos), en su caso los padres o cuidadores bajo supervisión (orales).

Una de las prácticas que han tenido éxito en la prevención de errores en el uso de estos medicamentos son los sistemas de doble chequeo en la preparación y administración. Sin embargo, debe limitarse a los puntos más proclives a error de la cadena de utilización de los medicamentos y a los pacientes de riesgo. Por ejemplo, elaboración de una mezcla intravenosa, programación de bombas de infusión, en la comprobación de dosis en pacientes pediátricos y adultos mayores, entre otros. En este sentido la utilización de sistemas con códigos de barras en los medicamentos ofrece un doble chequeo automático y es muy efectivo para prevenir errores en la dispensación y administración.

Se recomienda evitar el almacenamiento de soluciones concentradas de electrolitos en áreas en las que no debería estar o considerar tenerlas en stock cuando no son de manejo cotidiano, como lo son el cloruro de potasio o bloqueantes neuromusculares. De ser posible debemos retirar de los botiquines soluciones concentradas de electrolitos y agentes bloqueantes neuromusculares.

Y por último pero no menos impórtate, es necesario considerar la educación a los pacientes, involucrándolos activamente en su cuidado e informándoles sobre los riesgos que pueden ocurrir al utilizar medicamentos de alto riesgo, por ejemplo al utilizar el metotrexato oral de uso semanal en artritis reumatoide, anticoagulantes, entre otros. Es necesario proporcionarles medios que les ayuden a hacer más segura la utilización de estos medicamentos después del alta hospitalaria, a través de información escrita expresada en un lenguaje fácilmente comprensible y disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en cada hospital.

En este sentido es que el Consejo de Salubridad General, considera los procesos en los que se involucra a los medicamentos, con la finalidad de aprovechar los recursos y de disminuir al máximo la probabilidad de que se presenta un error o se genere un daño innecesario en el paciente, bajo la implementación de un Sistema de Medicación seguro y eficiente que integre a todas las áreas de la organización en las cuales se manejan y/o utilizan los medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente.

En este sentido, es que se han incluido en este apartado algunas recomendaciones en el manejo de los principales medicamentos de alto riesgo incluidos en el catálogo de medicamentos del cuadro básico:

MANEJO DE OPIÁCEOS

Se deben tomar precauciones al indicar opioides y tomar en cuenta la comorbilidad del paciente, su edad e interacciones medicamentosas, indicándole según la intensidad del dolor y en caso de dolor agudo severo se deben usar agonistas puros.

RIESGOS O ERRORES COMUNES

- Confusión entre distintas presentaciones de morfina intravenosa y otras presentaciones como de liberación rápida y retardada.
- Errores de dosificación.
- Programación incorrecta de las bombas de analgesia controlada por el paciente (PCA) y de administración epidural.
- Confusión entre las líneas de administración IV y epidural.
- Dolor no controlado por desconocimiento del funcionamiento de la PCA por parte del paciente.
- Falta de retirada del parche de fentanilo antes de la administración del siguiente.
- Aplicación de varios parches de fentanilo en el lugar donde el paciente refiere dolor.
- Falta de comprobación de reacciones alérgicas previas en los pacientes.

BARRERAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ERRORES

- Estandarizar los opiáceos disponibles.
- Limitar las existencias disponibles en las unidades asistenciales.
- Almacenar las presentaciones de los medicamentos con envases de apariencia similar en cajetines o gavetas separados que impidan que se mezclen. Si el riesgo de confusión es alto, aplicar etiquetas adicionales a los envases para diferenciarlos.
- Estandarizar las concentraciones de las mezclas IV y minimizar la cantidad de fármaco en una misma bolsa de infusión.
- Establecer protocolos de tratamiento con opiáceos que incluyan dosis máximas.
- Asegurar la disponibilidad de naloxona en áreas donde se usan habitualmente opiáceos.
- Implantar protocolos de manejo de las bombas de infusión y realizar un doble chequeo del medicamento, concentración, dosis, velocidad de infusión y colocación de la vía.
- Señalizar los extremos distales de las líneas epidurales para evitar errores relacionados con la vía de administración.
- Educar a los pacientes sobre el uso de las PCA y de los parches de fentanilo.
- Informarse sobre posibles alergias de los pacientes.

