
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: MP – DG – 01
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Hoja: 0 de 108

MP – DG – 01 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FIRMA DE AUTORIZACIÓN	FECHA
 Dr. Carlos Tena Tamayo Director General del HRAEB	Diciembre 2016

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVO DEL MANUAL.....	3
III. MARCO JURÍDICO	4
IV. PROCEDIMIENTOS.....	7
1. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES.....	7
2. PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA.....	19
3. PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.....	28
4. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO	50
5. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	79
6. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS.....	91

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ms. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Cesas	M.E.y A.S, Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código: MP - DG -01
			Rev. 1
			Hoja: 2 de 108

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un modelo de calidad y seguridad del paciente, así como una estructura que favorezca la seguridad y la satisfacción de las expectativas en la atención de la salud, ha llevado al HRAEB a buscar estrategias orientadas a mejorar los procesos asistenciales, y un cambio en la cultura de la organización.

El propósito de la implementación de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, es promover mejoras específicas con relación a la seguridad, por medio del desarrollo de un sistema que nos permita implementar acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos médicos como prioridad y evitar eventos adversos basados en las mejores prácticas.

El presente manual integra las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente:

- I. Identificar correctamente a los pacientes.
- II. Mejorar la comunicación efectiva.
- III. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- IV. Procedimientos correctos.
- V. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- VI. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.

Elaborado en conjunto con el Staff de Calidad, basado en los Estándares de Calidad versión 2015, segunda edición, para la Certificación de Hospitales, con el propósito de crear una cultura de calidad en la atención médica de los pacientes en el HRAEB.

El HRAEB es una institución pública que brinda atención médica especializada a pacientes con patologías complejas y poco frecuentes, lo cual requiere una atención segura y de calidad con un personal altamente capacitado, adecuada infraestructura y los recursos materiales necesarios que permitan atender de manera eficaz a su población.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código: MP - DG -01
			Rev. 1
			Hoja. 3 de 108

II. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los lineamientos que permitan estandarizar el desempeño de los profesionales en la atención médica de los pacientes y establecer las barreras de seguridad, que nos ayuden a prevenir riesgos y por lo tanto disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela.

Copia controlada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

III. MARCO JURÍDICO

BASES LEGALES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
 D.O.F. 05/II/1917 hasta su última reforma.

LEYES

Ley General de Salud.
 D.O.F. 07/II/1984 hasta su última reforma.

CÓDIGOS

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.
 Comisión Institucional de Enfermería de la Secretaría de Salud 01-XII-2001.

Código de ética de los servidores públicos de la Administración Pública Federal.
 D.O.F. 31-VII-2002.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
 D.O.F. 14-V-1986 hasta su última reforma.

Reglamento de Insumos para la Salud.
 D.O.F. 04-II-1988 hasta su última reforma.

Reglamento Interno del Consejo de Protección Social en Salud.
 D.O.F. 7-VII-2004

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
 D.O.F. 25-X-2001 hasta su última reforma.

DECRETOS

Decreto por el que se adiciona un artículo 28 BIS a la Ley General de Salud.
 D.O.F. 05-III-2012.

Decreto por el que se modifica la fracción II del artículo 188 de la Ley General de Salud.
 D.O.F. 31-V-2000.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
D.O.F. 01-IV-1999.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
D.O.F. 02-V-2006.

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables.
D.O.F. 16-II-1999 hasta su última reforma.

OTROS ORDENAMIENTOS

Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos 1996.
D.O.F. 15-XI-1996.

Catálogo de Medicamento Genéricos Intercambiables.
D.O.F. 11-VIII-1998 Quincuagésima Quinta Actualización del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables
D.O.F. 11-XII-2007.

Estándares para la Certificación de Hospitales 2015 segunda edición, Sistema Nacional para la Certificación de Hospitales.
Consejo General de Salubridad, México D.F. 01-IX-2015.


Sistema Nacional de Calidad y Acreditación de establecimientos del Sistema de Salud, Obtenido el 16 de agosto de 2016, desde http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dec-acr_01.html.

Libro para el proveedor de SVCA (Soporte Vital Cardiovascular Avanzado), 2011, American Heart Association.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
D.O.F. 15-X-2012.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código: MP – DG –01
			Rev. 1
			Hoja: 6 de 108

NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
D.O.F. 08-I-2013.

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
D.O.F. 19-II-2013.

NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 02-IX-2013.

NOM-022-SSA3-2007, Para la administración de terapia de infusión.
D.O.F.18-IX-2012.

NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud D.O.F. 30-XI-2012.

NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
D.O.F.20-XI-2009.

NOM-073-SSA1-2005, Estabilidad de fármacos y medicamentos.
D.O.F. 04-I-2006 hasta su última reforma.




NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
D.O.F. 07-I-2013.

NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentos e instalaciones para su preparación.
D.O.F. 04-III-2011.

NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos.
DOF; 09-XII-2014.

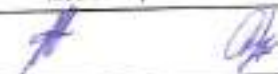


Copia Controlada




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL GENERAL DE PINAR DEL RÍO ALTA ESPECIALIZACIÓN</small>	Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES.		Hoja: 7 de 108

IV. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Cases	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas / Dr. Fernando Contreras Zavala	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería / Miembro de COCASEP	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 8 de 108

1.0 Propósito

- 1.1 Prevenir errores que involucren a pacientes equivocados, mediante el uso estandarizado de dos datos que permitan identificar en los momentos críticos, de manera confiable y oportuna a la persona a quién está dirigido un servicio, procedimiento o tratamiento de riesgo en el Hospital de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Subdirección de Enfermería y Subdirección de Atención al Usuario.
- 2.2 A nivel externo aplica a Servicios de Camillería, Cocina y Vigilancia del Inversionista Proveedor, Servicios Subrogados (Hemodiálisis y Laboratorio).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Los dos datos de identificación de pacientes definidos por el HRAEB son:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento.

- 3.2 El personal de la Subdirección de Atención al Usuario es responsable de elaborar:

- a) Identificación impresa, con las siguientes características (Ver Anexo 10.1 Identificación impresa):
- Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento con letra Arial N° 32.
 - El resto de los datos de la hoja impresa (número de expediente, servicio y médico tratante, fecha de ingreso y número de cama) con letra Arial N° 22.
 - En la parte inferior se debe dejar un espacio de 4 cm para registrar las alergias del paciente.
- b) Impresión y colocación del brazalete para identificación del paciente (Hospitalización, Quirófano Ambulatorio y Hemodinamia), que incluye los siguientes datos (Ver Anexo 10.2 Brazalete de identificación):
- Nombre completo del paciente.
 - Fecha de nacimiento.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Expediente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 9 de 108

- c) Elaboración de gafete con los dos datos de identificación para los pacientes de servicios ambulatorios (Quimioterapia, Endoscopia, Radioterapia, Urodinamia, Medicina Nuclear, Rehabilitación, Fisiología Pulmonar y Hemodiálisis). (Ver Anexo 10.3 Gafete).
- d) Consideración especial para neonatos y lactantes menores no registrados, que ingresen o pudieran nacer en el hospital, los dos datos de identificación serán: los apellidos de la madre y la fecha de nacimiento. En el caso de nacimientos múltiples los datos de identificación serán: los apellidos de la madre, fecha de nacimiento y gemelo1, gemelo2, etc.
- e) Consideración especial para los pacientes desconocidos (estado de conciencia alterado, sin familiar responsable y sin identificación oficial), que ingresen de manera espontánea, los dos datos de identificación serán: "PACIENTE DESCONOCIDO", y número de folio del sistema los cuales serán colocados en el brazalete al ingresar al hospital.
- f) Consideración especial para la identificación de cadáveres, con el propósito de evitar confusión o retraso en el proceso de entrega al servicio funerario. Es responsabilidad del personal de enfermería mantener el brazalete de identificación en el cadáver y llenar las dos etiquetas de la bolsa mortaja; colocando una en el cuerpo del cadáver y otra atada al cierre con los siguientes datos:
- Nombre completo.
 - Fecha de nacimiento.
 - Número de expediente.
 - Fecha y hora del fallecimiento.
- g) A los pacientes que provienen de otras unidades hospitalarias para servicios subrogados se les debe colocar el brazalete con los dos datos de identificación al ingresar y permanecer con él durante su estancia en el HRAEB.

3.3 El sitio para colocar el brazalete de identificación en los pacientes es el siguiente:

- En pacientes lactantes mayores y adultos en la muñeca. Cuando este compromete o dificulta los cuidados o en pacientes con algún problema de estructura o anatomía, debe colocarse en el tobillo.
- Recién nacido y lactante menor, debe colocarse en el tobillo.
- En pacientes en quienes para realizar algún procedimiento se requiera retirar el brazalete, deberá solicitarse la reposición inmediata y colocarse en alguna otra extremidad.
- En pacientes con alteración de la integridad de la piel, la estructura, anatomía o requiera procedimientos invasivos en cualquiera de sus extremidades el brazalete de identificación




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL ESPECIALIZADO</small>	Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 10 de 108

deberá colocarse en la cabecera de la cama y durante sus traslados adherido a la portada del expediente clínico.

- 3.4 Es responsabilidad de todo el personal reportar inmediatamente al personal de Gerencia Social a los pacientes sin brazalete de identificación o que los datos estén equivocados o ilegibles, para su reposición y reportarlo al Staff de Calidad del Hospital como una cuasi falla a través del sistema de notificación de incidentes (Ver Anexo 10.3 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias).
- 3.5 Es responsabilidad del personal involucrado en la atención del paciente, verificar los dos datos de identificación preguntándolos directamente al paciente o familiar, justo antes de los siguientes momentos críticos:
- Administración de medicamentos.
 - Transfusión de Sangre y Hemocomponentes.
 - Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
 - Realización de estudios de gabinete.
 - La realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo.
 - La dotación de dietas.
- 3.6 En los pacientes en quienes no es posible preguntar directamente los datos de identificación por su estado clínico, por su edad y/o por falta de familiar acompañante, al menos deberán verificarse en el brazalete.
- 3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería, identificar con nombre y fecha de nacimiento, los cajetines que contienen medicamentos, soluciones parenterales y materiales de curación de cada paciente.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cesás	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 11 de 108

4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Elaboración de papelería para la identificación del paciente	Responsable: Personal de la Subdirección de Atención al Usuario
1.1 Elabora identificación impresa y brazaletes del paciente de acuerdo a la política 3.1 y 3.2. <ul style="list-style-type: none"> Identificación impresa. Brazaletes de identificación. Gafete de identificación. 	
Etapa 2.0 Identificación del paciente	Responsable: Personal de la Subdirección de Atención al Usuario
2.1 Coloca al paciente el brazaletes de identificación de acuerdo a la política 3.3. <ul style="list-style-type: none"> Brazaletes de identificación. 	
2.2 Coloca identificación impresa del paciente en el acrílico el cual se encuentra en la cabecera de la cama del paciente. <ul style="list-style-type: none"> Identificación impresa 	
2.3 Entrega paciente al personal de enfermería de Admisión Continua u Hospitalización.	
Etapa 3.0 Recepción del paciente y su documentación	Responsable: Personal de Enfermería responsable del paciente
3.1 Recibe paciente con brazaletes, expediente clínico completo, estudios especiales e identificación impresa. <ul style="list-style-type: none"> Expediente clínico. Estudios especiales. Identificación impresa. 	
3.2 Corroborar que los datos de identificación del paciente sean correctos.	
<p>¿La identificación del paciente es correcta?</p> <p>Si: Pasa a etapa 4.0 No: Pasa a etapa 1.0</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cesca	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruválcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tarreño
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

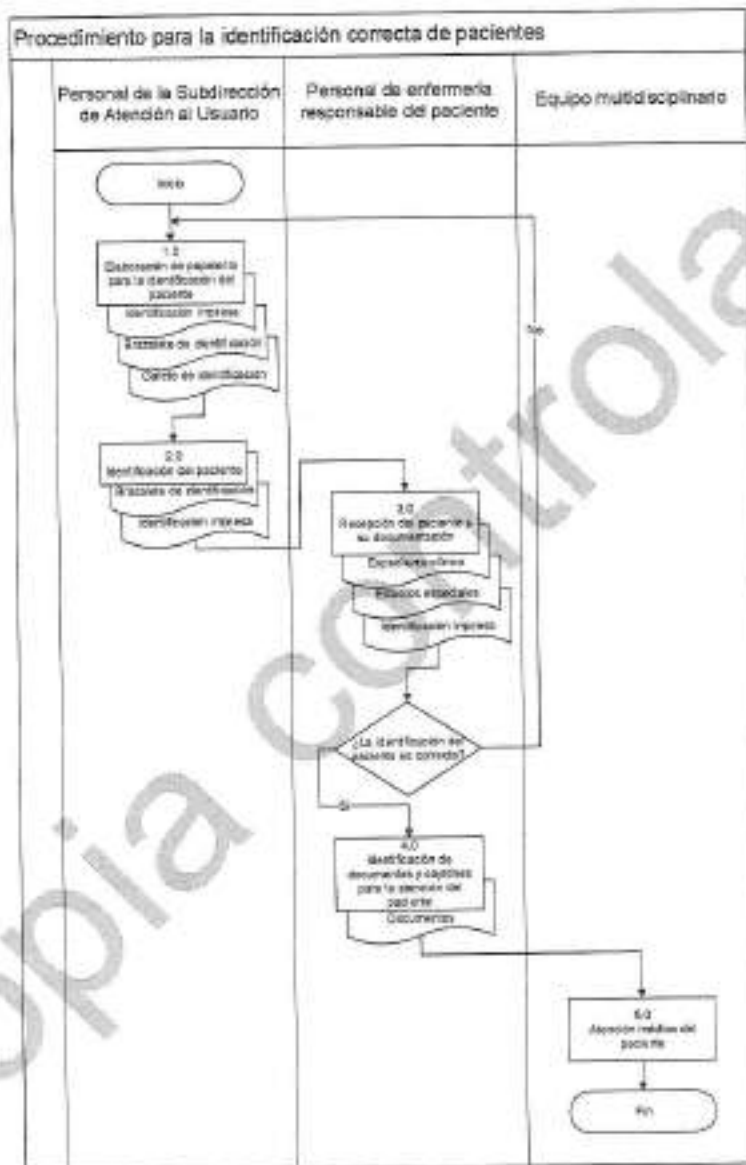
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL RED ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 12 de 108

Etapa 4.0 Identificación de documentos y cajetines para la atención del paciente	Responsable: Personal de Enfermería responsable del paciente
4.1 Escribe en forma clara y visible el nombre del paciente y fecha de nacimiento en el anverso de la carpeta de enfermería.	
4.2 Elabora etiquetas de identificación de cajetines de medicamentos y material de curación con los dos datos de identificación del paciente.	
4.3 Llena documentos y papelería del paciente identificándolos correctamente.	
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos. 	
Etapa 5.0 Atención médica del paciente	Responsable: Equipo multidisciplinario
5.1 Verifica los dos datos de identificación preguntándolos directamente al paciente o familiar, justo antes de los momentos críticos mencionados en la política 3.5.	
TERMINA PROCEDIMIENTO	




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 13 de 108

5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 14 de 108

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No Aplica
Procedimiento de ingreso de pacientes a hospitalización. Aprobado por COMERI el 3 de agosto de 2010.	HRAEB-SDE-MPAH-IH-02
Procedimiento de traslado intrahospitalario de paciente. Aprobado por COMERI el 3 de agosto de 2010.	HRAEB-SDE-MPAH-TIH-03

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE-SE-037

8.0 Glosario

- 8.1 Acrílico:** Material plástico colocado en la pared de la cabecera de cada unidad de paciente, en donde se coloca la hoja con datos de identificación.
- 8.2 Cajetin:** Caja plástica para el almacenamiento de medicamentos o materiales ubicados en las diferentes áreas del hospital.
- 8.3 Carpeta de enfermería:** Fólter en donde se resguarda la hoja de indicaciones médicas y la hoja de registros clínicos de enfermería.
- 8.4 Cuasi falla:** Aquel acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- 8.5 Identificador:** Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en los diferentes documentos del paciente (expediente clínico, toda documentación que requiera datos del paciente), y en los dispositivos de identificación del paciente (brazalete de identificación,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 15 de 108

membretes). Para el caso del HRAEB, se ha determinado el uso de dos identificadores: el nombre completo y fecha de nacimiento.

- 8.6 **Lactante mayor:** Persona de 1 a 3 años de edad.
- 8.7 **Lactante menor:** Persona de 1 a 12 meses.
- 8.8 **Neonato/Recién nacido:** Del nacimiento a 30 días.
- 8.9 **Paciente desconocido:** Paciente con estado de conciencia alterado, sin familiar responsable y sin identificación oficial.
- 8.10 **Paciente equivocado:** Es la persona en quien se realiza tratamientos y/o procedimientos destinados a otro paciente, es sólo uno de los varios tipos de errores médicos que pueden darse durante la atención médica.
- 8.11 **Pulsera de identificación:** Cerco de plástico o de papel que se lleva en la muñeca para llevar en ella los datos personales necesarios para ser reconocido.
- 8.12 **Servicios ambulatorios:** Son aquellos en donde se llevan a cabo procedimientos con fines de tratamiento y/o diagnóstico a los pacientes y estos solo permanecen por tiempos definidos: Endoscopia, Hemodiálisis, Urodinamia, Medicina Nuclear, Radioterapia, Quimioterapia, Rehabilitación y Fisiología Pulmonar.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre de 2016	Rediseño del procedimiento, actualización del propósito, políticas y descripción del procedimiento, de acuerdo a la cédula de certificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcábe Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 16 de 108

10.0 Anexos

10.1 Identificación impresa.

Hospital Regional de Alta Especialidad Baja
 Blvd. México 130 San Carlos de la Barba
 CP 23600 La Paz, Baja California Sur
 Cómputo: 01 (01) 292 2800 Fax: 01 (01) 292 2801
 www.hospital.aead.baja.sur.mx

Nombre: _____

Fecha de nacimiento:

Nº Expediente:




Servicio:
 Trasplantes

Médico tratante:

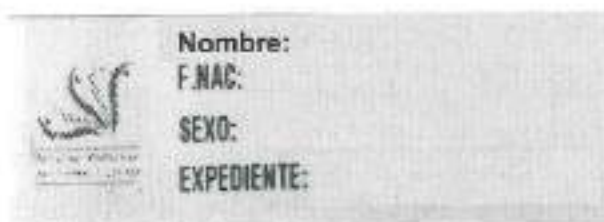
Fecha de ingreso: **Nº Cama:**

Alergias:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvakaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 17 de 108

10.2 Brazaletes de identificación.



Nombre:
 F.NAC.:
 SEXO:
 EXPEDIENTE:

10.3 Gafete de identificación.





HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

Folio: 1

SERVICIO: _____

VIGENCIA 2016




NOMBRE: 2

Fecha de nacimiento: 3

Instructivo para su llenado:

1. Se coloca el folio (Control de Subdirección de Atención al Usuario).
2. Se registrará el nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s).
3. Se registrará la fecha de nacimiento del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 07
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES		Hoja: 18 de 108




10.4 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAÑO
Subdirección de Enfermería
Reporte de Incidencias

Fecha: _____ Hora: _____




PERSONAL INVOLUCRADO:		Turno:	Fecha:	Hora:
Nombre(s):		Puesto:		
TIPO DE INCIDENTE:				
<input type="checkbox"/> Admisión de pacientes <input type="checkbox"/> Omisión de guantes <input type="checkbox"/> Rotación incorrecta <input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas <input type="checkbox"/> Otro Específico:	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retiro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Datos al ingresar <input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Otro Específico:	
	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retiro		<input type="checkbox"/> Datos <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Ferviente	
	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retiro		<input type="checkbox"/> Datos <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Ferviente	
	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retiro		<input type="checkbox"/> Datos <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Ferviente	
	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retiro		<input type="checkbox"/> Datos <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Ferviente	
Nombre del paciente:		Apellido:	Edad:	Sexo:
Calle:		Calle:	Calle:	Calle:
Narrativa de la incidencia, lugar y tiempo de ocurrencia:				
Fecha y hora de ocurrencia de la incidencia:		Fecha y hora de la respuesta:		
HRAE-SE-037-001		HRAE-SE-037-001		
SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA:				
RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:				
Fecha y hora de cierre de respuesta a la incidencia:		Fecha y hora:		
HRAE-SE-037-001		HRAE-SE-037-001		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 19 de 108

2. PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvelcabe Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 20 de 108

1.0 Propósito

1.1 Implementar la barrera de seguridad: Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, para garantizar la comunicación efectiva en indicaciones o reportes de resultados verbales o telefónicos dentro del (HRAEB).

