



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

TESINA

Título:

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE HOSPITALIZADO

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería

Silvia Liliana López Herrera

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

DIRECTORA DE TESINA

Lic. Enf. Rosa María Pecina Leyva PhD

San Luis Potosí, S.L.P; Mayo del 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Título:

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE HOSPITALIZADO

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería

Silvia Liliana López Herrera

DIRECTORA

Lic. Enf. Rosa María Pecina Leyva PhD

San Luis Potosí, S.L.P; Mayo del 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Título:

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE HOSPITALIZADO

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

P R E S E N T A:
Licenciada en Enfermería
Silvia Liliana López Herrera

SINODALES

Lic. Enf. María Leticia Venegas Cepeda MCE. _____

Presidenta

Firma

Lic. Enf. Minerva García Rangel MSP. _____

Secretario

Firma

Lic. Enf. Rosa María Pecina Leyva. PhD _____

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P; Mayo del 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por ser mi más grande apoyo desde el momento en que decidí comenzar la especialidad, a mis padres porque sin ellos no hubiera podido lograr esta meta planteada, a mis hijas Zaida y Valeria que son el motivo más grande por el cual hago las cosas y deseo superarme día a día. Este logro también es de todos Ustedes.

A los docentes de la Especialidad Clínica Avanzada de la Facultad de Enfermería y Nutrición que contribuyeron a mi formación como especialista dándome la mejor de las herramientas para desempeñarme como profesional de Enfermería, a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, orgullosamente egresada.

La elaboración de esta tesina implico la colaboración de mi Tutora la Dra. Rosa María Pecina Leyva por lo cual expreso mi profundo agradecimiento por su dedicación y su gran apoyo para la elaboración de la misma.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por brindarme el apoyo para realizar la Especialidad y la Estancia Nacional Avanzada mediante la beca obtenida estoy sumamente agradecida.

“Todo parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

INDICE

I INTRODUCCION.....	1
II OBJETIVOS.....	6
III JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
IV METODOLOGIA.....	12
V MARCO TEÓRICO	
5.1 Antecedentes.....	14
5.2 La Enfermería Quirúrgica.....	16
5.3 Seguridad del Paciente.....	17
5.4 Eventos Adversos.....	18
5.5 Calidad y Seguridad del Paciente.....	20
5.6 Estrategias para asegurar la Calidad y Seguridad del Paciente.....	21
5.7 Metas Internacionales.....	26
5.8 Prevención en Salud.....	26
5.9 Intervenciones para la Seguridad del Paciente.....	27
6. Actividades Preoperatorias.....	29

6.1 Lista de Verificación de la Cirugía.....	31
6.2 Indicadores para asegurar la Calidad y Seguridad del paciente.....	32
6.3 Indicador de prevención de caídas.....	32
6.4 Procedimiento para la prevención de caídas.....	34
6.5 Places de Enfermería para la seguridad del paciente.....	35
7 Protocolo Propuesto.....	36
7.1 Objetivo.....	38
7.2 Alcance.....	38
7.3 Profesionales a los que va dirigido.....	38
7.4 Población Diana.....	39
7.5 Responsables de la ejecución.....	39
7.6 Documentos de referencia.....	39
7.7 Definiciones.....	40
7.8 Desarrollo.....	42
7.9 Diagrama de Flujo del procedimiento de medidas preventivas.....	47
8 Documentación.....	48
8.1 Distribución del Protocolo.....	48
8.2 Responsabilidad del Encargado.....	48

8.3	Implementación del Protocolo.....	48
8.4	Conflicto de No Intereses.....	48
8.5	Indicador.....	49
8.6	Instrumento de Auditoria.....	51
8.7	Evaluación.....	52
8.8	Requisitos mínimos para una cirugía segura.....	53
8.9	Fundamentación del protocolo.....	55
9.	Medidas Preventivas.....	62
10.	Marco Ético Legal.....	64
VII	CONCLUSIONES.....	72
VIII	GLOSARIO.....	73
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91
X	ANEXOS.....	97

RESUMEN

Los protocolos tienen un papel fundamental en la práctica clínica, su adopción minimiza la variabilidad de procedimientos, registros, tratamientos y tareas realizados rutinariamente, facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos. En el quirófano, sitio donde se han reportado los errores más graves, debido al elevado número de acciones de salud que ahí se ejecutan, al gran número de participantes y a la total dependencia del paciente, es por ello el área quirúrgica constituye un ambiente de alto riesgo y un área trascendente para el establecimiento de un protocolo de seguridad para el paciente.