MANEJO DE INSULINAS

Riesgos o errores comunes:

- Confusiones entre los distintos tipos, concentraciones y marcas de insulina.
- Confusión de un preparado de insulina con otro debido a similitud entre sus nombres.
- Confusión entre las presentaciones debido a que la denominación de las insulinas no especifica sus características (rápida, intermedia o prolongada).
- Confusión con heparina al dosificarse ambos medicamentos en unidades.
- Interpretar las abreviaturas de unidades o cantidades ocasionando error en la dosis.
- Administrar insulinas rápidas independientemente del horario de comidas, ante una prescripción incorrecta.
- Confundir las dosis de diferentes insulinas prescritas para un mismo paciente.
- Duplicidad terapéutica al sustituir una insulina por otra y mantener la administración de las dos insulinas.
- Errores en la dilución o mezclas de insulina, especialmente a nivel hospitalario en pediatría.

- Administrar por vía intravenosa insulinas que no pueden administrarse por dicha vía.
- Programación incorrecta de las bombas de perfusión.
- Utilización incorrecta de los dispositivos o plumas de administración.
- Administración de dosis incorrectas en pacientes con dificultad visual.

BARRERAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ERRORES

- Simplificar las presentaciones de insulina disponibles en la institución.
- Incorporar alertas en los sistemas informáticos de prescripción y de dispensación, que adviertan de la posibilidad de confusión entre el nombre de algunas insulinas.
- Almacenar las especialidades con nombre y etiquetado similar en lugares separados.
- Prescribir por marca comercial para que se identifique correctamente el tipo de insulina.
- No almacenar la insulina cerca de la heparina, así como de otros medicamentos que se dosifiquen en unidades.
- Prescribir de manera clara, legible, a poder ser en mayúsculas, y nunca emplear la "U", sino escribir la palabra completa "unidades".
- Prescribir de forma clara las pautas y coordinar siempre los horarios de administración de insulina con los horarios de las comidas.
- Estandarizar la concentración de insulina a utilizar para todas las perfusiones de insulina.

MANEJO DE HEPARINA Y ANTITROMBOTICOS:

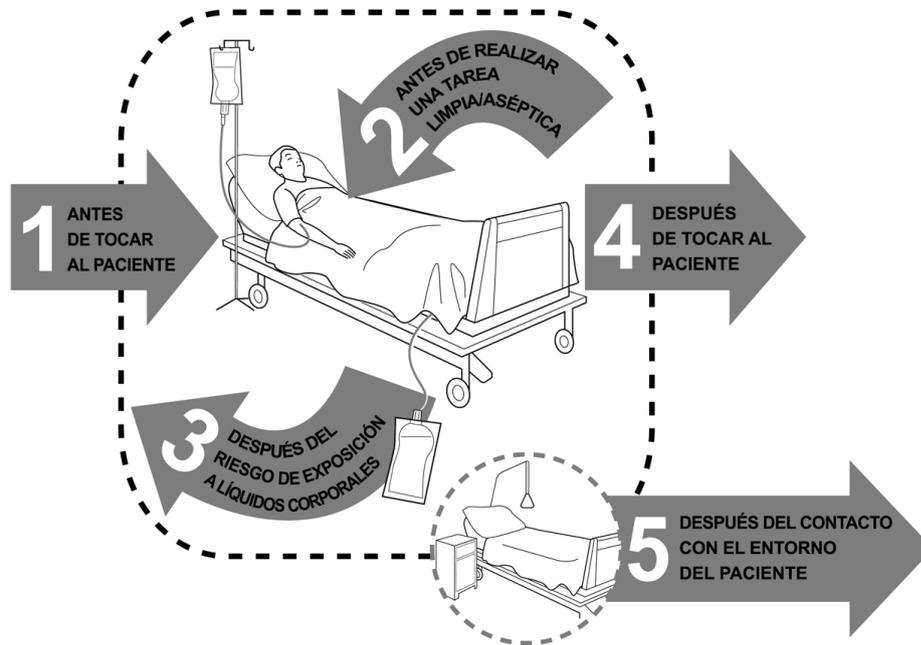
Riesgos o errores comunes

- Confusión entre dosis y concentración debido a etiquetados inapropiados o similares.
- Existencia de viales multidosis que pueden ocasionar sobredosificaciones por error.
- Confusión con insulina al dosificarse ambas en unidades.
- Administración inadvertida de dos medicamentos antitromboticos (duplicidad terapéutica).
- Sobredosificación por ajuste inapropiado de dosis de heparinas de bajo peso molecular en pacientes con insuficiencia renal.
- Confusión de la abreviatura "U" (unidades) con un cero, lo que ocasiona la administración de una dosis 10 veces mayor.
- Errores en las diluciones cuando hay que manejar distintas concentraciones.
- Programación incorrecta de las bombas de perfusión.

BARRERAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ERRORES

- Reducir la variedad de concentraciones disponibles y prestar atención en el almacenamiento.
- Separar la heparina de la insulina, así como de otros medicamentos que se dosifiquen en unidades.
- Escribir "unidades" en lugar de la abreviatura "U".
- Estandarizar la dosificación y seguimiento de los tratamientos mediante protocolos que consideren el peso del paciente, función renal, control de los tiempos de coagulación, etc.
- Incluir alertas en los programas informáticos de prescripción y de dispensación que informen de las interacciones relevantes con otros medicamentos.
- Desarrollar un manual de procedimientos para la administración pre y postquirúrgica.
- Estandarizar los procedimientos de administración: etiquetar las bolsas de perfusión indicando el volumen y la dosis total y realizar un doble chequeo de las preparaciones y sistemas de administración.

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

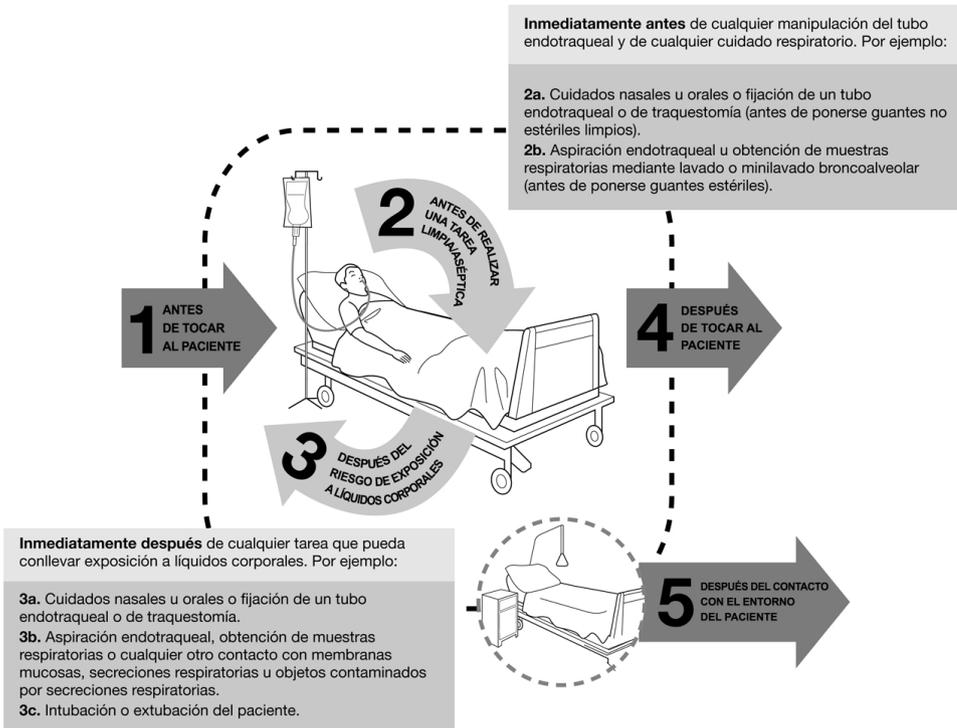
La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con tubos endotraqueales



Otras consideraciones fundamentales en adultos con tubos endotraqueales

- Evitar la intubación y utilizar ventilación no invasiva siempre que sea posible.
- A ser posible, utilizar tubos endotraqueales con salida de drenaje de secreciones subglóticas en pacientes que probablemente necesiten intubación durante más de 48 horas.
- Elevar la cabecera de la cama a 30°–45°.
- Siempre que sea posible, no utilizar sedantes en pacientes ventilados.
- Evaluar diariamente la posibilidad de extubación probando la respiración espontánea en ausencia de sedantes, siempre que no esté contraindicado.
- Prestar cuidados orales asépticos con guantes limpios no estériles.
- Facilitar el ejercicio y la movilización precoces para mantener y mejorar la forma física.
- Cambiar el circuito de ventilación solo si tiene suciedad visible o funciona mal.