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería.

2.2 A nivel externo no aplica.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Las indicaciones médicas y reportes de resultados urgentes de patología, imagenología o gabinete verbales o telefónicas serán permitidas únicamente utilizando el proceso de "Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar".

3.2 El proceso para realizar indicaciones y reportes de resultados de gabinete verbales y telefónicas deberá realizarse de la siguiente forma:

- ESCUCHAR completamente la indicación o el resultado por parte del receptor;
- ESCRIBIR (hoja de indicaciones médicas) la indicación o el resultado de patología, imagenología o gabinete por parte del receptor de la información.
- LEER, por parte del receptor de la indicación o el resultado de patología, imagenología o gabinete, tal como lo escribió,
- CONFIRMAR por parte del emisor de la indicación o del resultado de patología, imagenología o gabinete, que lo que se ha escrito y leído es exactamente lo que se indicó o reportó.



3.3 Solo están autorizados para dar indicaciones médicas y reportar resultados urgentes de patología o gabinete verbales o telefónicos (emisor autorizado), el:

- Personal médico adscrito (medicamentos).
- Personal médico de patología (reporte de resultados de estudios transoperatorios).
- Personal adscrito de imagenología (reporte de resultados críticos).
- Personal médico residente (indicaciones de urgencia).

3.4 Solo están autorizados para recibir órdenes médicas y resultados urgentes de patología o gabinete verbales o telefónicos (receptor autorizado), el:

- Personal médico adscrito.
- Personal de enfermería adscrito.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 21 de 108

- Personal médico residente.

- 3.5 Las indicaciones telefónicas en los servicios de hospitalización se registran en el formato de indicaciones médicas, con los siguientes datos: indicación médica, fecha, hora, nombre del médico que emite la indicación, nombre y firma del personal que recibe la indicación médica telefónica. (Ver Anexo 10.1 Indicaciones médicas).
- 3.6 Es responsabilidad del médico que emitió las indicaciones médicas telefónicas, firmar la indicación en un lapso no mayor a 24 horas para los servicios de hospitalización. Si en 24 horas el médico responsable no ha firmado, el personal de enfermería deberá reportarlo como una cuasi falla al Staff de Calidad. (Ver Anexo 10.2 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias).
- 3.7 Los resultados urgentes de imagenología y gabinete se registran en el formato de indicaciones médicas, incluyendo los siguientes datos:
- Identificación del paciente (Nombre y fecha de nacimiento).
 - Nombre completo de quien emite resultado.
 - Resultado urgente que se recibió.
 - Nombre completo de quien recibió el reporte del resultado.
 - Fecha y hora del reporte del resultado.
- 3.8 Los resultados de estudios transoperatorios son reportados a la brevedad por vía telefónica (altavoz) en la sala de operaciones al médico cirujano y al equipo quirúrgico, por el médico patólogo y posteriormente lo registra en el expediente electrónico.
- 3.9 Para las indicaciones verbales durante un procedimiento quirúrgico y durante la atención en cualquier urgencia médica o situación crítica que ponga en riesgo la vida del paciente en cualquier área del hospital, el proceso que debe realizarse será "Escuchar-Repetir-Confirmar y al estabilizar al paciente Escribir".
- 3.10 En el laboratorio del HRAEB no está permitido reportar resultados verbales o telefónicos, porque todos los resultados son reportados a través del Sistema Modulab de forma inmediata.
- 3.11 Cualquier desapego detectado en el proceso para realizar indicaciones médicas y reportes de resultados de gabinete verbal y telefónico, debe ser reportado como una cuasi falla al Staff de Calidad.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cazas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 22 de 108

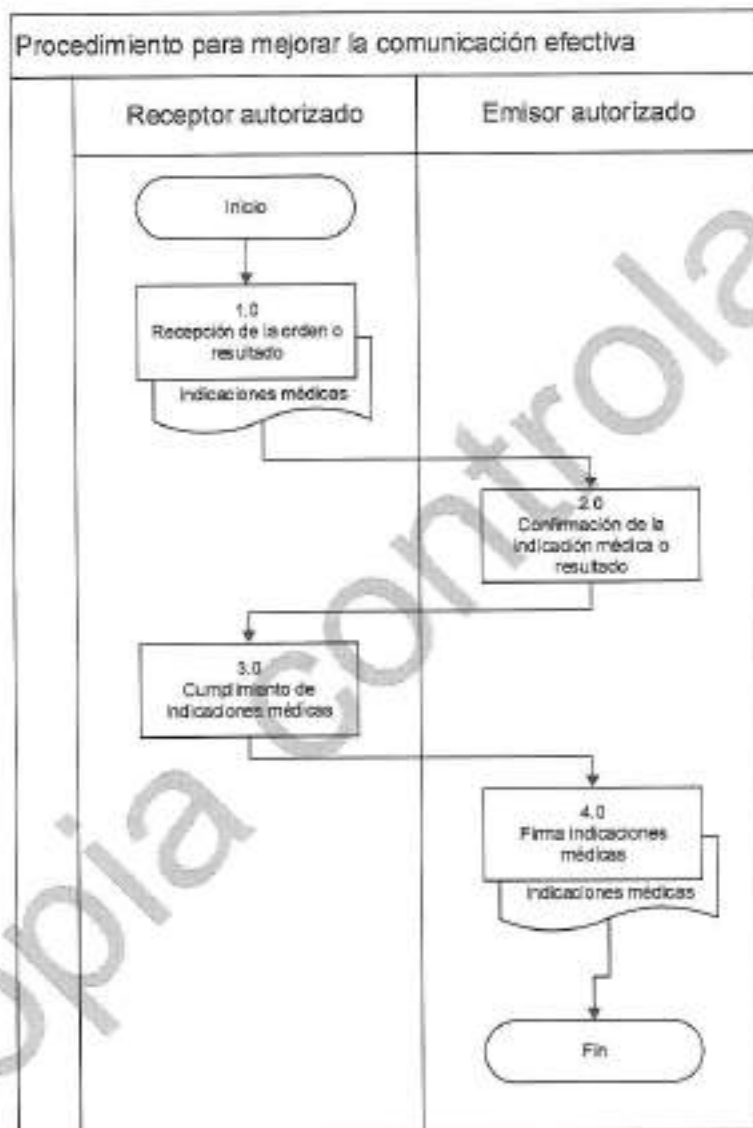
4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Recepción de la orden o resultado	Responsable: Receptor autorizado
1.1 Escucha la indicación médica o resultados urgentes de patología, imagenología o gabinete vía telefónica por parte del personal médico.	
1.2 Escribe la indicación médica o resultados urgentes de patología, imagenología o gabinete en la hoja de indicaciones médicas. <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones médicas. 	
1.3 Lee la indicación o el resultado de patología, imagenología o gabinete, tal como lo escribió.	
Etapa 2.0 Confirmación de la indicación médica o resultado	Responsable: Emisor autorizado
2.1 Confirma que la indicación médica o el resultado de patología, imagenología o gabinete, que se ha escrito y leído es exactamente lo que se indicó o reportó.	
Etapa 3.0 Cumplimiento de indicaciones médicas	Responsable: Receptor autorizado
3.1 Da cumplimiento a la indicación médica recibida.	
Etapa 4.0 Firma indicaciones médicas	Responsable: Emisor autorizado
4.1 Firma la indicación médica de acuerdo a la política 3.6. <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones médicas. 	
TERMINA PROCEDIMIENTO	




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 23 de 108

5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>INSTITUTO REGISTRAL DE LA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 24 de 108.

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No Aplica
NOM - 004 - SSA3 - 2012, Del expediente clínico. Publicado en el D.O.F 15/10/2012.	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Indicaciones médicas	5 años	Archivo clínico	No Aplica
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE-SE-037

8.0 Glosario

- 8.1 Cuasi falla:** Aquel acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- 8.2 Emisor:** Es la persona que genera el mensaje (indicaciones médicas y reportes de resultados urgentes, de patología, imagenología o gabinete verbales o telefónicas) y lo transmite por medio de un canal al receptor.
- 8.3 Estudios transoperatorios:** Es el procedimiento solicitado durante alguna intervención quirúrgica que se realiza con estudio citológico y cortes por congelado del tejido enviado para realizar un diagnóstico histopatológico que defina la conducta quirúrgica.
- 8.4 Indicación médica verbal y/o telefónica:** Descripción del tratamiento a seguir con el paciente que otorga el personal médico de forma oral o mediante el uso de un medio de comunicación externo.
- 8.5 Modulab:** Sistema informativo de laboratorio clínico.
- 8.6 Prescripción médica:** Acto científico, ético y legal, mediante el cual el profesional médico indica un tratamiento incluyendo tipo de medicamento, tiempo y frecuencia de su uso, con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carice Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Medico Especialista A.	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 25 de 108




8.7 **Receptor:** Es la persona a quien va dirigido el mensaje; realiza el proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta dicho mensaje.

8.8 **Urgencia médica:** Lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre del 2016	Rediseño del procedimiento, actualización del propósito, políticas y descripción del procedimiento, de acuerdo a la cédula de certificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA		Hoja: 26 de 108

10.0 Anexos

10.1 Indicaciones médicas



1.0 MEDICACIÓN

1. Dosis normal mantenida de Sodio en 1200 mEq, especial atención por diarrea.

2. SOLUCIONES

- Solución salina al 0.9% 1000 ml cada 8 hrs en 20 hrs

3. MEDICAMENTOS

- Etanercept 25 mg IV cada 8 hrs
- Furosemida 20 mg IV cada 8 hrs
- Enoxaparina 30 mg sc qd
- Metoprolol 50 mg IV cada 12 hrs (H 04:00, 20:00)
- Ranitidina 30 mg IV cada 8 hrs
- Clozapina 40 mg SC qd

4. MEDIDAS GENERALES

- Retiro naftin
- Cuidado de úlceras venosas
- Cuidado de heridas quirúrgicas
- Uso de medias elásticas
- Control de líquidos y registros para diuresis
- Posición anti-tilt, cama con bombas de aire, termómetro ambiental
- Distribución de la familia

El punto 10 de junio 2016 según de las 22:00 hrs de la noche se retiró el paciente a su habitación para el día siguiente.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cassas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tana Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

10.2 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SAFO
Subdirección de Enfermería
Reporte de Incidencias



PERSONAL INVOLUCRADO:		Turno:	Fecha:	Hora:
Número(s):		Puesto:		
Tipo de Incidencia: <input type="checkbox"/> Administración no modificativa <input type="checkbox"/> Dirección de enfermería <input type="checkbox"/> Atención enfermerológica <input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas <input type="checkbox"/> Otro Específico:	Tipo de Incidencia: <input type="checkbox"/> Error <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Prevalencia <input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Datos al paciente <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Otro Específico:	<input type="checkbox"/> Desactivo <input type="checkbox"/> Instrumental <input type="checkbox"/> Físico
	Nombre del Usuario:	Servicio/Area:	Colegio:	Cargo:
	Nombre y Firma de quien elabora el reporte:	Fecha y Firma de la autorización de la incidencia:		PRAL-06-037-001
	SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA:			
RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:				
Nombre y Firma de quien elabora el compromiso a la incidencia:		Fecha y Firma:		PRAL-06-037-001

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cesca	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 28 de 108

3. PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Céspedes	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 29 de 108

1.0 Propósito

- 1.1 Implementar la doble verificación como barrera de seguridad para prevenir errores de medicación durante la preparación y durante la administración vía parenteral de medicamentos de alto riesgo en los pacientes del HRAEB.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería.

- 2.2 A nivel externo no aplica.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Los medicamentos de alto riesgo para el HRAEB son los siguientes:

ELECTROLITOS CONCENTRADOS

1. Cloruro de potasio 1.49g/10 ml.
2. Fosfato de Potasio Di básico 1.550g/10 ml y Monobásico 0.300g/ 10ml.
3. Bicarbonato de Sodio 3.75g/50 ml.
4. Bicarbonato de Sodio 0.75g/10 ml.
5. Gluconato de Calcio 1g/10 ml.
6. Sulfato de magnesio 1g/10 ml.
7. Cloruro de Sodio 0.177g/10 ml.

ANTICOAGULANTES

1. Heparina 10,000 ui/10 ml y 25,000 ui/5 ml.
2. Enoxaparina 20mg/0.2 ml; 40 mg/0.4 ml y 60 mg/0.6 ml.

INSULINAS

1. Insulina Humana Acción intermedia (NPH) 100 ui/ml.
2. Insulina Humana Acción rápida regular 100 ui/ml.
3. Insulina Lispro 100 ui/ml.
4. Insulina Glargina (3) 3.64mh/ml.
5. Insulina Lantus.

RADIOFARMACOS

1. Galio-67 unidosis 5 mCi.
2. HMDP-Tc99m unidosis 20 mCi.
3. Mebrofenin-Tc99m unidosis 10 mCi.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 30 de 108

4. DTPA-Tc99m unidosis 5 mCi.
5. MAA-Tc99m unidosis 2 mCi.
6. MAG3-Tc99m unidosis 5 mCi.
7. SnCl + Tc99m 1.5mg + 20 mCi.
8. ECD - Tc99 unidosis 10mCi.
9. Coloide de Azufre-Tc99m unidosis 10mCi.
10. MBI-Tc99 unidosis 25 mCi.
11. Yoduro de sodio-131 unidosis 5 mCi.
12. Yoduro de sodio-131 unidosis 10 mCi.
13. Yoduro de sodio-131 unidosis 15 mCi.
14. Yoduro de sodio-131 unidosis 20 mCi.
15. Yoduro de sodio-131 unidosis 25 mCi.
16. Yoduro de sodio-131 unidosis 30 mCi.
17. Pertecneciato unidosis 10 mCi.
18. MBG-I131 unidosis 1.5 mCi.
19. DMSA-V-Tc99m unidosis 10 mCi.
20. Samario-153 unidosis 100 mCi.
21. DMSA-Tc99m unidosis 5 mCi.
22. Eritrocitos marcados con Tc99 unidosis 10 mCi.
23. UBI-29-41-Tc99m unidosis 20 mCi.
24. Ciprofloxacino-Tc99m unidosis 20 mCi.
25. Talio-201 unidosis 5 mCi.
26. 111- InPentretotide unidosis 3.3 mCi.
27. Coloide de Renio-Tc99m+Azul patente unidosis 2 mCi + 2ml.
28. F18-FDG unidosis 10 mCi.


QUIMIOTERAPÉUTICOS:




1. Bevacizumab 400mg.
2. Bleomicina solución inyectable 15 UI/5 ml.
3. Capecitabina 500 mg.
4. Carboplatino solución inyectable 150 mg.
5. Carboplatino solución inyectable 450 mg.
6. Ciclofosfamida solución inyectable 200 m.
7. Ciclofosfamida solución inyectable 500 mg.
8. Cisplatino solución inyectable 10 mg.
9. Cisplatino Solución inyectable 50 mg.
10. Citarabina solución inyectable 500 mg.
11. Dacarbazina solución inyectable 200 mg.
12. Daunorubicina solución inyectable 200 mg.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casta	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 31 de 108

13. Docetaxel solución inyectable 80 mg/6ml.
14. Doxorubicina solución inyectable 10 mg.
15. Doxorubicina solución inyectable 50 mg.
16. Epirubicina solución inyectable 10 mg.
17. Epirubicina solución inyectable 50 mg.
18. Etoposido solución inyectable 100 mg/5ml.
19. Fludarabina solución inyectable 50 mg.
20. Fluorouracilo 250 mg envase con 10 ampollitas o frasco ampula de 10 ml.
21. Gemcitabina solución inyectable 1 g.
22. Gemcitabina solución inyectable 200 mg.
23. Ifosfamida solución inyectable 1g.
24. Irinotecan solución inyectable 100 mg/5ml.
25. L-asparginasa solución inyectable 10,000 UI.
26. Metotrexato solución inyectable 50 mg.
27. Metotrexato solución inyectable 500 mg.
28. Metotrexato tableta 2.5 mg.
29. Mitomicina solución inyectable 5 mg.
30. Mitoxantrona solución inyectable 20mg/10 ml.
31. Oxaliplatino solución inyectable 100 mg.
32. Oxaliplatino solución inyectable 50 mg.
33. Paclitaxel solución inyectable 30 mg.
34. Paclitaxel solución inyectable 300 mg/50 ml.
35. Panitumumab de 100 mg.
36. Rituximab solución inyectable 500 mg/50 ml.
37. Temozolomida capsula 100 mg.
38. Temozolomida capsula 20 mg.
39. Trastuzumab solución inyectable 440 mg/ 20ml.
40. Vinblastina solución inyectable 10 mg/10 ml.
41. Vincristina solución inyectable 1 mg/10 ml.
42. Vinorelbina capsula Con 20 mg.
43. Dactinomicina solución inyectable 0.5 mg.
44. Mercaptopurina tableta 50 mg.
45. Cetuximab 100 mg/20 ml.
46. Bicalutamida tableta 150 mg.
47. Bicalutamida tableta 50 mg.
48. Busulfan tableta 20 mg.
49. Cabazitaxel acetona solvato 60mg/ 1.5 ml.
50. Carmustina solución inyectable 100mg/3 ml.
51. Difenilato de lapatinib 250mg envase con 50 tabletas.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectores de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR – DG – 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 32 de 108

- 52. Docetaxel 20mg/1.5ml.
- 53. Idarubicina solución inyectable 5 mg.
- 54. Mafalan solución inyectable 50 mg.
- 55. Mefalan tab. 2 mg.
- 56. Tasonermina (Factor de necrosis tumoral ALFA) amp. 1 mg.