La enfermería perioperatoria es un área especializada de práctica que incorpora las tres fases de la experiencia quirúrgica, la enfermera es la defensora del paciente a través de toda la experiencia intraoperatoria, la mayoría de los comportamientos de las enfermeras perioperatorias reflejan un pensamiento crítico en relación con el cuidado seguro del paciente, aplicando las medidas preventivas necesarias para disminuir los factores de riesgo que puedan afectar la seguridad e integridad del paciente durante su proceso quirúrgico.

Construir una cultura de calidad y seguridad del paciente, es imprescindible y debe quedar claro desde el principio que para implantar y trabajar en seguridad del paciente hay que estar provisto de las herramientas necesarias para abordar este reto, usar medidas de prevención tanto para los profesionales como para los pacientes, harán que la cirugía se convierta en una actividad más segura.

Palabras Clave: Procedimiento Quirúrgico, Riesgo, Medidas de Prevención, Seguridad.

ABSTRACT

The protocols have a fundamental role in clinical practice, particularly for safety in the care of patients. This is due to its adoption minimizes the variability of procedures, records, treatments and tasks carried out routinely, facilitate standardization and increase reliability in the care of the patient's health, reducing human error in the execution of complex processes. In the operating room, site where reported more serious errors, due to the high number of health actions that run there, to the large number of participants and the total dependence of the patient, is why the surgical area is a high-risk environment and a transcendent area for the establishment of a patient safety program.

The perioperative nursing is a specialized area of practice that incorporates the three phases of surgical experience, nurse is the patient advocate through the entire experience of intraoperative, perioperative nurses behaviors most reflect a critical thinking in relation to the care insurance of the patient, applying preventive measures to reduce the risk factors that may affect the safety and integrity of the patient during the surgical process.

Building a culture of patient safety, it is essential and it must be made clear from the outset that to implement and work in patient safety must be provided with the necessary tools to meet this challenge, using measures of prevention for both practitioners and patients, will make that surgery will become safer.

Key Words: Surgical Procedure, Risk, Prevention Measures, Safety.

I. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud Mexicano 2013-2018 establece el objetivo de brindar servicio de salud con calidad, calidez y seguridad para el usuario, proponiendo varios programas y estrategias, donde se formularon diversas estrategias para enfrentar los retos de la calidad sanitaria.¹

De igual manera la organización Mundial de la Salud (OMS), como máximo exponente tomo la iniciativa y en la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 2004, instó a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud”.

En dicha asamblea se acordó crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que fue puesta en marcha en Octubre de ese mismo año, su trabajo se ha visto traducido en líneas estratégicas que han ido marcando el ritmo a los países en la adopción de las diferentes estrategias de seguridad.

Un elemento fundamental del trabajo de la alianza es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante, dentro de los elementos generados por la alianza se encuentra el segundo reto denominado la Cirugía Segura Salva Vidas, lanzado en el 2008 por la OMS.

Con este reto se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y logren cumplir su objetivo, que es mejorar las condiciones de salud de las personas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes, lo cual se traduce en la seguridad de las prácticas quirúrgicas.²

La evidencia indica que los procedimientos quirúrgicos que ponen al paciente en el mayor riesgo, incluyen aquellos que implican anestesia general o sedación profunda, aunque otros procedimientos también pueden afectar la seguridad del paciente. Las prácticas que pueden mejorar la seguridad son la correcta identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico adecuado y el sitio correcto del procedimiento.

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento, y aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables.³

Un estudio realizado en México en el año 2011, evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oclitos, paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación, paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica, fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia, el cirujano se contamina con otros miembros del equipo, errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación.