World Health Organization

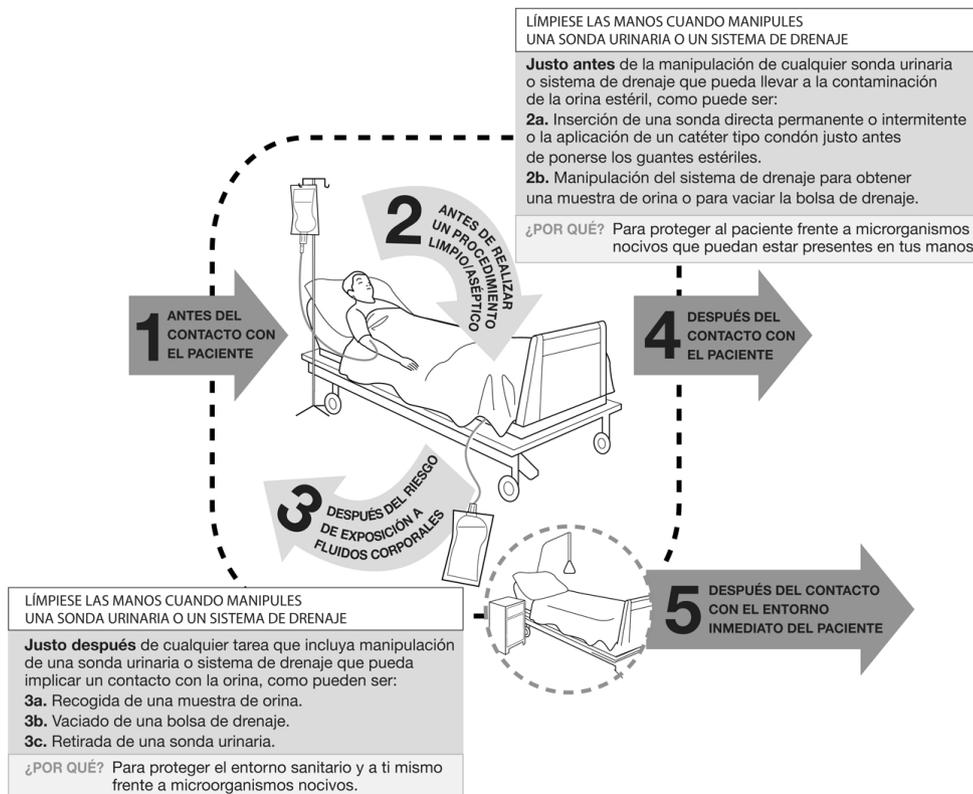
SAVE LIVE
Clean Your Hands

Una atención limpia es
una atención más segura
2005-2015

© Organización Mundial de la Salud 2015. Se reservan todos los derechos. La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en el presente poster, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. La OMS agradece al Instituto Armstrong de Seguridad y Calidad de la Atención al Paciente, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland (Estados Unidos de América) y al Programa de Control de Infecciones de los Hospitales Universitarios y la Facultad de Medicina de Ginebra (Suiza) su participación activa en la elaboración del presente poster.

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

Mis 5 momentos para la higiene de manos: Cuidado de un paciente con sonda urinaria



5 CONSIDERACIONES ADICIONALES CLAVE PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SONDA URINARIA

- Asegúrate de que la indicación para el sondaje urinario permanente es adecuada.
- Utiliza un sistema de drenaje urinario cerrado y mantenlo cerrado.
- Realiza la inserción de la sonda de forma aséptica utilizando guantes estériles.
- Valora al paciente al menos una vez al día para determinar si el sondaje sigue siendo necesario.
- A los pacientes con sondaje urinario permanente no es necesario pautarles tratamiento antibiótico (aunque presenten bacteriuria asintomática), salvo que tengan infección confirmada.