- 3.2. Los medicamentos de alto riesgo deben etiquetarse de forma individual, conforme a los siguientes lineamientos:
- a) Electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes se rotulan con etiqueta circular color naranja (ALERTA VISUAL) con la leyenda "ALTO RIESGO" por el personal de Farmacia.
 - b) Las Soluciones Parenterales y Nutriciones Parenterales Totales (NPT) que contienen medicamentos de alto riesgo se identifican por el personal de enfermería con etiqueta que contiene un círculo en el extremo superior derecho, el cual deben rellenar de color rojo (ALERTA VISUAL) cuando aplique. (Ver Anexo 10.1 HRAEB – SE – 09.1 Etiqueta de identificación soluciones).
 - c) Las mezclas oncológicas se identifican por parte del personal de Farmacia con etiqueta que contiene un círculo color rojo (ALERTA VISUAL) en el extremo superior derecho. (Ver Anexo 10.2 Etiqueta de identificación de mezclas).
- 3.3. En el Área de Farmacia y el Sub Almacén de Hemodinamia, el resguardo de los electrolitos concentrados y anticoagulantes se encuentran ubicados en estanterías exclusivas. Las insulinas se encuentran resguardadas dentro de un contenedor específico en el refrigerador. Los quimioterápicos se encuentran en refrigerador y estantería específica resguardados en Farmacia. El resguardo y separación deben ser supervisados por el Jefe del Servicio de Farmacia Intrahospitalaria.
- 3.4. En el Servicio de Quimioterapia Ambulatoria y Servicios de Hospitalización, las mezclas oncológicas se resguardan en cajetines, contenedores o refrigerador, según corresponda, ubicados en el área de preparación de medicamentos de acuerdo con la tabla de estabilidades de medicamentos oncológicos. (Ver PR – SE – 21 Procedimiento de recepción y conservación de quimioterapia en las Áreas de Hospitalización) supervisados por el jefe inmediato de enfermería.
- 3.5. Además de la Farmacia y Sub-Almacén de hemodinamia sólo se permite la presencia de medicamentos de alto riesgo en las siguientes áreas:
- a) Carros de paro en los diferentes servicios ubicados en la parte posterior del cajón de medicamentos, identificados con color naranja, supervisado por el Jefe de Servicio o supervisor, según corresponda.
 - b) Caja roja ubicada en el servicio de Admisión Continua, supervisado por el Jefe de Servicio o supervisor, según corresponda.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Aysla Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 33 de 108




- c) Pixis ubicados en los servicios de Admisión Continua, Quirófano y Terapia Intensiva, supervisado por el Jefe del Servicio de Farmacia Intrahospitalaria.
- d) En Hospitalización el resguardo de los electrolitos concentrados y heparinas, solicitadas para 24 horas bajo indicación médica, se encuentran en el organizador de medicamentos de alto riesgo. Las insulinas se ubican en el refrigerador de cada servicio, supervisado por el Jefe de Servicio o supervisor, según corresponda.
- e) En Terapia Intensiva de Adultos y Pediátricos, los electrolitos concentrados y anticoagulantes se almacenan en contenedor ubicado en la mesa de preparación de medicamentos en cada unidad de paciente, solicitadas para 24 horas bajo indicación médica, supervisado por el Jefe de Servicio o supervisor, según corresponda.
- f) Carros de anestesia en Áreas Quirúrgicas, supervisados por el Jefe de Anestesiología.
- g) En Área de Hemodiálisis las insulinas y anticoagulantes se resguardan en el refrigerador del servicio y se supervisa por la encargada de enfermería.
- 3.6 El químico es el único personal autorizado para la preparación de quimioterapéuticos en la campana de flujo laminar, ubicada en el servicio de quimioterapia ambulatoria bajo indicaciones médicas impresas. (Ver Anexo 10.3 Hoja de Indicaciones Médicas).
- 3.7 Los tratamientos intratecales son preparados por el químico en la campana de flujo laminar y son administrados por el médico tratante en consultorio de quimioterapia ambulatoria para adultos y para niños en el servicio de endoscopia bajo sedación.
- 3.8 En los tratamientos de peritonectomía con quimio-hipertermia peritoneal (HIPEC), los medicamentos quimioterapéuticos son preparados en la sala de operaciones por el personal de enfermería oncológica bajo indicación médica y son administrados por el oncocirujano.
- 3.9 En el procedimiento de perfusión aislada en Quirófano, el médico cirujano es el responsable de administrar el medicamento quimioterapéutico en la extremidad del paciente.
- 3.10 Los medicamentos multidosis como insulinas y heparinas deben ser etiquetados con la fecha, hora de apertura y fecha de expiración, considerando un tiempo de vigencia de 28 días a partir de su apertura por el personal que la realice.
- 3.11 Una vez preparados los medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, insulinas y anticoagulantes) deben ser etiquetados inmediatamente con al menos los siguientes datos: nombre del medicamento, dosis, concentración si corresponde, vía dilución si corresponde, fecha de preparación y de caducidad si corresponde y hora de administración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 06
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 34 de 108

- 3.12 Los radiofármacos son dispensados por el proveedor de la radiofarmacia al servicio de Medicina Nuclear como unidosis en contenedores de plomo de acuerdo a la programación diaria de pacientes, bajo la supervisión del jefe de servicio médico. En los pacientes que durante la evaluación médica se identifica que requieren de una dosis menor a la dispensada por el proveedor, se solicita al químico asignado al servicio, preparar la dosis indicada del medicamento con las medidas de seguridad radiológica y entregarlo a la enfermera para su administración.
- 3.13 Durante la preparación y durante la administración de medicamentos de alto riesgo el profesional responsable, debe llevar acabo la doble verificación.
- 3.14 La doble verificación puede ser realizada por el siguiente profesional de salud capacitado enfermera-enfermera, enfermera-médico, médico-médico, químico-químico, químico-enfermera, químico-médico,
- 3.15 Para realizar la doble verificación durante la preparación de los medicamentos de alto riesgo, cada profesional debe confirmar la identidad del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) y el medicamento prescrito, la caducidad, la dosis (de forma independiente debe realizar el cálculo si corresponde), la vía y la hora correcta de administración, sin consultar con el otro profesional y al final comparar sus conclusiones.
- 3.16 Para realizar la doble verificación durante la administración de los medicamentos de alto riesgo, los dos profesionales verifican simultáneamente los siguientes correctos durante la administración de medicamentos:
1. Paciente correcto (nombre completo y fecha de nacimiento).
 2. Medicamento prescrito correcto.
 3. Dosis prescrita correcta.
 4. Vía de administración correcta.
 5. Hora de administración correcta.
 6. Dilución correcta del medicamento prescrito, si corresponde.
 7. Velocidad de infusión adecuada.
 8. Investigar y vigilar alergias y posibles interacciones.
 9. Informar al paciente sobre el medicamento que se le va a administrar.
- 3.17 Es responsabilidad del personal que realice la doble verificación, firmar en el formato que aplique con la inicial de su primer nombre y su primer apellido.
- 3.18 Toda falta de apego a estas políticas es considerada como un error de medicación, y debe ser reportada al Staff de Calidad con el objetivo de analizarla y realizar propuestas de mejora, para garantizar la seguridad de los pacientes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cezas	M.E. y A.S. Ms. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTO ESPECIALIDAD	Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 35 de 108

3.19 La Reacción Adversa a Medicamentos (RAM), debe ser notificada al Comité de Farmacia y Terapéutica para su seguimiento.

3.20 Quedan prohibidas las indicaciones médicas telefónicas en el área de Quimioterapia Ambulatoria.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 06
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 36 de 108

4.0 Descripción del procedimiento




Etapa 1.0 Prescripción médica	Responsable: Personal Médico responsable del paciente
1.1 Prescribe indicación de medicamentos de alto riesgo previa valoración del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de indicaciones médicas. 	
Etapa 2.0 Revisión y transcripción de indicaciones médicas	Responsable: Profesional de la salud
2.1 Revisa y transcribe indicaciones médicas en formato específico. <ul style="list-style-type: none"> • Formato específico para transcripción de indicaciones médicas. 	
Etapa 3.0 Solicitud de medicamentos de alto riesgo	Responsable: Profesional de la salud
3.1 Elabora vale de solicitud de medicamentos conforme a indicación médica. <ul style="list-style-type: none"> • Vale de medicamentos. (Ver anexo 10.4). 	
Etapa 4.0 Surtimiento de medicamentos de alto riesgo	Responsable: Personal de Farmacia
4.1 Surte los medicamentos de alto riesgo de acuerdo a lo solicitado en el vale. <ul style="list-style-type: none"> • Vale de medicamentos. 	
4.2 Traslada medicamentos en carro dispensador y los distribuye a los servicios solicitantes.	
4.3 Solicita firma de conformidad del profesional de la salud que recibe el medicamento.	
Etapa 5.0 Recepción de medicamentos de alto riesgo	Responsable: Profesional de la salud
5.1 Recibe y verifica el correcto etiquetado y surtido de los medicamentos de alto riesgo por el personal de Farmacia con base a lo solicitado.	
<p>¿El medicamento de alto riesgo es el solicitado y se encuentra correctamente etiquetado?</p> <p>Si: Recibe y firma de conformidad el vale de medicamentos. Pasa a la etapa 6.0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vale de medicamentos. <p>No: No recibe medicamento y solicita el correcto surtimiento al personal de Farmacia.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 6.0 Resguardo de medicamentos de alto riesgo en servicios	Responsable: Profesional de la salud
6.1 Resguarda los medicamentos de alto riesgo conforme a la política 3.5.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ms. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 37 de 108

Etapa 7.0 Preparación de medicamentos de alto riesgo	Responsable: Profesional de la salud
7.1 Reúne los medicamentos, material de curación e indicaciones médicas.	
7.2 Elabora etiqueta de mezclas y medicamentos.	
7.3 Solicita la doble verificación al personal de salud durante la preparación de medicamentos de alto riesgo.	
Etapa 8.0 Realización de doble verificación durante la preparación de medicamentos	Responsable: Profesional de la salud responsable de la doble verificación
8.1 Realiza de manera independiente la doble verificación durante la preparación de los medicamentos de alto riesgo, confirmando la identidad del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) y el medicamento prescrito, la caducidad, la dosis (realiza el cálculo si corresponde), la vía y la hora correcta de administración, sin consultar con el profesional responsable y al final comparan sus conclusiones, de acuerdo a la política 3.15 y 3.16.	
<p>¿La preparación de los medicamentos es correcta de acuerdo con la doble verificación?</p> <p>Si: Registra la inicial de su primer nombre y primer apellido, en el formato donde se registre la administración del medicamento de alto riesgo. Pasa a la etapa 9.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato específico para el registro de la administración de medicamento de alto riesgo. <p>No: Corrigen la cuasi falla. Pasa a la etapa 7.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reporte de incidencias. (Ver Anexo 10.5). 	
Etapa 9.0 Verificación y traslado de medicamentos a la unidad del paciente	Responsable: Profesional de la salud
9.1 Solicita la doble verificación al personal de salud en la administración de medicamentos de alto riesgo.	
9.2 Traslada el medicamento de manera segura hasta la unidad del paciente para su administración.	
Etapa 10.0 Realización de doble verificación durante la administración de medicamentos	Responsable: Profesional de la salud responsable de la doble verificación
10.1 Realizan la doble verificación durante la administración de los medicamentos de alto riesgo, verificando simultáneamente los siguientes correctos con el otro profesional de la salud, como se indica en las políticas 3.15 y 3.16.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 36 de 108

¿La doble verificación fue correcta?

Si: Firma en el formato donde se registra la administración del medicamento de alto riesgo. Pasa a la etapa 11.0.

- Formato específico para el registro de la administración de medicamento de alto riesgo.

No: Corrigen la cuasi falla, Pasa a la etapa 7.0.

- Reporte de incidencias.

Etapa 11.0 Vigilancia de reacciones durante la administración de medicamentos o mezclas	Responsable: Profesional de la salud
---	---

11.1 Administra el medicamento o instala la mezcla y vigila la posible aparición de reacciones adversas.

¿Presenta el paciente reacción adversa?

Si: Suspende administración de medicamento o mezcla, lava vena con solución salina, si corresponde. Pasa a la etapa 12.0.

No: Lava acceso vascular posterior a la administración del medicamento con solución salina. Pasa a la etapa 13.0.

Etapa 12.0 Notificación de evento adverso	Responsable: Profesional de la salud
---	---

12.1 Notifica al médico del servicio para nueva indicación.

12.2 Reporta en formato de reporte de evento adverso.

- Reporte de incidencias.

Etapa 13.0 Ordena el área de trabajo	Responsable: Profesional de la salud
--------------------------------------	---

13.1 Al término de la administración de medicamentos desecha los insumos utilizados acorde a NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

13.2 Ordena el área de trabajo.

Etapa 14.0 Registro del procedimiento	Responsable: Profesional de la salud
---------------------------------------	---

14.1 Registra el procedimiento realizado en formato correspondiente.

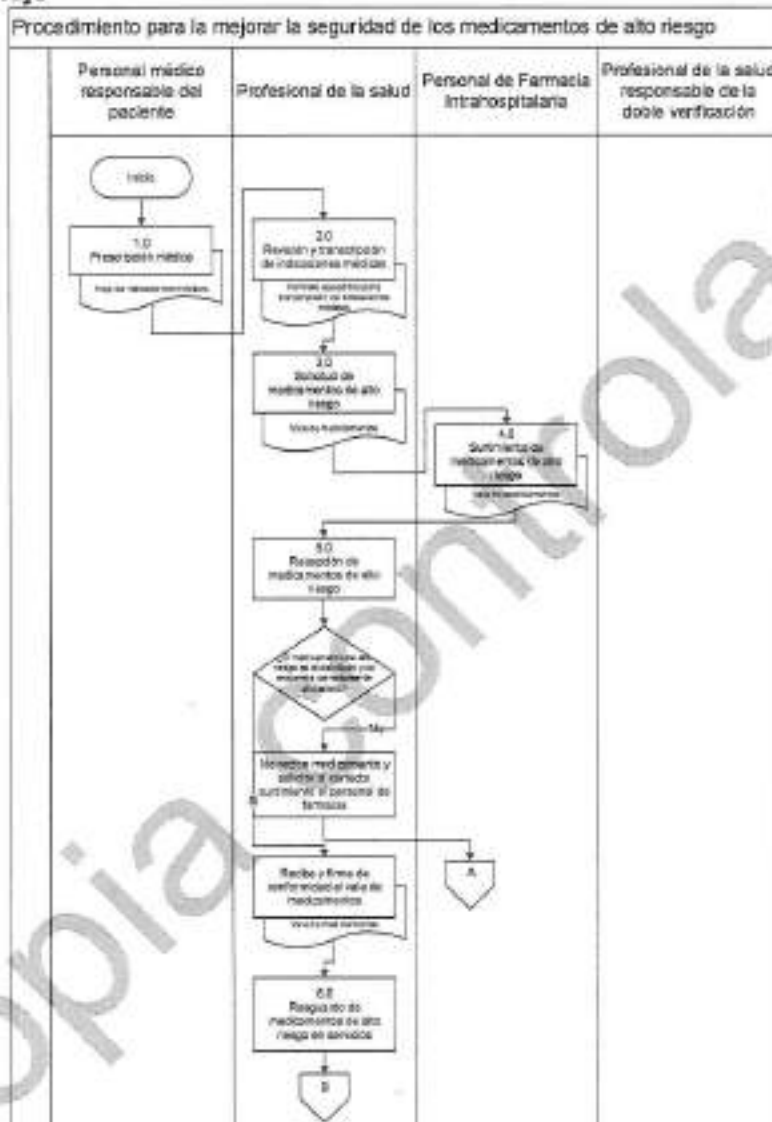
- Formato específico para el registro de la administración de medicamento de alto riesgo.

TERMINA PROCEDIMIENTO




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

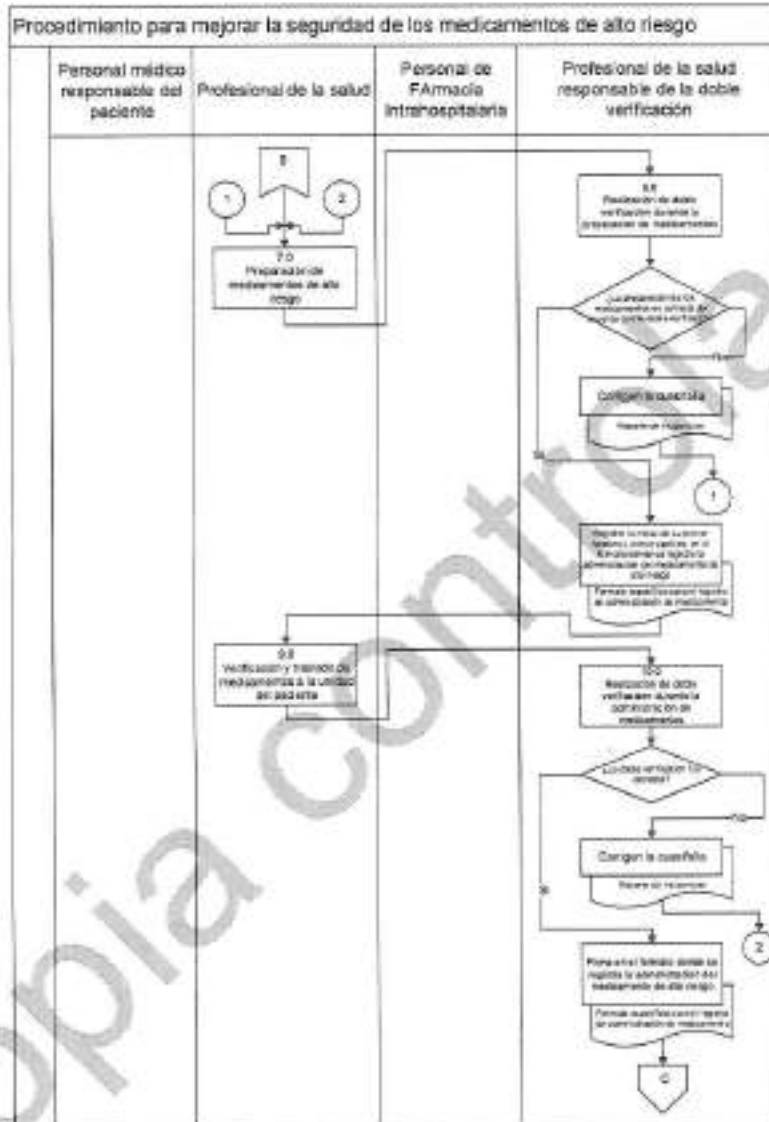
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 39 de 108