Sin embargo, existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente.⁴

Y es por lo previamente mencionado que a la iniciativa de la OMS, le han seguido otras, por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha creado una red de líderes regionales en seguridad del paciente, adhiriéndose a los retos y encargándose de coordinar en la región panamericana el estudio de la seguridad en hospitales de Latinoamérica.

Desde entonces fue una clara preocupación la seguridad del paciente quirúrgico y actualmente se sigue retomando tanto así que se organizó la primera consulta mundial de prioridades para la seguridad global del paciente, se estableció en la reunión de alto nivel celebrada del 26 al 28 de Septiembre del 2016 en Florencia Italia, con alrededor de 140 participantes de 30 países, donde las prioridades para la seguridad del paciente y algunos de los temas claves que se destacaron fue la importancia de crear una cultura de seguridad.

Los conceptos de cultura de seguridad y la calidad en salud van unidos de manera que no pueden existir el uno sin el otro y se originan dentro del modelo de atención del sistema de salud nacional e internacional. La calidad es realizar de la mejor manera posible la atención médica, sin abstraernos del entorno donde realizamos nuestra actividad, se define seguridad del paciente como el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios.⁵

La atención quirúrgica de calidad ha sido un componente esencial de los sistemas de salud, sin embargo no existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía, no obstante el trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los servicios en los que participan muchas personas por ejemplo en el quirófano, donde puede haber mucha tensión, el trabajo en equipo es un componente de una práctica segura, la calidad del trabajo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud de sus miembros y de su apreciación de la situación.

Dentro del equipo quirúrgico la enfermera es la defensora del paciente a través de toda la experiencia intraoperatoria a, la mayoría de los comportamientos de las enfermeras perioperatorias reflejan un pensamiento crítico en relación con el cuidado seguro del paciente a través de taxonomías estandarizadas.

La enfermera quirúrgica desempeña un papel fundamental en la atención al paciente lo cual se traduce en la mejora de la atención y en reducir al máximo los posibles daños que pueden ser causados al paciente, el presente protocolo presenta información sobre la prevención de riesgos asociados a los procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado, por lo que facilitará que el personal de salud mejore la calidad de la atención al paciente sometido a cirugía.⁶

II. OBJETIVOS

- **General**

Realizar un protocolo de atención para la prevención de riesgos asociados a los procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado, haciendo énfasis en la prevención del personal de enfermería relacionada al proceso quirúrgico.

- **Específicos**

Describir los principales factores de riesgo a los que está expuesto el paciente quirúrgico y la forma en que el personal de Enfermería está relacionado.

Brindar una herramienta para la prevención de riesgos asociados a los procedimientos quirúrgicos, para ser utilizada por el personal de Enfermería en el área quirúrgica.

III. JUSTIFICACION

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente, en consecuencia, el Programa Nacional de Salud Mexicano atiende lo anterior mente señalado y establecen el objetivo de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi cada uno de 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados, es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.⁷

La seguridad del paciente no es un tema nuevo ni desconocido, requiere mayor atención para enfocarlo como un punto estratégico del trabajo institucional y de cada uno de los que trabajan en el área de la salud, por ello se considera que se requiere de la participación de todos los involucrados para lograr estandarizar y sistematizar esta forma de ser, generar una cultura de seguridad para el paciente y obtener resultados.

El problema es mayor de lo que a simple vista se cree, ya que la seguridad del paciente se encuentra en riesgo dentro de los diversos servicios de hospitalización, unidades de cuidados intensivos, quirófanos, consultorios y aun fuera de ellos.