World Health Organization

SAVE LIVES
Clean Your Hands

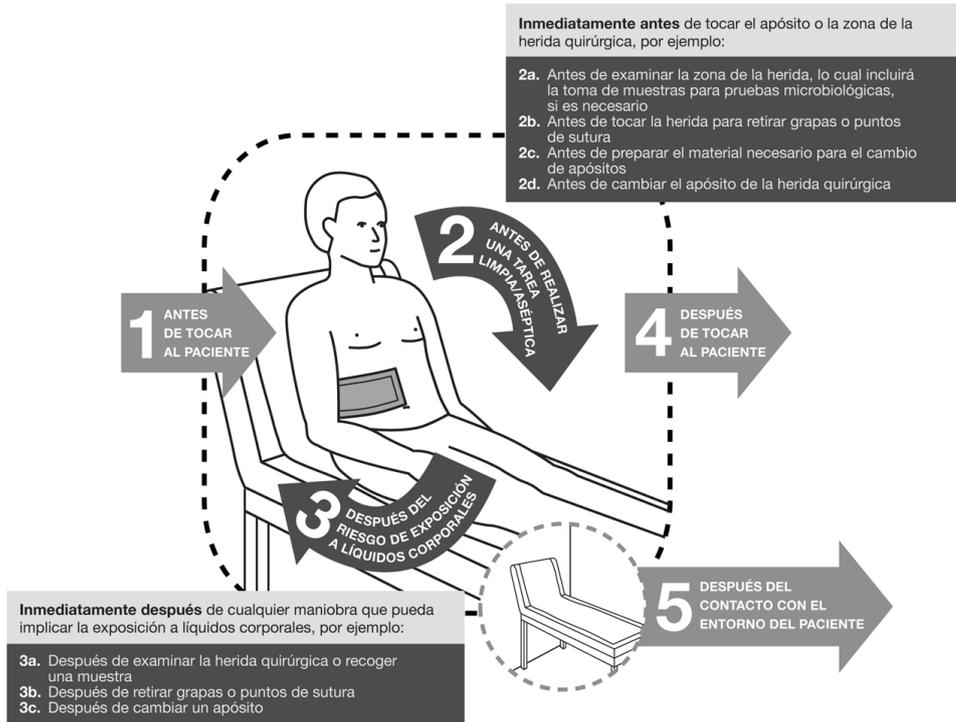
Si no actuamos hoy,
no habrá cura mañana

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges for their active participation in developing this material the VA Ann Arbor Healthcare System & University of Michigan's Patient Safety Enhancement Program (www.catheterout.org), Ann Arbor, MI, United States, and the Infection Control and Human Factors Laboratories, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland (www.humaniaz.org). WHO acknowledges the General Direction of Public Health, Quality and Innovation, Ministry of Health, Social Services and Equality, Spain, for the Spanish translation of this material.

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con heridas quirúrgicas



Otras cuestiones importantes relativas a las heridas quirúrgicas

- No toque la zona de la herida si no es necesario; esto se aplica también al paciente.
- Use guantes en previsión del posible contacto con líquidos corporales. Respete las instrucciones para los 5 momentos de la higiene de manos, incluso si lleva guantes.
- Siga los protocolos del centro sobre el uso de técnicas asépticas sin contacto durante el cambio de apósitos y cualquier manipulación de la herida.
- No toque el apósito durante al menos 48 horas después de la intervención quirúrgica, excepto en caso de fugas o complicaciones.
- Utilice sistemáticamente apósitos del tipo básico (por ejemplo, absorbentes o de baja adherencia) sobre las heridas quirúrgicas.
- En ocasiones, los trabajadores sanitarios también efectúan otras maniobras cuando atienden a un paciente para examinar una herida (por ejemplo, manipular un catéter venoso, extraer sangre o comprobar una sonda urinaria). En estos casos puede ser necesario desinfectarse las manos antes y después de la maniobra, para cumplir las precauciones aplicables a los momentos 2 y 3,

por ejemplo (véanse los pósteres publicados por la OMS sobre los 5 momentos de higiene de las manos al manipular una vía o un catéter venoso).

- Cuando esté indicado, deben administrarse antibióticos por vía parenteral como medida profiláctica preoperatoria, en una dosis única como máximo 2 horas antes de la incisión quirúrgica, y teniendo en cuenta la semivida del antibiótico. No se debe continuar administrando profilaxis con antibióticos después de la intervención quirúrgica.
- En condiciones ideales, la administración de antibióticos para tratar infecciones confirmadas en una zona quirúrgica se debe basar en un cultivo de una muestra de la herida y en los resultados del antibiograma.
- Los signos y síntomas habituales de las heridas infectadas son: dolor (incluso solamente a la palpación), edema localizado, eritema, calor o secreción purulenta al realizar una incisión superficial.
- En este póster no se incluye información sobre las precauciones relativas a las heridas quirúrgicas *complicadas* que pueden requerir terapias o tratamientos específicos.