5.0 Diagrama de flujo






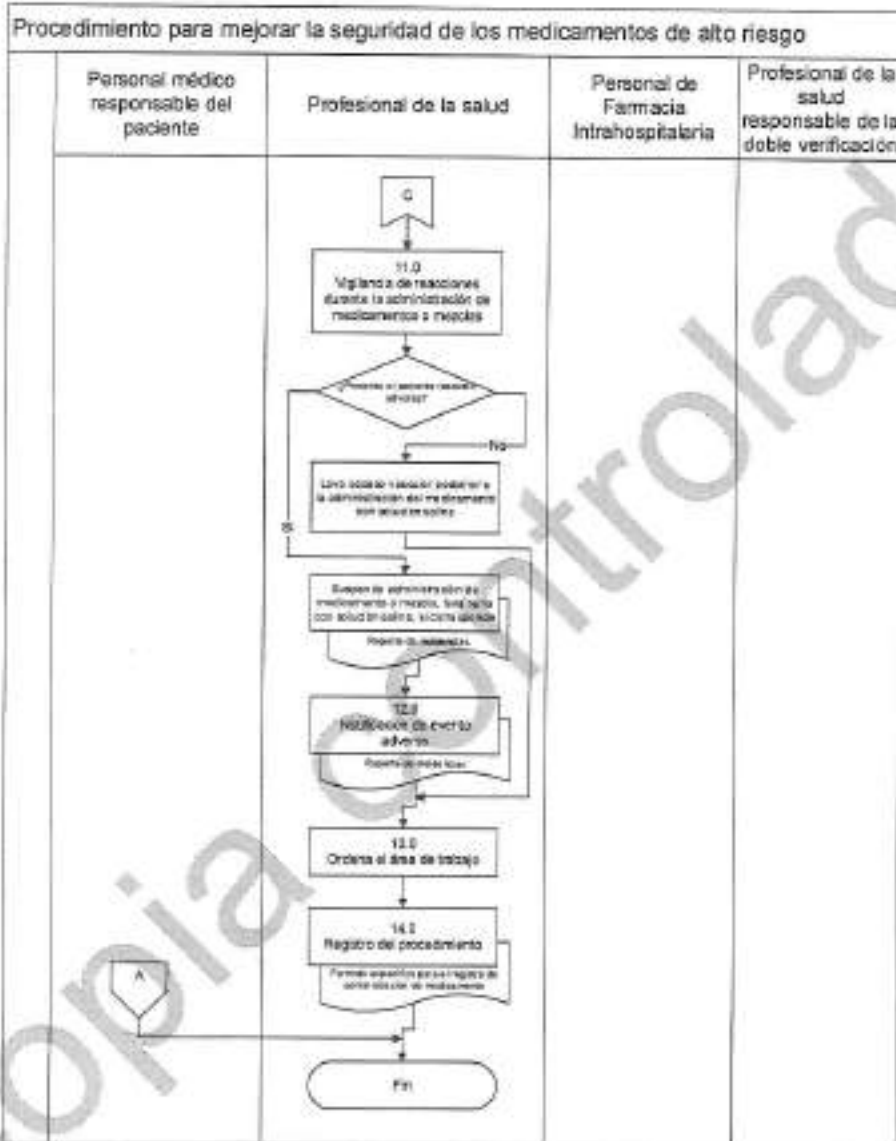
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 40 de 108





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 41 de 108



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 42 de 108



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Joint Comisión Internacional (2013). Mejorando las prácticas de infusión intravenosa para la seguridad del paciente. Laboratorios Baxter.	No aplica
NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia. Publicado en el D.O.F., 7 de enero de 2013.	No Aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológicos-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Publicado en el D.O.F., el 17 de febrero de 2003.	No Aplica
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicado en el D.O.F el 15 de octubre de 2010.	No Aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No aplica
Procedimiento de recepción y conservación de quimioterapia en las Áreas de Hospitalización. Autorizado por COMERI noviembre del 2014.	PR - SE - 22

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato específico para el registro de la administración de medicamento de alto riesgo.	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Hoja de indicaciones médicas	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE-SE-037
Vale de medicamentos	1 año	Farmacia Intrahospitalaria	No Aplica
Bitácora de recepción de quimioterapia	5 años	Jefe de Servicio de Enfermería	No Aplica
Bitácora de Quimioterapia	5 años	Jefe de Farmacia Intrahospitalaria	No Aplica



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 43 de 108

8.0 Glosario

- 8.1 Alergia:** Es una reacción, la cual es conocida como "reacción extraña". Se trata de una hipersensibilidad a una partícula o sustancia que, si se inhala, ingiere o toca, produce unos síntomas característicos.
- 8.2 Caja roja:** Contenedor de material y medicamentos utilizados principalmente para el manejo de la preeclampsia/eclampsia durante el embarazo y parto así como sus posibles complicaciones.
- 8.3 Cajetín:** Caja plástica para el almacenamiento de medicamentos o materiales ubicados en las diferentes áreas del hospital.
- 8.4 Concentración:** Es la proporción o relación que hay entre la cantidad de soluto y la cantidad de disolvente.
Soluta es la sustancia que se disuelve.
Disolvente la sustancia que disuelve al soluto.
Disolución es el resultado de la mezcla homogénea de las dos anteriores.
- 8.5 Cuasi falla:** Aquel acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- 8.6 Doble Verificación o Doble chequeo:** Es la verificación que se realiza en pares o entre dos personas con base a los correctos durante la preparación y durante la administración de medicamentos de alto riesgo.
- 8.7 Electrolitos concentrados:** Los electrolitos son unas sustancias, que al disolverse en el agua de las células del cuerpo se rompen en pequeñas partículas que transportan cargas eléctricas. El papel que juegan es el de mantener el equilibrio de los fluidos en las células para que éstas funcionen correctamente. Los electrolitos principales son el sodio, el potasio y el cloro, y en una medida menor el calcio, el magnesio y el bicarbonato.
- 8.8 Expiración:** Finalización de un periodo de tiempo.
- 8.9 Evento adverso:** Daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente.
- 8.10 Evento centinela:** Es un hecho inesperado que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que esta lesión se dé. No está relacionado con la historia natural de la enfermedad. El concepto de lesión severa incluye pérdida de una extremidad o su funcionamiento.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carman Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 44 de 108

Se le llama "centinela" porque emite una señal que nos advierte acerca de algo que requiere atención inmediata.

- 8.11 **Formato:** Colección de aspectos de forma y apariencia que se emplean para distinguir a una entidad de otra. Por ejemplo: Hoja de Registros Clínicos de Enfermería, indicaciones médicas, etc.
- 8.12 **Medicamento de alto riesgo:** Medicamentos que pueden causar un daño al paciente si se produce un error.
- 8.13 **Pixis:** Sistema de dispensación automática que agiliza el manejo descentralizado de la medicación.
- 8.14 **Químico:** Profesional de la salud con conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que sirve a la sociedad en el diseño, evaluación, producción, dispensación, selección, información y regulación de los medicamentos, agentes de diagnóstico y reactivos químicos; así como servicio que permitan prevenir y diagnosticar enfermedades, mantener y recuperar la salud.
- 8.15 **Quimioterapia:** Tratamiento del cáncer con un medicamento antineoplásico o una combinación de dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar.
- 8.16 **Reacción adversa:** Es aquella cuya naturaleza o severidad no está descrita en la literatura, ni en la información contenida en la etiqueta o en la información para prescribir, ni en la documentación presentada para su registro además no es posible inferir la de su actividad farmacológica.
- 8.17 **Seguridad de un medicamento:** Un medicamento es seguro cuando sus riesgos se consideran aceptables con relación al beneficio terapéutico que aporta, es decir, cuando el patrón de reacciones adversas resulta tolerable.
- 8.18 **Tiempo:** Fracción de tiempo en que debe pasar un medicamento o mezcla.
- 8.19 **Velocidad de infusión:** Cantidad de medicamento o mezcla expresada en mililitros gotas o microgotas que deben pasar en un intervalo de tiempo.
- 8.20 **Velocidad de infusión:** Es la cantidad de mililitros que se administra de una infusión endovenosa.
- 8.21 **Verificador:** Que verifica la preparación de medicamentos de alto riesgo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 46 de 108

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre del 2016	Actualización de las políticas del procedimiento.

10.0 Anexos

10.1 HRAEB – SE – 09.1 Etiqueta de identificación de soluciones.



Identificación de Soluciones



Mixión medicamentos de alto riesgo

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Carga no.: _____

Nombre: _____




Prescripción: _____

Hora de inicio: _____ Tiempo de infusión _____



Enfermera(o): _____ HRAE-SE-09.1

Copia Controlada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cassas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 08
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 46 de 108

10.2 Etiqueta de identificación de mezclas oncológicas




IDENTIFICACIÓN DE MEZCLAS

Fecha: ___/___/___ **ALTO RIESGO**
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Cama: _____
 Paciente: _____
 Prescripción: _____

 VT: _____ ml. Preparador: _____

Copia controlada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cosas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 47 de 108

10.3 Hoja de indicaciones médicas.



NO MEDICACIÓN

1. Dete normal restricción de líquidos en 1200 ml día, especial valoración por Nutrición

2. SOLUCIONES

- Solución salina al 0.9% 1000 ml para pasar IV en 24 hrs


3. MEDICAMENTOS




- Sildenafil 25 mg VO cada 8 hrs
- Furosemida 20 mg IV cada 8 hrs
- Espironolona 25 mg vo c 8 hrs
- Metronidazol 500 mg IV cada 12 hrs (FI 04.05.0014)
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs
- Encapsulato 40 mg SC c 24 hrs

4. MEDIDAS GENERALES

- Reposo relativo
- Cuidado de vías venosas
- Oxígeno puentes nasales a 2 l/min en flujo continuo
- Uso de medias compresivas
- Control de líquidos y registrar peso diario
- Posición semiflaca, movilización periódica en cama, familiar acompañante.
- Desambulación asistida por familiar

el jueves 19 de mayo a las 8:00 am aparte de las 22:00hs para cirugía de cambio valvular tricuspídeo, preparar para cirugía cardíaca el jueves por la noche

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 09
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Hoja: 49 de 108

10.5 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
Subdirección de Enfermería
Reporte de Incidencias

PERSONAL INVOLUCRADO:		Tarifa:	Fecha:	Hora:	
Nombre(s):		Puesto:			
Subdirección: <input type="checkbox"/> Administración de Hospitalizados <input type="checkbox"/> División de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Selección y Atención de Emergencias <input type="checkbox"/> Soluciones Intravenosas <input type="checkbox"/> Otro: Especificar:	TIPOS DE INCIDENTE: <input type="checkbox"/> Cuido <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Procedimientos <input type="checkbox"/> Retraso		<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Daños al paciente <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Otro Especificar:		
	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Instrumentos <input type="checkbox"/> Materiales				
	Nombre del usuario:	Servicio / Área:	Título:	Cargo:	Fecha de Emisión:
	Nombre de la persona responsable y correo electrónico del incidente:				
Nombre y firma del gerente de enfermería responsable:					
Fecha y hora de emisión del informe de incidencia:					

HRAE-SE-037-ANV

SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA
RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:

Nombre y firma de quien da respuesta a la incidencia:	
Nombre y firma del gerente de enfermería responsable de la incidencia:	
Fecha y hora de emisión del informe de incidencia:	

HRAE-SE-037-REV

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala C8888	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 60 de 108

4. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 51 de 108

1.0 Propósito

- 1.1 Implementar el protocolo universal antes de realizar procedimientos quirúrgicos, como barrera de seguridad para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento (sitio anatómico, procedimiento y/o paciente incorrectos) en el HRAEB.




2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería.
- 2.2 A nivel externo aplica a Proveedores de Servicios Clínicos.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Es obligación del equipo quirúrgico, implementar el Protocolo Universal antes de realizar procedimientos quirúrgicos dentro y fuera del Quirófano. Esta barrera de seguridad implica la realización correcta y oportuna de los siguientes 3 procesos:
- Marcado del sitio anatómico.
 - Proceso de verificación pre procedimiento.
 - Tiempo fuera, que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento quirúrgico o invasivo de alto riesgo.
- 3.2 El personal médico y técnico radiólogo debe implementar el proceso de marcado de sitio anatómico y el proceso de tiempo fuera antes de la administración de radioterapia tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta.
- 3.3 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería, implementar el proceso de tiempo fuera antes de la administración de sangre y hemocomponentes tomando en cuenta, al menos las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, grupo y Rh, y hemocomponente correcto.
- 3.4 Es responsabilidad del personal médico, implementar el proceso de tiempo fuera antes de la administración de anestesia o sedación profunda fuera de Quirófano, verificando las siguientes variables: procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto.
- 3.5 En procedimientos, tratamientos invasivos y de alto riesgo es obligatorio para el proveedor de hemodiálisis implementar el proceso de verificación pre-procedimiento y el proceso de tiempo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 18
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 52 de 108

fuera antes de la administración de terapia de remplazo renal con hemodiálisis tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto y valoración del acceso vascular.

3.6 Es responsabilidad del médico adscrito que realizará el procedimiento quirúrgico o del médico residente (ayudante quirúrgico), realizar el marcado del sitio anatómico en la sala de recuperación y de explicarle al paciente el propósito de este proceso, solicitándole su autorización para realizarlo siempre previamente a la inducción de la anestésica:




- El marcado del sitio anatómico para los procedimientos quirúrgicos debe realizarse colocando una equis ("X") (marca estandarizada definida por el HRAEB), sobre la piel del paciente con un marcador indeleble. (Ver Anexo 10.1 Imagen del marcado del sitio anatómico).
- El marcado del sitio anatómico para los procedimientos quirúrgicos debe realizarse en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras o niveles múltiples y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente a consideración del equipo quirúrgico.
- El marcado del sitio quirúrgico con una "X" puede ser sustituido u omitirse en las siguientes condiciones especiales:
 - Pacientes sometidos a radioterapia. Es responsabilidad del médico oncólogo adscrito realizar el marcado del sitio anatómico en los pacientes en quienes se administra radioterapia colocando un punto ("•") sobre la piel del paciente con tinta china y de explicarle al paciente el propósito de este proceso, solicitándole su autorización para realizarlo siempre previamente al inicio de las sesiones de radioterapia.
 - Pacientes en quienes el médico radiólogo intervencionista es responsable de realizar el marcado del sitio anatómico con arpón previo a la realización de toma de biopsias o exéresis quirúrgica de lesiones, explicándole al paciente el propósito de este procedimiento para su autorización.
 - Pacientes en quienes se va a realizar cirugía oftalmológica, en cuyo caso es responsabilidad del médico oftalmólogo adscrito o del médico residente (ayudante quirúrgico) realizar el marcado del sitio quirúrgico con una "equis" ("X") sobre la piel del párpado o de la frente ipsilateral al ojo en el que se va a realizar el procedimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 83 de 108




- Pacientes que se hayan negado al procedimiento del marcado del sitio quirúrgico aun cuando previamente se les haya brindado educación respecto a que el propósito del mismo es por su seguridad, en estos casos puede omitirse o realizarse de forma documental.
 - Pacientes sometidos a una cirugía de urgencia. En quienes puede omitirse el marcado del sitio quirúrgico con el propósito de no demorar la cirugía evitando un riesgo mayor al paciente.
 - Pacientes en quienes la lesión es claramente visible. En estos casos puede omitirse el marcado del sitio anatómico, si el médico adscrito responsable considera que el sitio de la lesión es evidente, por ejemplo: fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
 - Puede omitirse el marcado de sitio quirúrgico o realizarse de forma documental en los pacientes sometidos a procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural.
 - Puede omitirse el marcado del sitio quirúrgico en pacientes en quienes es técnica o anatómicamente imposible de realizar, por ejemplo pacientes que serán sometidos a procedimientos en mucosas, en perineo y dentales.
 - Puede omitirse el marcado del sitio quirúrgico o realizarse de forma documental en pacientes prematuros que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos, ya que pudiera causar una marca permanente.
- 3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería del Quirófano del turno nocturno, realizar una verificación pre – procedimiento durante la noche previa a la realización del procedimiento quirúrgico en el Área de Hospitalización, con el propósito de identificar con oportunidad situaciones que pudieran generar un retraso o suspensión del procedimiento programado y solicitar a quien corresponda la realización de las acciones correctivas, por ejemplo: solicitar a médico anesthesiologo la requisición del consentimiento informado. Verificando lo siguiente: (Ver Anexo 10.2 Lista de verificación preoperatoria).
- Paciente y procedimiento correcto.
 - Disponibilidad de todos los documentos e imágenes y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
 - Presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales.
 - Alergias.
 - Riesgo de hemorragia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cecasa	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tameyo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 54 de 108

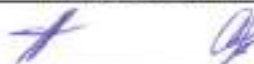
- Disponibilidad de unidad (cama) para recibir al paciente pos operado en hospitalización o terapias intensivas, etc.
- 3.8 Es responsabilidad del equipo quirúrgico realizar la verificación pre – procedimiento definitivo en el momento que el paciente se encuentre en el Área de Recuperación previo a la realización del procedimiento quirúrgico con los mismos criterios de la política 3.7.
- 3.9 El equipo quirúrgico debe solicitar al paciente que confirme antes de la sedación:
- Su identidad (nombre completo y fecha de nacimiento).
 - El marcaje del sitio quirúrgico.
 - El procedimiento a realizar.
 - Su consentimiento para la realización del procedimiento.
 - Alergias conocidas.
- 3.10 Es responsabilidad del equipo quirúrgico realizar el "tiempo fuera" en el momento inmediatamente previo al inicio de cualquier procedimiento quirúrgico, incluyendo situaciones de urgencia. El personal de enfermería circulante verifica en voz alta, con todo el equipo quirúrgico presente: el sitio, procedimiento y el paciente correcto, mismos que están registrados en la lista de verificación de la seguridad en la cirugía contenida en la Hoja de registros clínicos de enfermería. (Ver Anexo 10.3 HRAE – AE – 031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos).
- 3.11 Al término del procedimiento quirúrgico el personal de enfermería debe confirma verbalmente con el resto del equipo quirúrgico:
- El nombre del procedimiento realizado.
 - El recuento completo de instrumental, textiles y agujas.
 - El manejo correcto de las muestras patológicas.
- 3.12 Es responsabilidad del médico adscrito elaborar el reporte de evento adverso y enviarlo al Staff de Calidad del Hospital para notificación de incidentes. (Ver Anexo 10.4 HRAE–SE–037 Reporte de incidencias).




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 55 de 108




4.0 Descripción del procedimiento




Etapa 1.0 Indicación de cirugía, tratamientos invasivos o de alto riesgo	Responsable: Personal Médico Adscrito
1.1 Programa cirugía, genera interconsultas y documentos necesarios. (Ver Anexo 10.5 Consentimiento Informado quirúrgico). <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento Informado Quirúrgico. 	
Etapa 2.0 Verificación pre procedimiento	Responsable: Equipo Quirúrgico
2.1 Aplica la lista de verificación pre-procedimiento de acuerdo a la política 3.7. <p style="text-align: center;">¿El paciente se encuentra en condiciones de ser operado?</p> Si: Solicita al personal de enfermería responsable del paciente, su traslado al Quirófano de acuerdo a la programación quirúrgica (Ver Anexo 10.6 Programación quirúrgica). Pasa a la etapa 3.0. No: Notifica a quien corresponda para su corrección y toma de decisiones.	
TERMINA PROCEDIMIENTO	
Etapa 3.0 Entrega de paciente al Área de Recuperación Preoperatoria	Responsable: Personal de Enfermería de Hospitalización
3.1 Entrega el paciente al personal de enfermería del servicio de recuperación para su cirugía. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico completo. • Estudios especiales. • Consentimiento informado quirúrgico. 	
Etapa 4.0 Atención del paciente en el Área de Recuperación Preoperatoria	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
4.1 Se presenta con el paciente y verifica que sea el paciente correcto para el procedimiento quirúrgico programado. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico completo. • Estudios especiales. • Consentimiento informado quirúrgico. 	
4.2 Monitoriza al paciente para vigilar las constantes vitales.	
4.3 Cumple indicaciones médicas y reporta en la hoja de registro clínico de enfermería; procedimientos quirúrgicos.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: PR - DG - 18
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 58 de 108

<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registro clínico de enfermería; procedimientos quirúrgicos. 	
4.4 Informa al personal de anestesiología para valoración y obtención del consentimiento informado de anestesia y al médico cirujano para el marcaje de sitio quirúrgico.	
Etapa 5.0 Marcaje de sitio quirúrgico.	Responsable: Personal Médico Adscrito
5.1 Realiza marcaje del sitio quirúrgico de acuerdo a las política 3.6.	
Etapa 6.0 Valoración de anestesia	Responsable: Personal de Anestesiología
6.1 Revisa exámenes de laboratorio, estudios especiales, valora al paciente y elabora nota pre anestésica (Ver Anexo 10.7 Nota preanestésica).	
<ul style="list-style-type: none"> • Nota pre anestésica. 	
6.2 Explica al paciente y/o familiar el procedimiento propuesto, los riesgos, beneficios y alternativas para la firma del consentimiento informado de anestesia. (Ver anexo 10.8 Consentimiento informado de anestesia).	
<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado de anestesia. 	
Etapa 7.0 Entrega de paciente en sala de operaciones	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
7.1 Traslada al paciente al Quirófano en compañía del personal de camillería, correctamente identificado para su cirugía.	
<ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico completo. • Estudios especiales. 	
Etapa 8.0 Recepción de paciente en sala de operaciones	Responsable: Equipo Quirúrgico
8.1 Reciben al paciente en la sala de operaciones y lo colocan en la posición requerida para el proceso de anestesia y para su cirugía.	
Etapa 9.0 Aplicación de Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (antes de la inducción anestésica)	Responsable: Equipo Quirúrgico
9.1 Solicitan al paciente que antes de la sedación confirme información relevante para la realización del procedimiento, de acuerdo a la política 3.9.	
9.2 Documentan en la lista de verificación de la seguridad en la cirugía.	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registros clínicos de enfermería; procedimientos quirúrgicos. (Lista de verificación de la seguridad en la cirugía). 	

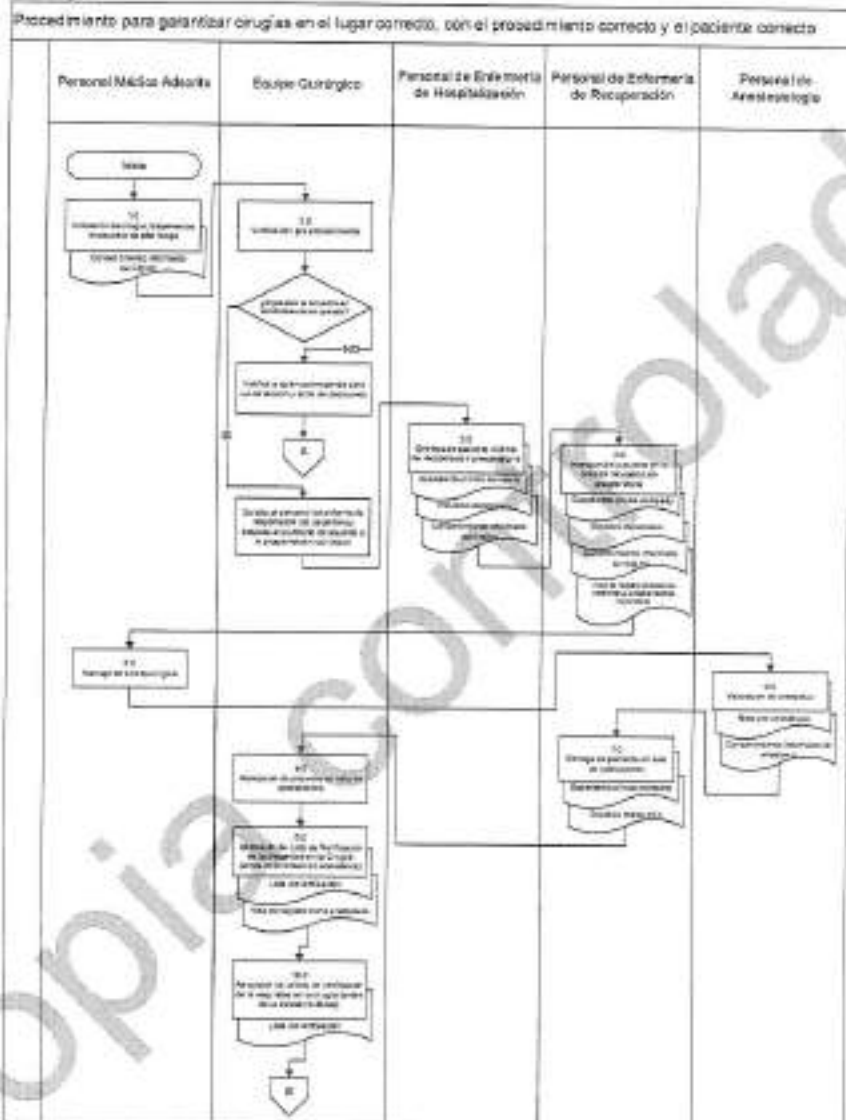
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tera Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR – DG – 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 57 de 108



9.3 Aplican y controlan la técnica anestésica. (Ver Anexo 10.9 Nota de registro trans anestésico).	
<ul style="list-style-type: none"> Nota de registro trans anestésico 	
Etapa 10.0 Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (antes de la incisión cutánea).	Responsable: Equipo Quirúrgico
10.1 Llevan a cabo la pausa quirúrgica de acuerdo a la política 3.10.	
10.2 Documentan en la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	
<ul style="list-style-type: none"> Hoja de registros clínicos de enfermería; procedimientos quirúrgicos. (Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía). 	
Etapa 11.0 Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (antes de que el paciente salga de Quirófano)	Responsable: Equipo Quirúrgico
11.1 El personal de enfermería confirma verbalmente con el resto del equipo quirúrgico lo relacionado al procedimiento antes de que el paciente salga de sala de acuerdo a la política 3.11.	
11.2 Documentan y solicita firma en la lista de verificación de cirugía segura al equipo quirúrgico.	
<ul style="list-style-type: none"> Hoja de registros clínicos de enfermería; procedimientos quirúrgicos (Lista de verificación de la seguridad en la cirugía). 	
11.3 La enfermera circulante integra en el orden establecido institucionalmente al expediente clínico físico la hoja de registros clínicos de enfermería.	
<ul style="list-style-type: none"> Expediente Clínico. Hoja de registros clínicos de enfermería; procedimientos quirúrgicos (Lista de verificación de la seguridad en la cirugía). 	
¿Existieron eventos adversos?	
Sí: El médico responsable notifica y documenta el evento adverso 12.0.	
No:	
TERMINA PROCEDIMIENTO	
Etapa 12.0 Notificación de evento adverso	Responsable: Personal Médico Adscrito
12.1 Realiza notificación del evento adverso y lo envía al Staff de Calidad del Hospital.	
<ul style="list-style-type: none"> Reporte de incidencias. 	
TERMINA PROCEDIMIENTO	

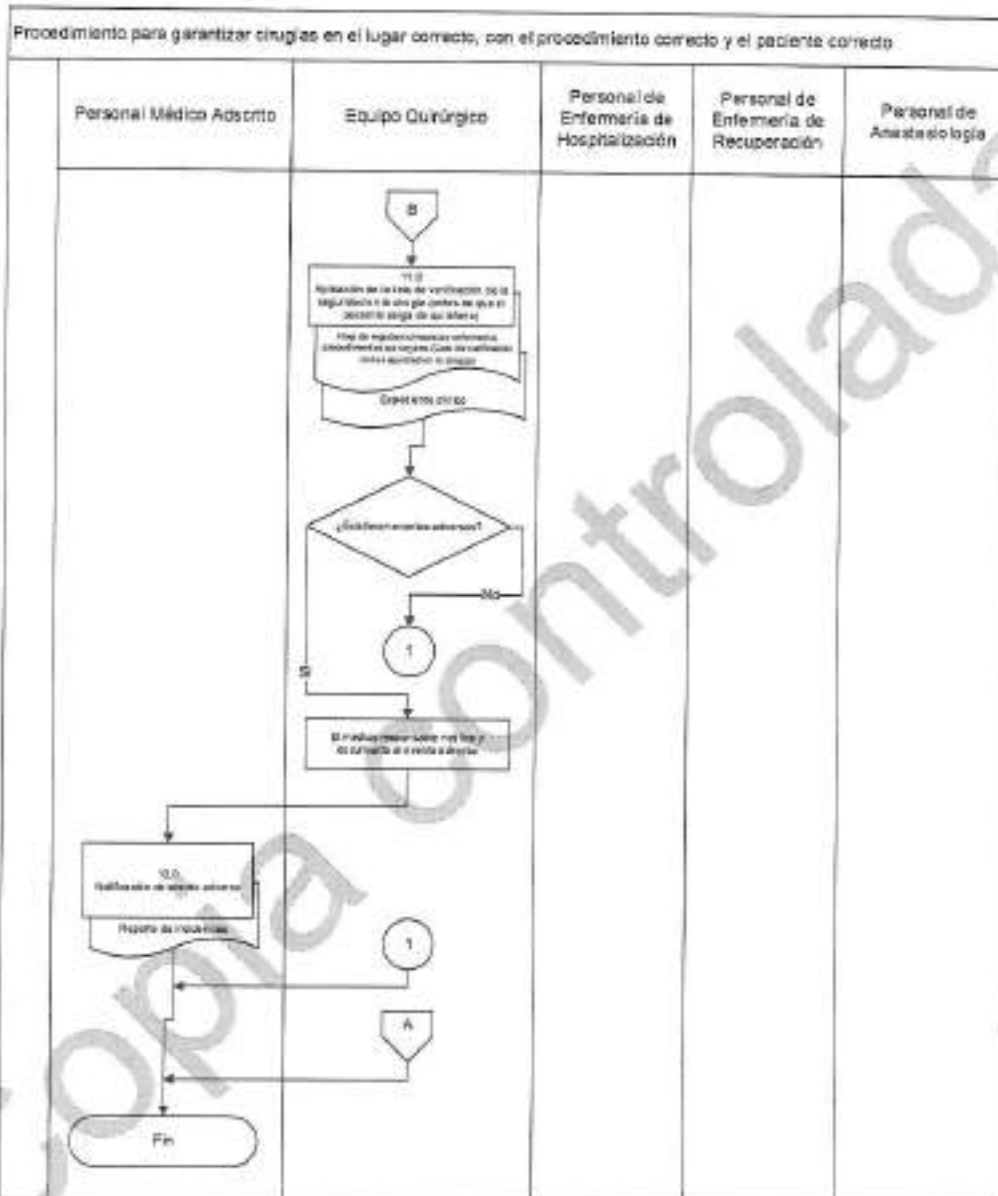
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Dyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 59 de 108



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 80 de 108

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No Aplica
NOM - 004 - SSA3 - 2012, Del expediente clínico. Publicado en el D.O.F el 15/10/2012.	No Aplica
Procedimiento de traslado intrahospitalario de paciente. Aprobado por COMERI en agosto 2010.	HRAEB-SDE-MPAH-TIH-03

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservar	Código de registro o identificación única
Lista de Verificación Preoperatoria	2 años	Jefe de Servicio de Enfermería	HRAE-SE-021.2
Consentimiento Informado quirúrgico	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Consentimiento informado Anestésico	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Nota pre anestésica	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Nota de registros trans anestésico	5 años	Área de Archivo Clínico	No Aplica
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Procedimientos Quirúrgicos	5 años	Área de Archivo Clínico	HRAE-AE-031 V4
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE-SE-037

8.0 Glosario




- 8.1 **Calidad:** Estrategia de gestión de la empresa a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 61 de 106

- 8.2 Comisión de Programación Quirúrgica:** Agrupación de personas con la finalidad de revisar los pacientes propuestos para cirugía, conformado por los Jefes de Servicio Médicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, Subdirector de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre, Jefe de la Central de Equipos y Esterilización (C.E. y. E.), Jefes de Servicio de Enfermería, Subdirección de Recursos Materiales, y Gerencia Social de Cirugía con Hospitalización y Cirugía Ambulatoria.
- 8.3 Evento adverso:** Daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. Véase también evento centinela.
- 8.4 Evento centinela:** Es un hecho inesperado que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que esta lesión se dé. No está relacionado con la historia natural de la enfermedad. El concepto de lesión severa incluye pérdida de una extremidad o su funcionamiento. Se le llama "centinela" porque emite una señal que nos advierte acerca de algo que requiere atención inmediata.
- 8.5 Gestión de calidad:** Conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una empresa.
- 8.5 Hoja de Consentimiento informado anestésico y quirúrgico:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines de diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación. Esta carta se debe sujetar a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, deben ser revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no debe obligar al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.7 Indicador:** Cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.
- 8.8 Isopo o Hisopo:** Pallito con algodón utilizado en la higiene personal.
- 8.9 Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía:** Lista de verificación que se divide en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención. El periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa Quirúrgica), y el periodo de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernandez Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tarreño
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 62 de 108



cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del Quirófano (Salida).

- 8.10 **Marcaje del sitio quirúrgico:** Es una marca inequívoca con tinta indeleble sobre la piel del paciente ("X"), delimitando la región donde se realizará la cirugía programada.
- 8.11 **Paciente en lista de espera:** Es el paciente que cuenta con protocolo completo.
- 8.12 **Pirámide:** Señalética para el tiempo fuera (antes de la incisión cutánea) en las cirugías.
- 8.13 **Seguridad:** Es la prevención de los errores médicos y la eliminación o mitigación del daño al paciente causado por errores médicos.
- 8.14 **Tiempo fuera o "Time out":** Momento justo antes de realizar una cirugía u otro procedimiento, durante la cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que no hayan sido respondidas o las confusiones respecto al paciente, al procedimiento o al sitio de la operación. Incluso cuando el procedimiento lo realice una sola persona, es adecuado hacer una breve pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, del procedimiento correcto y del lugar del cuerpo correcto.

9.0 Cambios de esta versión

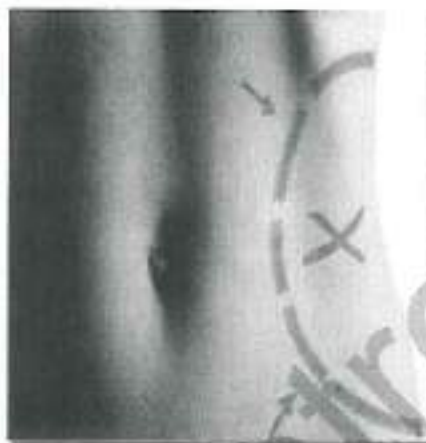
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre del 2016	Rediseño del procedimiento, actualización del propósito, políticas y descripción del procedimiento, de acuerdo a la cédula de certificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cassas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tenia Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 63 de 108

10.0 Anexos




10.1 Imagen del marcado del sitio anatómico.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Cyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 65 de 108



10.3 HRAE – AE – 031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos 1 de 4.

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL PERÚ
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

**Hoja de Registro Clínico de Enfermería
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO Fecha: _____		Sexo: _____		Servicio: Quirófano Central: <input type="checkbox"/>		Grupo Anestésico: <input type="checkbox"/>	
Nombre: _____		Apellido(s): _____		Edad: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Prof: _____		Talla: _____		Superficie corporal: _____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Referencia para la admisión y el diagnóstico: No: <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/>		Diagnóstico: _____					
Antecedentes de importancia: _____				Alergias: _____			
Diagnóstico médico: _____				Exámenes: _____			
Grupo programado: _____							
Hora de ingreso en quirófano: _____		Hora de salida: _____		Hora de inicio de anestesia: _____		Hora de inicio de recuperación: _____	
RECEPCIÓN DEL USUARIO Y VERIFICACIÓN PRE PROCEDIMIENTO							
<input type="checkbox"/> Preparación psicológica		<input type="checkbox"/> Preparación fisiológica		<input type="checkbox"/> Preparación física		<input type="checkbox"/> Bata limpia	
<input type="checkbox"/> Asepsia de piel		<input type="checkbox"/> Asepsia de instrumental		<input type="checkbox"/> Colocación de carbante		<input type="checkbox"/> Limpieza al general de campo	
<input type="checkbox"/> Asepsia de alfileres		<input type="checkbox"/> Asepsia de trajes		<input type="checkbox"/> Demarcación de miembros inferiores		<input type="checkbox"/> Asepsia de ropa blanca	
<input type="checkbox"/> Colocación de camapantales desinfectados							
<input type="checkbox"/> Colocación de material estéril							
<input type="checkbox"/> Colocación de material estéril desinfectado y sellado							
VALIDACIÓN PRE-OPERATORIA							
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		IDENTIFICACIÓN DEL CIRUJANO		IDENTIFICACIÓN DEL ANESTESISTA		IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL	
<input type="checkbox"/> Nombre		<input type="checkbox"/> Nombre		<input type="checkbox"/> Nombre		<input type="checkbox"/> Nombre	
<input type="checkbox"/> Cédula		<input type="checkbox"/> Cédula		<input type="checkbox"/> Cédula		<input type="checkbox"/> Cédula	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida	
<input type="checkbox"/> No válida		<input type="checkbox"/> No válida					

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 66 de 108

HRAE – AE – 031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos 2 de 4.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO

3.17.5.2.2. Al inicio de cada intervención:

El paciente es correcto:
 - Su nombre: Si No - Su edad: Si No - El procedimiento: Si No - Su consentimiento: Si No

Identificación del sitio: Si No - El lugar de intervención es el correcto y en el lugar correcto? Si No

Calidad de la anestesia y sedación: Si No - Se ha obtenido la autorización de consentimiento del paciente a realizarlo? Si No

¿Tiene el paciente alguna infección? Si No - ¿Causa de ingreso y diagnóstico? Si No

¿Hay alguna otra condición de riesgo? Si No - ¿Confirma la presencia de todo el equipo que se requiere? Si No

3.17.5.2.3. Durante el procedimiento:

Entre el personal involucrado y enfermería se mantiene una comunicación constante y adecuada? Si No

¿El número de enfermería confirma correctamente con el resto del equipo?
 - Que el resumen de instrumental, técnicas y apoyo se complete? Si No
 - Que el fin último de la cirugía sea correcta? Si No

¿El equipo de enfermería realiza un control de la contabilidad?
 - Que genere algún problema relacionado con el instrumental y equipo utilizados? Si No

¿El instrumental y equipo médico es adecuado para el procedimiento quirúrgico programado?
 - El tiempo, el procedimiento y enfermería se encuentran dentro de los estándares con la programación del evento? Si No



¿Se le administran los cuidados establecidos en los estándares de enfermería?
 - ¿Existen eventos adversos? Si No



¿Se han podido evitar los errores de seguridad reportados anteriormente?
 - ¿Existen eventos adversos? Si No

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA TRANSACCIONES

INTERVENCIÓN	Inicio de intervención				Final de intervención			
	Tiempo de inicio	Tiempo de término	Tiempo de inicio	Tiempo de término	Tiempo de inicio	Tiempo de término	Tiempo de inicio	Tiempo de término
ROBIE:								
1. Asesorar								
2. Asesorar								
3. Asesorar								
4. Asesorar								
5. Asesorar								
6. Asesorar								
7. Asesorar								
8. Asesorar								
9. Asesorar								
10. Asesorar								
11. Asesorar								
12. Asesorar								
13. Asesorar								
14. Asesorar								
15. Asesorar								
16. Asesorar								
17. Asesorar								
18. Asesorar								
19. Asesorar								
20. Asesorar								
21. Asesorar								
22. Asesorar								
23. Asesorar								
24. Asesorar								
25. Asesorar								
26. Asesorar								
27. Asesorar								
28. Asesorar								
29. Asesorar								
30. Asesorar								
31. Asesorar								
32. Asesorar								
33. Asesorar								
34. Asesorar								
35. Asesorar								
36. Asesorar								
37. Asesorar								
38. Asesorar								
39. Asesorar								
40. Asesorar								
41. Asesorar								
42. Asesorar								
43. Asesorar								
44. Asesorar								
45. Asesorar								
46. Asesorar								
47. Asesorar								
48. Asesorar								
49. Asesorar								
50. Asesorar								
51. Asesorar								
52. Asesorar								
53. Asesorar								
54. Asesorar								
55. Asesorar								
56. Asesorar								
57. Asesorar								
58. Asesorar								
59. Asesorar								
60. Asesorar								
61. Asesorar								
62. Asesorar								
63. Asesorar								
64. Asesorar								
65. Asesorar								
66. Asesorar								
67. Asesorar								
68. Asesorar								
69. Asesorar								
70. Asesorar								
71. Asesorar								
72. Asesorar								
73. Asesorar								
74. Asesorar								
75. Asesorar								
76. Asesorar								
77. Asesorar								
78. Asesorar								
79. Asesorar								
80. Asesorar								
81. Asesorar								
82. Asesorar								
83. Asesorar								
84. Asesorar								
85. Asesorar								
86. Asesorar								
87. Asesorar								
88. Asesorar								
89. Asesorar								
90. Asesorar								
91. Asesorar								
92. Asesorar								
93. Asesorar								
94. Asesorar								
95. Asesorar								
96. Asesorar								
97. Asesorar								
98. Asesorar								
99. Asesorar								
100. Asesorar								

CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:		Revisó:		Autorizó:	
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cassas	Nombre:	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvelceba Arenas	Nombre:	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Cargo - Puesto:	Subdirectora de Enfermería	Cargo - Puesto:	Director General
Firma:		Firma:		Firma:	
Fecha:	Diciembre 2016	Fecha:	Diciembre 2016	Fecha:	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 87 de 108

HRAE - AE - 031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos 3 de 4.