Organización
Mundial de la Salud

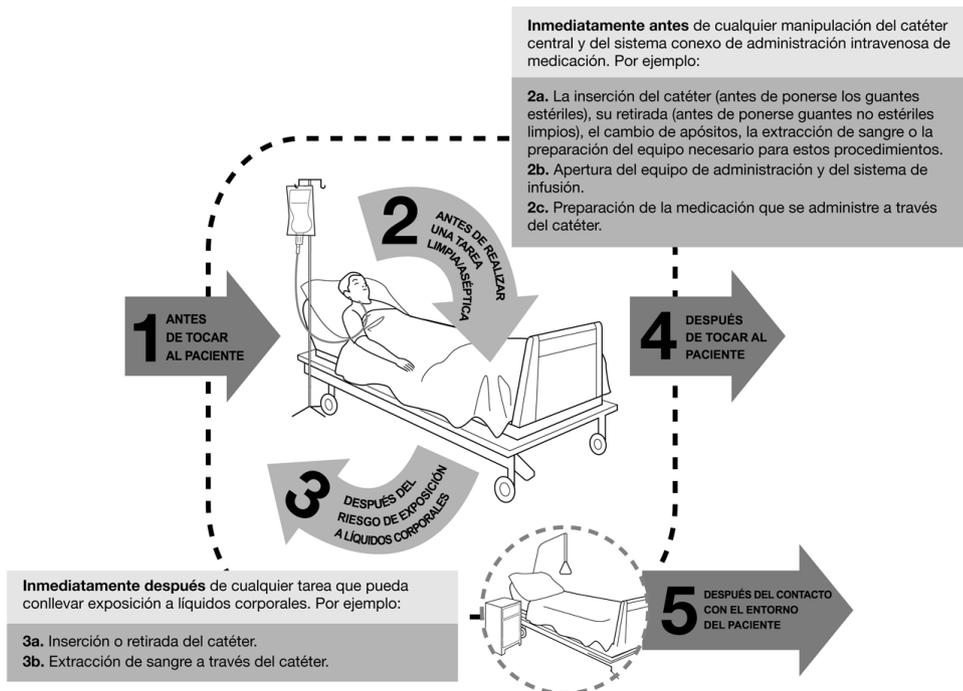
SAVE LIVES
CLEAN YOUR HANDS

© Organización Mundial de la Salud 2016. Se reservan todos los derechos. La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en el presente póster, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con catéteres venosos centrales



Otras consideraciones fundamentales sobre los catéteres intravenosos centrales

- Indicación:** Asegúrese de que el catéter central está indicado. Retírelo cuando ya no sea necesario o deje de tener una indicación clínica.
- Inserción/mantenimiento/retirada**
 - Evite la inserción de catéteres en la vena femoral.
 - Limpie la piel con un antiséptico (el preferido es el gluconato de clorhexidina al 2% en alcohol) antes de la inserción.
 - Utilice precauciones estériles de barrera completas durante la inserción (gorro, mascarilla quirúrgica, guantes estériles, bata estéril, paños estériles grandes).
 - Cambie los apósitos de gasa cada 2 días, y los apósitos transparentes cada 7 días; cambie los apósitos siempre que estén visiblemente sucios.
- Monitoreo:** Registre diariamente la fecha y la hora de inserción y retirada del catéter y de los cambios de apósitos, así como el estado (aspecto visual) de la piel en el lugar de inserción del catéter.
- Cambie los tubos utilizados para administrar sangre, productos sanguíneos, quimioterapia y emulsiones de grasa en las 24 horas siguientes al inicio de la infusión. Considere la posibilidad de cambiar todos los demás tubos cada 96 horas.
- Utilice procedimientos asépticos (técnica "sin tocar") en toda manipulación del catéter.
- Limpie el conector del catéter con gluconato de clorhexidina en alcohol durante un mínimo de 15 segundos.