CENTRAL DE ESTADÍSTICAS		
INGRESOS Sexo: _____ Edad: _____ Tipo de ingreso: _____ Motivo de ingreso: _____ Diagnóstico: _____ Procedimiento: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____ Estado de salud al egreso: _____ Causa de muerte: _____ Lugar de fallecimiento: _____		
EGRESOS Tipo de egreso: _____ Fecha de egreso: _____ Estado de salud al egreso: _____ Causa de egreso: _____ Lugar de egreso: _____		
TOTAL INGRESOS:	TOTAL EGRESOS:	
CUENTA DE VESTIBULOS		
Estado / Hospital: _____ Cédula: _____ Causa: _____ Diagnóstico: _____ Otros: _____ Expediente: _____ Fuente de la información: _____	HISTORIA PATOLÓGICA / LABORATORIO Tipo de historia: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____ Fuente de la información: _____	
MATERIAL DE ALTO COSTO UTILIZADO		
NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES		
Elaboró: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____	Revisó: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____	Autorizó: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Cyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 68 de 108

HRAE – AE – 031 V4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería Procedimientos Quirúrgicos 4 de 4.

ESTADO DE CONCIENCIA		PAIS		CONDICIÓN		ACTIVO		CONSTITUCIÓN		COMPLICACIÓN	
Alerta	Consciente	Normal	Alterado	Normal	Alterado	Activo	Pasivo	Centro	Periferia	Suma	Medio
<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA POST-QUIRÚRGICA</p> <p>VALORACIÓN INICIAL</p> <p>VALORACIÓN CONTINUA</p> <p>VALORACIÓN FINAL</p> <p>PLAN DE CUIDADO EN EL POST-QUIRÚRGICO</p> <p>ESTOS SIGNIFICATIVOS</p> <p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</p> <p>INTERFERENCIAS / ACTIVIDADES</p> <p>RESULTADOS LOGRADOS</p> <p>EDUCACIÓN AL CUIDADO/FAMILIAS / FUENTE DE INFORMACIÓN</p>											

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Aysla Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Codigo: PR - DG - 16
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 69 de 108

10.4 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
Subdirección de Enfermería
Reporte de incidencias




PERSONAL INVOLUCRADO:		Turno:	Sección:	Hora:		
Nombre(s):		Puesto:				
TIPO DE INCIDENTE:						
de selección	<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/> Caida	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Sistema		
	<input type="checkbox"/> Omisión de tratamientos	<input type="checkbox"/> Intubación	<input type="checkbox"/> Defecto al inmueble	<input type="checkbox"/> Instrumental		
	<input type="checkbox"/> Relación enfermera-paciente	<input type="checkbox"/> Procedimientos	<input type="checkbox"/> Equipo	<input type="checkbox"/> Fendola		
	<input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas	<input type="checkbox"/> Retraso	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):			
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):						
Nombre del paciente:		Servicio / Área:	IDM:	Fecha:	Cirujano:	Fecha de ingreso:
Historia de hechos, datos, datos y causas del incidente:						
Nombre y firma de quien llenó el formulario:			Fecha y hora en que se llenó el formulario:		HRAE-SE-037-001	

SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA:

RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:

Nombre y firma de quien elaboró el formulario:			Fecha y hora:		HRAE-SE-037-001	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cases	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 71 de 108

Consentimiento Informado Quirúrgico 2 de 2.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 2 of 3

Por medio de:

He decidido recibir mi consentimiento a partir del momento y en el acuerdo que he leído y escuchado las prácticas y procedimientos de este documento y en el caso de que necesite de cualquier información, no obstante se me informará de los posibles consecuencias sobre mi salud por esta decisión.

Nombre y Firma:

Entiendo y comprendo el proceso en estado de conciencia por medio de la anestesia realizada con pleno consentimiento en forma por que tengo el estado por el paciente de ser

Firma:

Nombre y firma del médico por parte del paciente:

Nombre Médico:

Firma Médico:

Impresión 72.20.2016 8080/K/Geno/Real/ser/tes/tes/di/d/wall/au/ci/3/wa/cio/vet

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruveicaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 73 de 108

10.7 Nota pre-anestésica 1 de 3.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

Page 2 of 3



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
NOTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA



Nombre del Paciente:	Edad:	Num. Expediente:
Estado preoperatorio:	Operación propuesta:	
Fecha de programación:	Quirófano:	
Fecha de valoración:	Anestesiólogo que valora:	

Antecedentes de importancia para el acto anestésico:

EXPLORACIÓN FÍSICA:




Peso:	Talla:	Pres. arterial:	FC:	FR:	Temperatura:
-------	--------	-----------------	-----	-----	--------------

CABEZA Y CUELLO:

Cráneo:	Neuromeninges:
Nariz:	Mandíbula:
Distancia tiroesternal:	Dentadura:
Prófisis:	Paladar:
Estenosis:	Mostrador temporomandibular:
Forma de jueque:	Mostrador alar-escapular:
Tráquea:	Tiroidea:

<http://172.20.200.80/KlinicReal/servlet/es.d.LdiwaBajo.DIwaServlet>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casss	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 74 de 108

Nota pre-anestésica 2 de 3.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 2 of 3



Paciente: _____ **Carotídeo:** _____
Deposición venosa: _____ **Sistema:** _____
Sexo: _____
EDAD: _____
Tipo de técnica: _____ **Paño quirúrgico:** _____
Asesoración: _____ **Clase de punto:** _____
Radio cardíaco 1R: _____ **Radio cardíaco 2R:** _____
Sexo: _____ **Edad:** _____
ABDOMEN: _____
Inspección: _____ **Auscultación:** _____
Palpación: _____ **Perforación:** _____
EXAMENES: _____
Tejidos: _____ **Lesiones:** _____
Áreas de vendaje: _____ **Diferenciación venosa:** _____
Pulso: _____ **Admisión:** _____
OTRO: _____
APLICACIONES DE IMPORTANCIA: _____

<http://192.30.209.8080/Clia/Real/servletes.di.divaBasis.DivaServlet>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 76 de 108

10.8 Consentimiento informado anestésico.


**FORMATO DE CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO
PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA O PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVAS**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____ PROCEDIMIENTO: _____

En pleno uso de mis facultades mentales autorizo a los médicos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajo, la administración de los medicamentos y la realización de los manobras necesarias sobre mi cuerpo para producir y mantener el estado de anestesia; después de que se me ha explicado la anestesia para entender el evento y ACEPTO la realización de uno o más de los procedimientos que se describen a continuación, siendo los más adecuados para mi caso.

ANESTESIA GENERAL: Con medicamentos que producen insensibilidad y anestesia durante el procedimiento los cuales son administrados por vía intravenosa o inhalada.

ANESTESIA REGIONAL: Es la anestesia de una parte seleccionada del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios, el cual permite el procedimiento quirúrgico anulando el dolor. Además de prevenir el efecto después del procedimiento y proporcionar alivio del dolor adicional.

ANESTESIA LOCAL: Anestesia de cualquier parte de la piel, ojo, garganta o traquea, los cuales son inyectados en forma y la administración adicional de sedantes.

Estoy consciente que la administración de anestésicos conlleva ciertos riesgos secundarios ocasionados tales como: náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de espalda, acortamiento transitorio y prolongado de alguna parte del cuerpo, rinitis, dolor de garganta, edema de los músculos del cuerpo o hinchazón de los tejidos blandos, incluso a cirugía derivada como de mínima inversión puede llevar peligros anestésicos graves e imprevistos.

Algunas otras complicaciones posibles de ocurrir al procedimiento anestésico-quirúrgico como pueden ser: daño en los ojos, boca, oídos, cuerdas vocales, músculos, insensibilidad permanente de alguna zona anestesiada, resaca de eventos durante la operación, lesiones en las venas y arterias del cuerpo, fallamos en la función de hígado y riñones severos o los medicamentos empleados.

En casos extremos puede haber daño cerebral permanente, aneurisma coronario, aspiración de material de contenido en estómago e incluso la muerte.

Los riesgos mencionados dependen principalmente de la salud de la persona y de la magnitud de la operación y pueden ocurrir en cualquier tipo de anestesia.

Declaro que hasta donde tengo conocimiento y acuerdo con el anestesiólogo, le he informado de:

1. Todas las enfermedades que he tenido.
2. Todos los anestésicos recibidos y el curso de las mismas.
3. Cualquier alergia.
4. Todos los medicamentos que he recibido los últimos tres meses.
5. Todos lo que se me ha preguntado lo he respondido con la verdad.
6. Cumpliré el ayuno indicado en el caso de que mi operación sea programada.

En caso de estar embarazada, entiendo que los anestésicos pueden afectar la placenta y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi embarazo y feto/a o provocar un parto prematuro.

Entiendo la posibilidad de que mi operación se retrase o incluso se suspenda por causas propias a la dinámica del quirófano o causas de fuerza mayor (urgencia).

Después de que he me explicado con claridad y he entendido los riesgos y posibles complicaciones anestésicas he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y entendimiento.



Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes del inicio del acto anestésico que estoy propuesto.

Nombre y cargo del paciente o persona responsable: _____

Título: _____

HRABE-DC-28



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 77 de 108

10.9 Nota de Registro trans-anestésico 1 de 2.




HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO		SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA REGISTRO TRANANESTÉSICO			SERVICIO QUIRÚRGICO		FECHA		
Nombre	Región	Sexo	Edad	Peso	Altura	Sala	Cama		
Diagnóstico preoperatorio		PR	FC	RR	Tamp	2001	154		
Cirugía programada		Ho	Ho	Tp	TcT	Qu	RII		
Agentes		DOSIS Y HORA						TOTAL CUMULADO	
Oxígeno									
VNC (g/l)									
Fórmula de IA - II									
SPO2 %									
ETCO2 mmHg									
TAP % / BIS									
Inglor Paciente 1	1	100						SPO2 VALOR INICIAL AS FC RR TAP TMAP Sedación	
Inglor Anestesia 2	41	215							
Inglor Anestesia 3	45	200							
Inglor Anestesia 4	56	190							
Inglor Anestesia 5	58	180							
Inglor Anestesia 6	57	170							
Termina Cirugía	58	160							
Termina Anestesia 7	102	100							
Termina Anestesia 8	52	100							
Termina Paciente 9	20	100							
Inglor Anestesia 10	50	100							
Termina Anestesia 11	50	100							
Termina Anestesia 12	50	100							
Termina Anestesia 13	50	100							
Termina Anestesia 14	50	100							
Termina Anestesia 15	50	100							
Termina Anestesia 16	50	100							
Termina Anestesia 17	50	100							
Termina Anestesia 18	50	100							
Termina Anestesia 19	50	100							
Termina Anestesia 20	50	100							
Termina Anestesia 21	50	100							
Termina Anestesia 22	50	100							
Termina Anestesia 23	50	100							
Termina Anestesia 24	50	100							
Termina Anestesia 25	50	100							
Termina Anestesia 26	50	100							
Termina Anestesia 27	50	100							
Termina Anestesia 28	50	100							
Termina Anestesia 29	50	100							
Termina Anestesia 30	50	100							
Termina Anestesia 31	50	100							
Termina Anestesia 32	50	100							
Termina Anestesia 33	50	100							
Termina Anestesia 34	50	100							
Termina Anestesia 35	50	100							
Termina Anestesia 36	50	100							
Termina Anestesia 37	50	100							
Termina Anestesia 38	50	100							
Termina Anestesia 39	50	100							
Termina Anestesia 40	50	100							
Termina Anestesia 41	50	100							
Termina Anestesia 42	50	100							
Termina Anestesia 43	50	100							
Termina Anestesia 44	50	100							
Termina Anestesia 45	50	100							
Termina Anestesia 46	50	100							
Termina Anestesia 47	50	100							
Termina Anestesia 48	50	100							
Termina Anestesia 49	50	100							
Termina Anestesia 50	50	100							
Termina Anestesia 51	50	100							
Termina Anestesia 52	50	100							
Termina Anestesia 53	50	100							
Termina Anestesia 54	50	100							
Termina Anestesia 55	50	100							
Termina Anestesia 56	50	100							
Termina Anestesia 57	50	100							
Termina Anestesia 58	50	100							
Termina Anestesia 59	50	100							
Termina Anestesia 60	50	100							
Termina Anestesia 61	50	100							
Termina Anestesia 62	50	100							
Termina Anestesia 63	50	100							
Termina Anestesia 64	50	100							
Termina Anestesia 65	50	100							
Termina Anestesia 66	50	100							
Termina Anestesia 67	50	100							
Termina Anestesia 68	50	100							
Termina Anestesia 69	50	100							
Termina Anestesia 70	50	100							
Termina Anestesia 71	50	100							
Termina Anestesia 72	50	100							
Termina Anestesia 73	50	100							
Termina Anestesia 74	50	100							
Termina Anestesia 75	50	100							
Termina Anestesia 76	50	100							
Termina Anestesia 77	50	100							
Termina Anestesia 78	50	100							
Termina Anestesia 79	50	100							
Termina Anestesia 80	50	100							
Termina Anestesia 81	50	100							
Termina Anestesia 82	50	100							
Termina Anestesia 83	50	100							
Termina Anestesia 84	50	100							
Termina Anestesia 85	50	100							
Termina Anestesia 86	50	100							
Termina Anestesia 87	50	100							
Termina Anestesia 88	50	100							
Termina Anestesia 89	50	100							
Termina Anestesia 90	50	100							
Termina Anestesia 91	50	100							
Termina Anestesia 92	50	100							
Termina Anestesia 93	50	100							
Termina Anestesia 94	50	100							
Termina Anestesia 95	50	100							
Termina Anestesia 96	50	100							
Termina Anestesia 97	50	100							
Termina Anestesia 98	50	100							
Termina Anestesia 99	50	100							
Termina Anestesia 100	50	100							

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 10
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EL PACIENTE CORRECTO		Hoja: 78 de 108




Nota de Registro trans-anestésico 2 de 2.

Escala de Estados						TIPO DE ANESTESIA		GENERAL		INHALACIONAL		MIXTA	
Preoperatorio	1	2	3	4	5	Intubación	si	no	si	no	si	no	si
Aspiración						Manejo de la vía							
Tráquea						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							
Distal						Carótida							
Proximidad						Carótida							

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL SANTA FE <small>INSTITUCIÓN DE SALUD</small>	Código: PR – DG – 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 79 de 108

5. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 80 de 108

1.0 Propósito

- 1.1 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa integral de higiene de manos en el HRAEB.




2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamientos, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros y Departamento de Asuntos Jurídicos.
- 2.2 A nivel externo aplica al personal del Inversionista Proveedor, familiar y visitante del paciente.

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos




- 3.1 Es responsabilidad del personal asignado a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) elaborar el Programa de Vigilancia sobre "Lavado de Manos" con periodicidad anual, con la finalidad de garantizar que el personal del HRAEB conozca la técnica de lavado de manos y la aplique de manera correcta.
- 3.2 El personal asignado a la UVEH es responsable de la capacitación de la técnica de lavado de manos del personal del HRAEB.
- 3.3 Es responsabilidad del personal de salud lavarse las manos al iniciar el turno y antes de retirarse de la institución.
- 3.4 Toda persona que funge como familiar y/o acompañante de un paciente tiene el compromiso de lavarse las manos antes y después de estar con su paciente.
- 3.5 La técnica de lavado de manos debe durar de 40" a 60" con agua y jabón y de 15" a 30" con alcohol gel. (Ver Anexo 10.1 Técnica de lavado de manos).
- 3.6 Todo el personal de salud del HRAEB debe lavarse las manos por lo menos en los 5 momentos de higiene de manos que se mencionan a continuación (Ver Anexo 10.2 5 momentos de la higiene de manos):
- Antes del contacto directo con el paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 81 de 108

- Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo, a pesar del uso de guantes.
 - Después del contacto con fluidos o secreciones corporales.
 - Después del contacto con el paciente.
 - Después del contacto de objetos en el entorno del paciente.
- 3.7 Al inicio de cada jornada laboral es responsabilidad del jefe o responsable de cada servicio verificar la suficiencia de insumos para el lavado de manos y solicitarlos.
- 3.8 El empleo de alcohol-gel por el personal de salud en los cinco momentos aplica cuando no ha tenido contacto con secreciones o haya rastros de materia orgánica, de lo contrario, debe lavarse las manos con agua y jabón.
- 3.9 El alcohol-gel debe ser utilizado en caso de una emergencia que no permita en esos momentos acudir a lavarse las manos (reanimación cardiopulmonar entre otras) y en caso de no contar con agua y solución antiséptica.
- 3.10 El empleo de insumos para el lavado de manos debe realizarse de la siguiente manera:
- Uso de clorhexidina al 1% y 2% o el insumo que la institución provea en servicios críticos (Quirófanos, Terapias Intensivas) y Trasplante Renal.
 - Uso de solución antiséptica con base en triclosán al 1% o el insumo que la institución provea para el resto de los servicios del hospital.
- 3.11 Es responsabilidad del Inversionista Proveedor sanitizar las jaboneras para el lavado de manos de manera programada (semanal) de acuerdo a la política 3.10 del IN – SE – 04 Instructivo para la sanitización de mobiliario y equipo electromédico; publicado en la Normateca Interna. (Ver Anexo 10.3 Instructivo para lavado de jabonera).
- 3.12 Cualquier desapego a la técnica de lavado de manos y los cinco momentos será considerado como cuasi falla y deberá reportarse por la persona que lo identifica al Staff de Calidad. (Ver Anexo 10.4 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 82 de 108

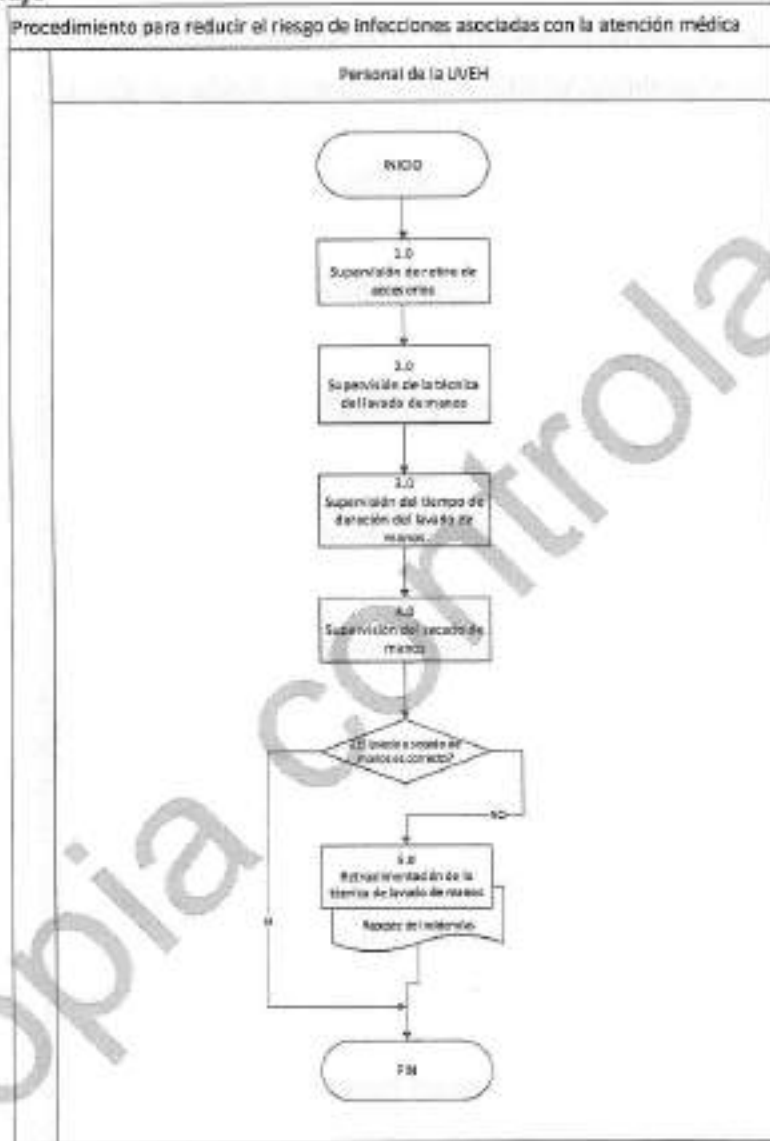
4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Supervisión de retiro de accesorios	Responsable: Personal de la UVEH
1.1 Supervisa el retiro de los accesorios de las manos (reloj, anillos, pulseras) del personal evaluado.	
Etapa 2.0 Supervisión de la técnica del lavado de manos	Responsable: Personal de la UVEH
2.1 Evalúa el apego a la técnica de lavado de manos del personal.	
Etapa 3.0 Supervisión del tiempo de duración del lavado de manos	Responsable: Personal de la UVEH
3.1 Mide el tiempo de duración del lavado de manos del personal, de acuerdo a la política 3.5.	
Etapa 4.0 Supervisión del secado de manos.	Responsable: Personal de la UVEH
4.1 Evalúa el apego a la técnica del secado de manos del personal.	
¿El lavado y secado de manos es correcto?	
Si:	
TERMINA PROCEDIMIENTO	
No: Pasa a la etapa 5.0.	
Etapa 5.0 Retroalimentación de la técnica de lavado de manos	Responsable: Personal de la UVEH
5.1 Retroalimenta al personal con la técnica del lavado de manos y los 5 momentos, indicando la ubicación ilustrativa de los mismos.	
5.2 Realiza reporte de incidencia y lo entrega al Staff de Calidad para seguimiento.	
<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Incidencias. 	
TERMINA PROCEDIMIENTO	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 82 de 108

5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 84 de 108

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No Aplica




7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE - SE - 037

8.0 Glosario

- 8.1 Aislamiento:** Técnica o procedimiento que se utiliza para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y pretende interrumpir la cadena de transmisión, disminuir la incidencia de infección nosocomial, prevenir y controlar brotes, racionalizar el uso de recursos y mantener una alta calidad de atención.
- 8.2 Alcohol:** Antiséptico de amplio espectro, de acción rápida y poco efecto residual. Se usa en forma de alcohol etílico, propílico e isopropílico.
- 8.3 Antisepsia de manos:** Es la higiene de manos con jabones o soluciones antisépticas y presentan dos variantes: el lavado antiséptico de manos y la fricción con solución alcoholada de las mismas.
- 8.4 Antiséptico:** Sustancia química la cual reduce o inhibe el crecimiento bacteriano y que se aplica sobre superficies o tejidos vivos.
- 8.5 Colonización:** Presencia permanente de gérmenes bacterianos. Se asocia con la flora residente. Compuesta predominantemente de gérmenes no patógenos que no desencadenan una respuesta clínica por parte del huésped.
- 8.6 Contaminación:** Presencia transitoria de gérmenes bacterianos, se adquiere de pacientes, líquidos biológicos u objetos inanimados. Se asocia con la flora transitoria. Compuesta predominantemente de gérmenes patógenos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cesca	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 86 de 108

- 8.7 **Desinfectante:** Sustancia química la cual reduce o inhibe el crecimiento bacteriano y que se aplica sobre superficies u objetos inertes.
- 8.8 **Detergente:** Sustancia que posee una propiedad generadora de limpieza. Se hallan compuestos por sustancias hidrofílicas y lipofílicas.
- 8.9 **Efecto residual:** Propiedad de ciertas sustancias antisépticas para inhibir el crecimiento microbiano, tiempo después de su aplicación.
- 8.10 **Flora bacteriana cutánea:** Es la presencia habitual de gérmenes bacterianos que habitan en la piel de los seres humanos.
- 8.11 **Fluidos o secreciones corporales:** Son todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos, que se producen en el organismo.
- 8.12 **Higiene de manos:** Es el acto de limpiar las manos. Abarca el lavado higiénico de manos, el lavado antiséptico, la fricción alcohólica y el lavado quirúrgico de manos.
- 8.13 **Humectante:** Sustancia que se agrega a los productos de higiene de manos para humidificar la piel y evitar su resequedad.
- 8.14 **Infección:** Respuesta inflamatoria por parte del huésped, inicialmente local y luego diseminada, ante la presencia, invasión y aumento en el número de gérmenes bacterianos contaminantes o colonizantes, los cuales se toman patógenos.
- 8.15 **Infecciones intrahospitalarias:** Infección contraída en el hospital por un paciente hospitalizado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente hospitalizado en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento de su hospitalización. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifestadas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del hospital.
- 8.16 **Jabón antiséptico:** Sustancia sólida o líquida con actividad detergente que se utiliza para la limpieza de las manos, que se halla combinada con sustancias químicas con efecto antimicrobiano.
- 8.17 **Jabón o gel antimicrobiano o antiséptico:** Sustancia sólida o líquida con actividad detergente que se utiliza para la limpieza de manos, que se halla combinada con sustancias químicas con efecto antimicrobiano.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 86 de 108

- 8.18 Lavado médico de manos:** Proceso de descontaminación para la reducción del conteo bacteriano de las manos mediante la realización de fricción con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñada para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos.
- 8.19 Lavado quirúrgico de manos:** Proceso de eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y brazos hasta los codos, por medio del lavado mecánico y antisepsia con productos químicos.
- 8.20 Manos sucias:** Manos que se encuentran con presencia de detritus, materia orgánica o fluidos corporales.
- 8.21 Químico:** Profesional de la salud con conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que sirve a la sociedad en el diseño, evaluación, producción, dispensación, selección, información y regulación de los medicamentos, agentes de diagnóstico y reactivos químicos; así como servicio que permitan prevenir y diagnosticar enfermedades, mantener y recuperar la salud.
- 8.22 Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos:** Son aquellos materiales que se generan durante las actividades asistenciales a la salud que contienen agentes biológico-infeccioso, que por el contenido de sus componentes puedan representar un riesgo para la salud y el ambiente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre del 2016	Rediseño del procedimiento, actualización del propósito, políticas y descripción del procedimiento, de acuerdo a la cédula de certificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Aranas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 87 de 108

10.0 Anexos




10.1 Técnica de lavado de manos.



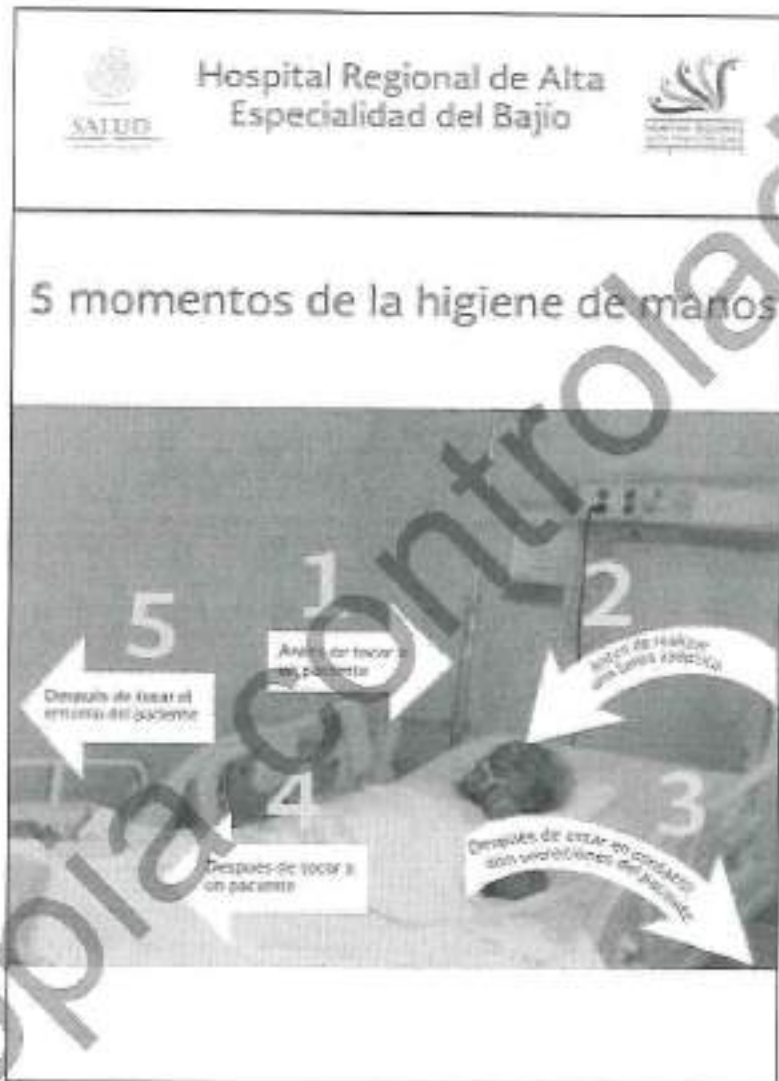
Técnica de lavado de manos



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala CRAS	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: FR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 88 de 108

10.2.5 Momentos de la higiene de manos.






CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 88 de 108

10.3 Instructivo para lavado de jabonera.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 90 de 108

10.4 HRAE-SE-037 Reporte de incidencias.

PERSONAL INVOLUCRADO:		Turno:	Fecha:	Nota:		
Nombre(s):		Puesto:				
TIPO DE INCIDENTE:						
Categoría:	<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/> Caida	<input type="checkbox"/> Acto de	<input type="checkbox"/> Delicito		
	<input type="checkbox"/> Ordeño de tratamiento	<input type="checkbox"/> Medicación	<input type="checkbox"/> Dofos al paciente	<input type="checkbox"/> Instrumental		
	<input type="checkbox"/> Relación enfermera-paciente	<input type="checkbox"/> Procedimientos	<input type="checkbox"/> Equipo	<input type="checkbox"/> Perfil		
	<input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas	<input type="checkbox"/> Retraso	Otro: Especifique:			
<input type="checkbox"/> Otra: Especifique:						
Número del paciente:		Servicio / Área:	Esp.:	Sexo:	Edad: Años:	Fecha de ingreso:
Número de horas, días, días y noches de incidencia:						
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						
Nombre y firma de quien reporta la incidencia:			Nombre y firma de quien controla la incidencia:		HRAE-SE-037-01/17	



SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA:	
RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:	
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	
Nombre y firma de quien da respuesta a la incidencia:	
Nombre y firma del responsable que da seguimiento a la incidencia:	
Fecha y hora:	
HRAE-SE-037-01/17	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Aysls Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tameyo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 91 de 108

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 82 de 108

1.0 Propósito

- 1.1 Mejorar la seguridad de los pacientes del HRAEB, implementando un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas, realizando las intervenciones necesarias de acuerdo al riesgo identificado para reducir su probabilidad de ocurrencia.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a Dirección Médica, Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería.
- 2.2 A nivel externo aplica a ACCIONA (Inversionista Proveedor).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería realizar la evaluación del riesgo de caídas de todos los pacientes a su ingreso como parte de la evaluación inicial.
- 3.2 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería realizar las reevaluaciones del riesgo de caídas a todos los pacientes, al menos en los siguientes momentos e intervalos: cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado fisiológico del paciente.
- 3.3 La escala definida en el HRAEB para guiar la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas es una adaptación de la Escala del Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados publicado por la Comisión Permanente de Enfermería, clasificando los niveles del riesgo de caídas de la siguiente manera: Alto Riesgo (rojo) y Bajo Riesgo (verde). Dicha semaforización debe realizarse en el círculo de identificación de riesgos colocada en cada unidad de pacientes. (Ver Anexo 10.1 Escala de valoración del grado de riesgo de caídas en el paciente hospitalizado y Anexo 10.2 Círculo de identificación de riesgos).
- 3.4 El personal médico y de enfermería debe semaforizar como riesgo alto de caídas cuando en la escala de riesgos referida en la política 3.3 cumpla por lo menos con un criterio (Limitación física, estado mental alterado, problema de comunicación, antecedentes de caída, edad < a 5, o > de 60 o farmacología de riesgo) y deben implementar las medidas de seguridad para evitar el riesgo de caídas. (Ver Anexo 10.1).

Bajo Riesgo:

- Orientación sobre el riesgo de caídas al paciente y/o familiar.
- Mantiene iluminación adecuada en la unidad del paciente.
- Asegura que el timbre de llamada está a su alcance.
- Retira todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, líquidos, etc.).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAIDAS		Hoja: 83 de 108

- Disponibilidad del banco de altura al paciente, si este puede movilizarse por sí solo.
- Promueve el uso de bata y calzado adecuado.

Alto Riesgo:

- Orientación sobre el riesgo de caídas al paciente y/o familiar.
 - Medidas de preventivas de Bajo Riesgo.
 - Comprueba que la cama se encuentre en el nivel de altura más bajo.
 - Comprueba que todos los barandales se encuentren elevados y freno accionado de cama/cuna/camilla.
 - Durante la deambulación o baño del paciente, solicitar a familiar o acompañante le brinde asistencia.
 - Sugerir el uso de los pasamanos durante la deambulación del paciente.
 - Sujeción en caso necesario y vigilancia de las condiciones locales y distales de los miembros afectados.
- 3.5 Pacientes, familiares y/o acompañantes deben ser informados por el personal de enfermería, personal médico o personal técnico en el área de gabinetes sobre su correspondiente nivel de riesgo de caídas y las medidas de seguridad que deberán adoptar para su prevención.
- 3.6 El traslado interno de los pacientes hospitalizados en el HRAEB realizado por personal de camillería debe ser en silla de ruedas, camilla, cuna o cama, siempre manteniendo los barandales arriba y en compañía de al menos la enfermera responsable o de otro personal de salud.
- 3.7 El personal de enfermería y/o personal médico responsable del paciente, debe realizar el proceso para la obtención de la "carta de consentimiento informado para sujeción gentil", por el familiar o acompañante responsable de los pacientes que presenten agitación, desorientación o confusión mental que requieran de este procedimiento para su protección y seguridad. (Ver Anexo 10.3 Carta de consentimiento informado para sujeción gentil).
- 3.8 Es responsabilidad del personal de Gerencia Social, médico y de enfermería brindar la educación para la prevención de riesgo de caídas a todos los pacientes y sus familiares.
- 3.9 Cualquier desapego al procedimiento será considerado como cuasi falla y deberá reportarse por la persona que lo identifica al Staff de Calidad. También deberá reportarse la caída de los pacientes como evento adverso o evento centinela de acuerdo al daño que éste le ocasione al paciente. (Ver Anexo 10.4 HRAE – SE – 037 Reporte de incidencias).