World Health
Organization

SAVE LIVE
Clean Your Hands

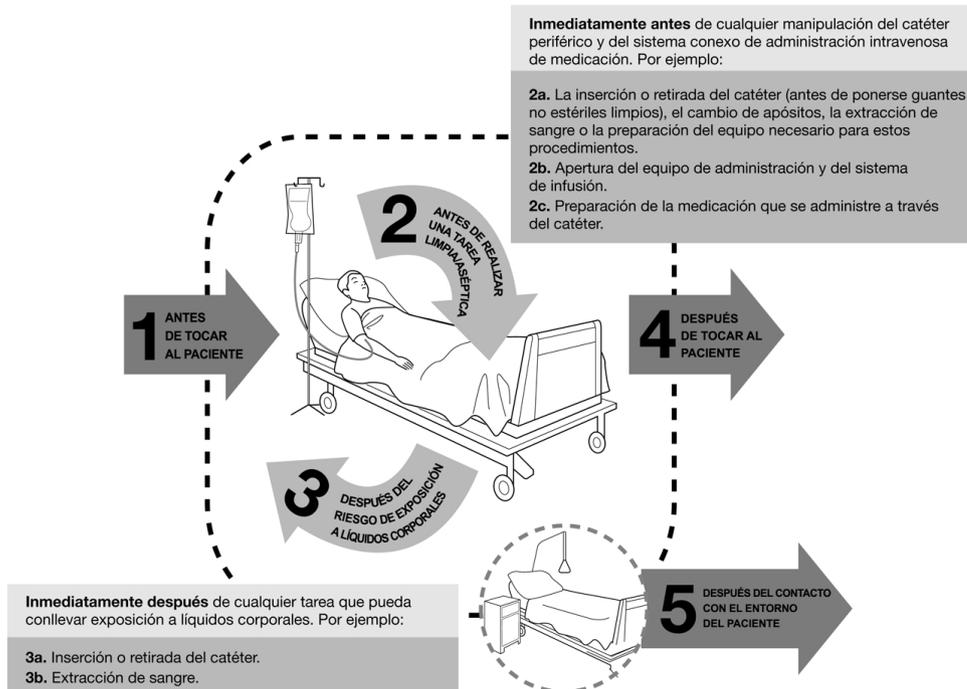
Una atención limpia es
una atención más segura
2005-2015

© Organización Mundial de la Salud 2015. Se reservan todos los derechos.
 La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en el presente póster, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.
 La OMS agradece al Programa de Prevención y Control de Infecciones de los Hospitales Universitarios de Ginebra (Suiza) su activa participación en la elaboración del presente póster.

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con catéteres venosos periféricos



Otras consideraciones fundamentales sobre los catéteres intravenosos periféricos

1. **Indicación:** Asegúrese de que el catéter periférico está indicado. Retírelo cuando ya no sea necesario o deje de tener una indicación clínica.
2. **Inserción/mantenimiento/retirada**
 - 2.1 Limpie la piel con un antiséptico (alcohol al 70%, tintura de yodo, un yodóforo o gluconato de clorhexidina a base de alcohol al 2%) antes de la inserción.
 - 2.2 Utilice guantes no estériles limpios y procedimientos asépticos (técnica "sin tocar") para insertar y retirar el catéter y extraer sangre.
 - 2.3 Cambie los apósitos de gasa secos cada 2 días.
 - 2.4 Considere la posibilidad de cambiar el catéter cada 96 horas.
 - 2.5 Cambie los tubos utilizados para administrar sangre, productos sanguíneos, quimioterapia y emulsiones de grasa en las 24 horas siguientes al inicio de la infusión. Considere la posibilidad de cambiar todos los demás tubos cada 96 horas.
3. **Registro:** registre diariamente la fecha y la hora de inserción y retirada del catéter y de los cambios de apósitos, así como el estado (aspecto visual) de la piel en el lugar de inserción del catéter.



World Health Organization

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Una atención limpia es
una atención más segura
2005-2015

© Organización Mundial de la Salud 2015. Se reservan todos los derechos.
La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en el presente poster, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. La OMS agradece al Programa de Prevención y Control de Infecciones de los Hospitales Universitarios de Ginebra (Suiza) su activa participación en la elaboración del presente poster.

Fuentes: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
www.who.int

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward programme. Geneva: WHO Library; October 2004.
2. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. Análisis crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007. Rev CONAMED. 2008, Enero-Marzo; 13: 5-16.
3. World Alliance For Patient Security. Carta al Dr. Guillermo Fajardo Dolci. Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, solicitando su aval para el Proyecto: "Prácticas quirúrgicas seguras, salvan vidas". Washington D. C., U.S.A. Abril de 2008.
4. World Health Organization. Surgical Safety Checklist (First Edition). Washington D. C. 2008.
5. Infante Castañeda C. Quejas médicas. México: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
6. Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Gómez-Bernal E, Aguilar-Romero T, Fajardo-Dolci G. La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2008, Abril - Junio; 13: 30-38.
7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe Anual de Actividades 2006. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2006.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academic Press; 2000.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Registro de Eventos Adversos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006.
10. Aguirre Gas H. Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir Ciruj. 1995; 63: 110.
11. Aguirre Gas H. Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel. Rev Med IMSS. 1999; 37: 473-80.
12. Aguirre Gas H. Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. Rev. CONAMED. 2008; Enero - Marzo; 13: 6-14.
13. Heatlie M. El autocuidado de la salud por el paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Memorias del Simposio 2007 CONAMED. Simposio Internacional "La queja médica". Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Simposio 3, 4 y 5 de diciembre de 2007. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2007.
14. Rizo A N.- Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: de la teoría a la práctica. Boletín del Centro Colaborador de la OPS/OMS en materia de Calidad y Seguridad del Paciente, cuarta emisión. Consultado en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/373/689>.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
fue impreso por Cooperación Mexicana de Impresión, S. A. de C. V.
General Victoriano Zepeda No. 22, Col. Observatorio,
Ciudad de México, C. P. 11860
Tel.: 26 36 48 48