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSAS DE CAÍDAS		Hoja: 94 de 108

4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Valoración inicial del riesgo de caídas	Responsable: Personal Médico y de Enfermería
1.1 Recibe al paciente en la unidad/cama asignada.	
1.2 Valora el riesgo de caídas con base a la Escala de Valoración del Grado de Riesgo de Caídas en el Paciente Hospitalizado, de acuerdo a la política 3.3.	
Etapa 2.0 Registro del riesgo de caídas	Responsable: Personal de Enfermería
2.1 Registra el nivel de riesgo de caídas y el plan de intervenciones de acuerdo al grado del riesgo de caídas en la hoja de registros clínicos de enfermería, según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • Formato de registros clínicos de enfermería. 	
2.2 Selecciona en el círculo de identificación de riesgos, el color correspondiente a la clasificación del riesgo de caídas del paciente, de acuerdo a la política 3.3.	
Etapa 3.0 Información sobre el riesgo de caídas	Responsable: Personal de Enfermería
3.1 Informa al paciente y/o familiar sobre el riesgo de caídas y las medidas de seguridad que deberán adoptar para su prevención.	
Etapa 4.0 Implementación de medidas preventivas de seguridad	Responsable: Personal de Enfermería
4.1 Implementa medidas de seguridad al paciente para evitar el riesgo de caídas, conforme a la política 3.4.	
Etapa 5.0. Revaloración del Riesgo de caídas	Responsable: Personal de Enfermería
5.1 Durante la continuidad de la atención médica reevalúa el riesgo de caídas ante cualquier cambio en el estado de salud del paciente, conforme a la política 3.2.	
<p style="text-align: center;">¿Sufre caída el paciente?</p> <p>Si: Valora al paciente y notifica al médico para su valoración y manejo. Solicita al camillero su intervención para movilizar al paciente en camilla rígida con protección de la columna cervical hasta su valoración médica. Pasa a la etapa 6.0.</p> <p>No: Continúa con la atención médica al paciente. Pasa a la etapa 8.0.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

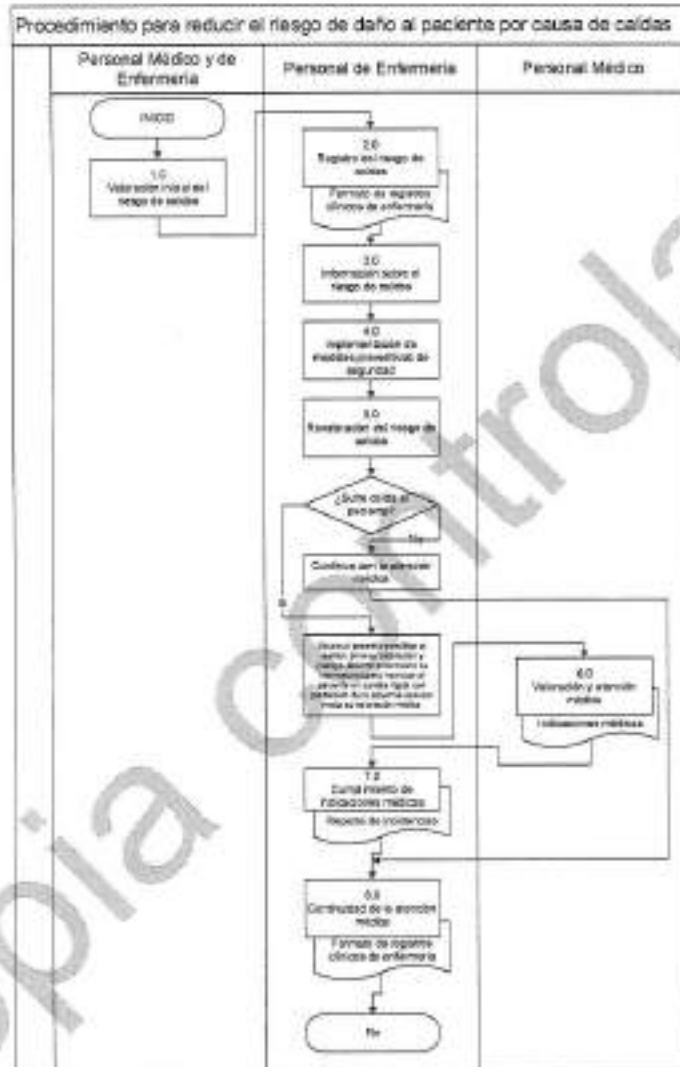
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 95 de 108

Etapa 6.0. Valoración y atención médica	Responsable: Personal Médico
6.1 Valora lesiones del paciente ocasionadas por la caída.	
6.2 Solicita estudios de laboratorio, gabinete, imagen e interconsultas, si corresponde de acuerdo a su valoración.	
6.3 Informa a familiares y/o acompañantes sobre el evento adverso y el estado de salud del paciente.	
6.4 Establece tratamiento en indicaciones médicas y las entrega al personal de enfermería. <ul style="list-style-type: none"> Indicaciones médicas. (Ver Anexo 10.5 Indicaciones médicas). 	
Etapa 7.0. Cumplimiento de indicaciones médicas	Responsable: Personal de Enfermería
7.1 Realiza cuidados específicos al paciente de acuerdo a indicaciones médicas.	
7.2 Realiza reporte del incidente en formato "Reporte de Incidencias" y lo entrega a su jefe inmediato para seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> HRAE - SE - 037 Reporte de Incidencias. 	
Etapa 8.0. Continuidad de la atención médica	Responsable: Personal de Enfermería
8.1 Da continuidad a la atención de enfermería de acuerdo a indicaciones médicas.	
8.2 Realiza registros clínicos de enfermería. <ul style="list-style-type: none"> Formato de registros clínicos de enfermería. 	
TERMINA PROCEDIMIENTO	



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyud Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 98 de 108

5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ms. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ms. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 97 de 108

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	No Aplica
Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México D. F. 1994: pág. 3-157.	No aplica
Procedimiento de ingreso de pacientes a hospitalización. Aprobado por COMERI en agosto 2010.	HRAEB-SDE-MPIH-02
Procedimiento de traslado intrahospitalario de paciente. Aprobado por COMERI en agosto 2010.	HRAEB-SDE-MPTIH-03
Estándares para la certificación de hospitales 2015, vigente a partir de 1 de agosto de 2015. Segunda edición.	No Aplica
INDICAS V II. 2010 Tercer Nivel. Formatos de recolección y concentración de datos. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador de prevención de caídas a pacientes hospitalizados. Publicado en junio del 2012 por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, DGCES.	No Aplica
Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Primera edición: Enero de 2010 publicado por la CPE. 1ª edición 2012.	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Publicada en el D.O.F., el 15 de junio de 2009.	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala C8888	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAIDAS		Hoja: 98 de 108




7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Servicios de Hospitalización	5 años	Archivo Clínico	HRAE-SE-017-ANV V4 HRAE-SE-017-REV V4
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Procedimientos Quirúrgicos	5 años	Archivo clínico	HRAE-SE-031 ANV V3 HRAE-SE-031 REV V3
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Servicios Ambulatorios	5 años	Archivo clínico	HRAE-AE-030 ANV V2 HRAE-AE-030 REV V2
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Servicio de Hemodinamia	5 años	Archivo clínico	HRAE-SE-030.1 ANV V1 HRAE-SE-030.1 REV V1
Hoja de Registro Clínico de Enfermería; Quimioterapia	5 años	Archivo clínico	HRAE-SE-026 ANV V3 HRAE-SE-026 REV V3
Indicaciones médicas	5 años	Archivo Clínico	No aplica
Reporte de incidencias	5 años	COCASEP	HRAE-SE-037

8.0 Glosario




- 8.1 Aparatos de apoyo:** Equipo para prevenir daños en partes del cuerpo. Productos de apoyo destinados a preservar la integridad de los tejidos. Equipo de protección personal para el lugar de trabajo.
- 8.2 Consentimiento Informado:** El consentimiento informado o consentimiento libre esclarecido, es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.
- 8.3 Cuasi falla:** Aquel acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- 8.4 Discapacidad:** Deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL AZA ESPINALIDAD	Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 99 de 108

- 8.5 Discapacidad Auditiva:** Restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.
- 8.6 Discapacidad Intelectual:** Aquella caracterizada por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa a su entorno.
- 8.7 Discapacidad Neuromotora:** Secuela de una afección y sus efectos secundarios o tardíos en el sistema nervioso central, periférico o ambos, así como en el sistema músculo-esquelético.
- 8.8 Discapacidad Visual:** Deficiencia del órgano de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual y que una vez corregida, en el mejor de los ojos es igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20 grados.
- 8.9 Dispositivos médicos:** También denominados insumos para la salud, pueden abarcar desde un guante de látex para cirujano (material de curación), pasta para blanquear los dientes (insumo odontológico), equipo para ultrasonido (equipo médico) hasta un implante (ayuda funcional), se utilizan para prevenir, diagnosticar o sustituir el funcionamiento de alguna parte del cuerpo.
- 8.10 Evento adverso:** Daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente.
- 8.11 Evento centinela:** Es un hecho inesperado que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que esta lesión se dé. No está relacionado con la historia natural de la enfermedad. El concepto de lesión severa incluye pérdida de una extremidad o su funcionamiento. Se le llama "centinela" porque emite una señal que nos advierte acerca de algo que requiere atención inmediata.
- 8.12 INDICA:** Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país.
- 8.13 Lesión:** Se conoce como lesión (palabra derivada del latín laesio) a un golpe, herida, daño, perjuicio o detrimento. El concepto suele estar vinculado al deterioro físico causado por un golpe, una herida o una enfermedad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ms. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tameyo
Cargo – Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ASES ESPECIALIZADO</small>	Codigo: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 100 de 108

8.14 Pacientes Vulnerables: Pacientes que además del problema clínico principal, presentan otras circunstancias como patologías asociadas, tratamientos, discapacidades, alteraciones psicofísicas, etc., que les hacen estar en situación de mayor inseguridad o de exposición al riesgo.

8.15 Riesgo de Caídas: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo contra su voluntad.

8.16 Señalética: Es una actividad perteneciente al diseño gráfico que estudia y desarrolla un sistema de comunicación visual sintetizado en un conjunto de señales o símbolos que cumplen la función de guiar, orientar u organizar a una persona o conjunto de personas en aquellos puntos del espacio que planteen dilemas de comportamiento, como por ejemplo dentro de una gran superficie (centros comerciales, fábricas, polígonos industriales, parques tecnológicos, aeropuertos, etcétera).




8.17 Sujeción: La sujeción terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánica para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. debiendo aplicarse con discreción y garantizando la seguridad del paciente, y siempre que sea posible, con autorización de un familiar. La principal acción de enfermería es impedir conductas que obligan a usar las sujeciones, recurriendo a ellas como último recurso.

8.18 Vulnerabilidad: Condición propia de fragilidad o debilidad frente a una amenaza.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre del 2016	Rediseño del procedimiento, actualización del propósito, políticas y descripción del procedimiento, de acuerdo a la cédula de certificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tameyo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 101 de 108

10.0 Anexos

10.1 Escala de valoración del grado del riesgo de caídas en el paciente hospitalizado.




Escala de valoración del grado de riesgo de caídas en el paciente hospitalizado			
Criterios de riesgo	Turno		
	TM	TV	TN
Limitación física			
Estado mental alterado			
Problema de comunicación			
Antecedentes de caídas			
Edad < a 5, o > de 60 años			
Farmacología de riesgo			
Nivel de riesgo de caídas	ALTO		BAJO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 102 de 108

Especificaciones de criterios de la escala de valoración del grado de riesgo de caídas en el paciente hospitalizado		
Valoración portuario	Conceptualización	Especificación
Limitación física	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo.	Dentro de este grupo se considera: Pacientes con deterioro muscular esquelético como fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular, traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivo-receptuales, lesiones de columna vertebral, enfermedad, síndrome de deusea, (reposo prolongado), disminución de la masa muscular (disnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (aneurosis, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad, (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), período postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limitan la actividad física.
Estado mental alterado	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivo conceptuales tales como lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral, déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración al estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas, depresión, hipoglucemia, hipopotasemia, deterioro neuromuscular, traumatismo craneoencefálico, secuelas de polio o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Problema de comunicación	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, tratamiento de la percepción sensorial, visual y auditiva (pérdida), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).
Antecedentes de caídas	Cualquier información o registro acerca de eventos o caídas relacionados con caídas previas.	Caídas previas a la valoración en un lapso de tiempo menor a 3 meses.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Pacientes menores de 5 años y mayores de 80.
Farmacología de riesgo	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolepticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antiinflamatorios, antiácidos, broncodilatadores.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DG-11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 103 de 108

Anexo 10.2 Círculo de identificación de riesgos de caídas y úlceras por presión (UPP).

Círculo de identificación de riesgos



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 104 de 108

10.3 Carta de consentimiento informado para sujeción gentil 1 de 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUJECIÓN GENTIL

En cumplimiento de la Ley General de Salud, Artículo 17 de su Reglamento de la Ley General de Salud misma de protección de servicios de atención médica, artículos 41, 42, 45 y 46 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, Decreto 1024-03 del Poder Judicial y la Ley Orgánica 1994-1998 para la prestación de servicios de salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria, Médica y Quirúrgica, se informa que el presente consentimiento informado tiene como finalidad:

Nombre del (de la) paciente: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____

Autorizo a _____ quien me ha explicado a mi estado actual, en términos de comprensión de los riesgos y beneficios de la intervención que me será realizada, que:

que para continuar en su tratamiento se requiere de la instalación de sujeción gentil. Dicha sujeción consiste en el uso de dispositivos que se adhieren a la piel del paciente, evitando la libertad de movimiento y actividades que ocasionen lesiones físicas o psicológicas graves, incluso permanente o la muerte del paciente.

Declaro expresamente el tipo de sujeción:

Riesgos más frecuentes: Pueden producirse como consecuencia de la instalación de dicha sujeción: lesiones en los sitios de colocación del dispositivo utilizado (abrasiones, irritaciones, eritema, vergüenzas, ampollas, quemaduras, etc.), dolor, molestias, picazón, prurito, eritema, lesiones cutáneas agudas o crónicas que pueden ocasionar infecciones como fracturas, quemaduras por el fuego, las condiciones ambientales de alguna parte del cuerpo pueden llegar a ocasionar problemas circulatorios y neurológicos graves, incluso permanente o la muerte del paciente.

Riesgos secundarios:

Verifico que se me ha explicado claramente en qué consiste la sujeción gentil, se por lo que otorgo mi consentimiento informado en que se le realice la misma, sabiendo que los beneficios de dicha procedimiento son:

Prevenir las caídas necesarias para disminuir la gravedad y asegurar de mi paciente, con el uso de sujeción gentil, lesiones físicas o psicológicas graves, incluso permanente o la muerte del paciente, y facilitar para la prevención de lesiones y lesiones, como fracturas o lesiones de salud que se ocasionen como de la unidad de salud.

Procedimientos alternativos: "ninguno"




Declaro que estoy consciente de que se le informará de los riesgos y beneficios de la sujeción gentil y la gravedad de la aplicación de medidas de sujeción que serán realizadas al paciente de acuerdo al diagnóstico, diagnóstico, estado clínico y que no existen alternativas viables de que el resultado de dicha medida sea la más adecuada.

En caso de cualquier duda o inquietud, mi firma al pie verifica que doy mi consentimiento informado que se otorga la medida de sujeción gentil.

Nombre completo, firma y parentesco Fecha: _____ Nombre completo y firma	Nombre completo, firma y cédula del profesional de salud Fecha: _____ Nombre completo y firma
--	---

En caso de cualquier duda o inquietud, el profesional de la salud explicará al paciente el contenido de la forma que se le presenta antes de otorgar su consentimiento informado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 105 de 108

Carta de consentimiento informado para sujeción gentil 2 de 2.

NO AUTORIZACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE SUJECCIÓN GENTIL

Con Consenso en el Hospital de Salud - ARTÍCULO 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, ARTÍCULO 25, 27, 32, 33 y 34 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y el artículo 115 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, el/los paciente/s aquí abajo, su/s representante/s, su/s representante/s sustituto/s y quienes los/as acompañan, manifiesta/n haber leído y entendido el contenido de este documento y haber aceptado voluntariamente, libremente y sin coacción, su consentimiento para ser sometido a la sujeción de sujeción gentil en el Hospital de Salud.




Tras leer el contenido del presente documento y haber entendido el contenido de los mismos, manifiesta/n su consentimiento () NO AUTORIZACIÓN () REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO para su realización, reconociendo responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta acción.

"Yo manifiesto haber leído el presente por su contenido íntegro y por su contenido en español, ASÍ COMO SU CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIO en los artículos 25, 27, 32 y 33 del Reglamento de la Ley General de Salud"

Nombre completo, Apellido y nombre(s) profesional del paciente _____
 Nombre completo, Apellido y nombre(s) profesional del profesional _____
 Lugar y Fecha de firma _____ de _____ del año 20____

Este documento es propiedad del Hospital de Salud y no debe ser vendido, alquilado, prestado, cedido, o de cualquier otra manera ser utilizado sin el consentimiento escrito del Hospital de Salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E.y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 106 de 108




10.4 Reporte de incidencias.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
Subdirección de Enfermería
Reporte de Incidencias

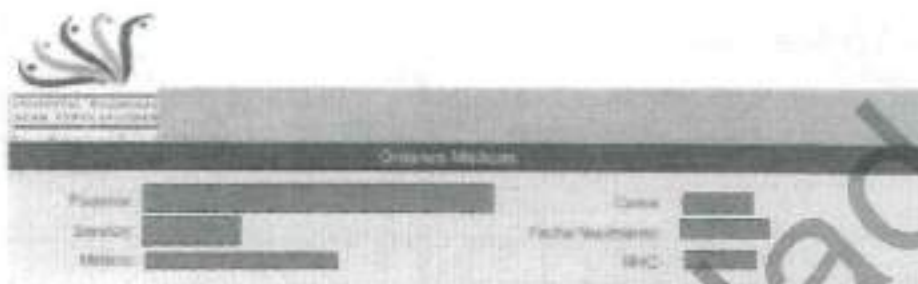
PERSONAL INVOLUCRADO:		Turno:	Fecha:	Hora:	
NOMBRE:		Puesto:			
TIPO DE INCIDENTE(S)					
<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos <input type="checkbox"/> Omisión de tratamiento <input type="checkbox"/> Relación enfermera usuario <input type="checkbox"/> Soluciones intravenosas <input type="checkbox"/> Otro: Especificar:	<input type="checkbox"/> Caida <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Responderías <input type="checkbox"/> Retraso	<input type="checkbox"/> Actos <input type="checkbox"/> Caida al intentar <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Otro: Especificar:	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Pérdida		
Nombre del paciente:	Sexo y Edad:	Edad:	Sexo:	Cama No.:	Unidad Hospitalaria:
Módulo de atención, clínica o centro del Hospital:					
Nombre y firma de quien reporta la incidencia:					
Nombre y Cargo del director Subdirección de Enfermería:					
RME-451-REV					

SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA:					
RESPUESTA Y COMPROMISO DE MEJORA:					
<p>Nombre y firma de quien da respuesta a la incidencia:</p> <p>Nombre y Cargo del director Subdirección de Enfermería a la respuesta:</p>					
RME-451-REV					

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Dyuki Del Carmen Ayala Casas	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Temayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DG - 11
	DIRECCIÓN GENERAL		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS		Hoja: 107 de 108

10.5 Indicaciones médicas.



 **NO MEDICACIÓN**

1. Dieta normal restricción de líquidos en 1200 ml día, especial valoración por nutrición.

2. SOLUCIONES

- Solución salina al 0.9% 1000 ml para pasar IV en 24 hrs

3. MEDICAMENTOS

- Sildenafil 25 mg VO cada 8 hrs
- Paracetamol 20 mg IV cada 8 hrs
- Etoposidolona 25 mg vo c 8 hrs
- Metronidazol 500 mg IV cada 12 hrs (FI 04.05.2014)
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs
- Enoxaparina 40 mg SC c 24 hrs

4. MEDIDAS GENERALES

- Reposo relativo
- Cuidado de úlceras venosas
- Oligonefropatía renal en flujo continuo
- Uso de medias compresivas
- Control de líquidos y registrar peso diario
- Posición semiofrecuente cama con tornillos arriba, fender acceptable
- Distribución asistida por enfermería

el jueves 1 de junio a las 22:00 hrs para cirugía de cambio de válvula tricúspide.
preparar para cirugía cardíaca el jueves por la noche

COPIA controlada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	M.A. Ma. del Socorro Hernández Herrera / Dra. Sandra Oyuki Del Carmen Ayala Cesca	M.E. y A.S. Ma. Antonia Ruvalcaba Arenas	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo - Puesto:	Enfermera Especialista C / Médico Especialista A	Subdirectora de Enfermería	Director General
Firma:	 		
Fecha:	Diciembre 2016	Diciembre 2016	Diciembre 2016