Esta obra se terminó de imprimir en el mes de Octubre de 2016
con un tiraje de 5,000 ejemplares

10 Acciones en Seguridad del Paciente

1. Identificación correcta del Paciente

Promover medidas y acciones destinadas a evitar errores en la identificación de los pacientes. Se recomienda utilizar por lo menos dos datos diferentes de identificación, por ejemplo nombre completo del paciente y/o NSS, fecha de nacimiento; nunca el número de cama ni horario de atención.

2. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Contar con un modelo de gestión de riesgos para la prevención de las infecciones de este tipo. Se recomienda que al menos se lleve a cabo la correcta higiene de manos. Para esto, la aplicación de los cinco momentos para la higiene de manos de manera general, es necesario aplicar la técnica al menos: 1) antes del contacto con el paciente; 2) antes de manipular un dispositivo invasivo; 3) después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosa, piel no intacta o vendajes de heridas; 4) después de entrar en contacto con el paciente; y 5) posterior al contacto con objetos localizados en la habitación del paciente.

3. Promover la seguridad del equipo de salud

Prevenir accidentes del personal de salud y contribuir a contar con un entorno profesional seguro. Es necesario como prestador de servicios, dar ejemplo de consciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad del paciente, fomentando la seguridad del paciente.

4. Propiciar la Comunicación Efectiva con los pacientes y entre los profesionales de la salud

Para evitar errores derivados de una inadecuada comunicación con los pacientes y entre el personal de salud, es recomendable utilice terminología estandarizada, por ejemplo la taxonomía establecida por la Dirección de Seguridad del Paciente o la que más convenga a la institución.

5. Contribuir al uso racional de medicamentos y seguridad de medicamentos

Garantizar la seguridad en el manejo de medicamentos, a través de la utilización de las 5 "C": 1) Paciente "C"orrecto; 2) Medicamento "C"orrecto; 3) Vía "C"orrecta; 4) Dosis "C"orrecta y; 5) Rapidez "C"orrecta, además de llevar a cabo de manera cotidiana un plan de acción en caso de que se presente un error vinculado a la atención de la salud.

6. Mejorar la Seguridad de la Cirugía y de los procedimientos invasivos

Con la finalidad de disminuir los eventos adversos relacionados con los procedimientos tanto quirúrgicos como invasivos, para esto, se recomienda la aplicación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía, además de la implementación de las 4 "C": 1) Paciente "C"orrecto; 2) Cirugía y Procedimiento "C"orrecto; 3) Sitio Quirúrgico "C"orrecto y; 4) momento "C"orrecto. Es necesario contar con un plan de acción en caso de error vinculado a la atención médica.

7. Adoptar y promover la atención basada en evidencia

Con la finalidad de reducir la variabilidad clínica, se recomienda el uso de las guías de práctica clínica, así como el seguimiento a los protocolos de cuidados de enfermería.

8. Otorgar cuidados al paciente seguros

Prevenir las caídas y las úlceras por presión en pacientes hospitalizados a través de la identificación correcta de pacientes y de situaciones de alto riesgo. Considerando los protocolos para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados y el protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Recuerde, si el paciente está en cama, deje los barandales arriba. Procure siempre informar al paciente y familiares acerca de medidas preventivas.

9. Hacer co-responsable al paciente de su seguridad

Propiciar un ambiente que facilite que los pacientes y sus familiares expresen sus dudas, verificar que el paciente haya entendido su padecimiento así como su tratamiento, rectificar todos los tratamientos a los que esté siendo sometido, inclusive los alternativos. Es necesario impulsar programas de educación dirigido a los pacientes y sus familiares sobre los cuidados que debe tener.

10. Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente en su institución

Lograr que las instituciones garanticen, midan y adopten medidas correctivas en seguridad del paciente, siempre con un enfoque de gestión de riesgos proactivo. Se sugiere que si el personal de salud se encuentra limitado en sus capacidades, ya sea por cansancio, prisa, asuntos personales, entre otros, pida apoyo y en caso de tener dudas sobre la atención específica de un paciente, consulte al especialista indicado.