Un ejemplo en el quirófano, sitio donde se han reportado los errores más graves, debido al elevado número de acciones de salud que ahí se ejecutan, al gran número de participantes y a la total dependencia del paciente, por ello el quirófano constituye un ambiente de alto riesgo y un área trascendente para el establecimiento de un programa de seguridad para el paciente.⁸

Estudios recientes han permitido destacar la relevancia que tiene para la salud pública la carga que supone el volumen actual de actos quirúrgicos que se practican. La mayoría de estudios que estiman la tasa de eventos adversos derivados de la cirugía coinciden en el hecho de que entre un tercio y la mitad de estas complicaciones son evitables y ponen de manifiesto hasta qué punto la seguridad quirúrgica debe ser un tema de salud pública prioritario, dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a la prevención entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica y protocolos.⁹

Aunque el interés por estandarizar los procedimientos asociados a la calidad del cuidado perioperatorio no son nuevos, los datos epidemiológicos comentados han provocado la reacción y coordinación a escala global para mejorar la seguridad perioperatoria y asegurar el cumplimiento de prácticas sustentadas en la literatura científica (World Alliance for Patient Safety 2008).

En México, hasta el momento no se encuentran disponibles estadísticas oficiales relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico sin embargo el Gobierno Federal contempla la seguridad del paciente con el segundo objetivo del Programa Nacional de Salud 2007-2012, brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

La importancia de la seguridad, considera que todos los procedimientos clínicos en todos los niveles se dirijan a asegurar su desarrollo con calidad sin complicaciones, ni fallos humanos o errores en el sistema por equipamiento. Este hecho es de especial importancia en el campo de la cirugía por la complejidad de todos los procedimientos y profesionales implicados en el proceso perioperatorio.¹⁰

Es fundamental que México se sume a iniciativas mundiales que promueven un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía con el objetivo de salvar la vida de millones de personas a través del establecimiento de normas básicas de seguridad que pueden aplicarse al sistema de salud mexicano.

El Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud, reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, (calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social) establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-20183 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo.¹

En San Luis Potosí se realizaron visitas a dos hospitales públicos para obtener información, sobre factores de riesgo que se hayan presentado en el área quirúrgica, durante los últimos 5 años a la fecha, sin embargo no se encontraron registros específicos en cuanto a incidencias exclusivas para el área quirúrgica, solo obtuvo el dato que en el Hospital General de Zona N° 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social se presentaron de Enero a Diciembre del 2016, seis eventos adversos por procedimientos quirúrgicos, los cuales fueron 3 caídas de la camilla y 3 quemaduras en pacientes, ocasionadas por placa de electrocauterio, siendo las caídas uno de los factores de riesgo más evidente en el área quirúrgica.

Los eventos de los que más evidencia se dispone incluyen los llamados «eventos que nunca deben ocurrir» (en inglés, *never events*):

La realización de un procedimiento quirúrgico al paciente equivocado.

La realización de un procedimiento equivocado al paciente.

La realización de un procedimiento quirúrgico en el sitio equivocado.

La permanencia de cuerpo extraño olvidado después de la cirugía.¹¹

Para para reducir los eventos adversos en el área quirúrgica se han propuesto diferentes estrategias encaminadas a mejorar la calidad y seguridad en los eventos quirúrgicos, entre ellos se han formulado protocolos que tienen un papel fundamental en la práctica clínica, particularmente para garantizar la seguridad en la atención de los pacientes. Esto se debe a que su adopción minimiza la variabilidad de procedimientos, registros, tratamientos y tareas realizados rutinariamente. Los protocolos facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos.

La posibilidad de seguir protocolos expande la generación de datos cada vez más robustos, permite medir desenlaces e indicadores y retroalimenta los procesos, lo anterior da soporte a cumplir, cambiar y mejorar las acciones emprendidas para disminuir los riesgos que amenazan la vida y el bienestar de los pacientes dentro del ambiente quirúrgico. Actualmente, en todos los países la seguridad del paciente es un campo de estudio e investigación del cual se han derivado conocimientos y prácticas de indudable beneficio.¹²

Finalmente se elabora como propuesta el presente protocolo que hace referencia a medidas preventivas para la seguridad del paciente hospitalizado, el cual conlleva a reducir el riesgo de eventos adversos asociados a intervención quirúrgica.

IV. METODOLOGÍA

El presente protocolo se realiza posterior al análisis de una revisión bibliográfica respecto a los factores de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado y el papel que desempeña el personal de Enfermería involucrado. Así como a la revisión de las estrategias del sistema de salud nacional e internacional para la prevención de riesgos quirúrgicos, con la finalidad de realizar un protocolo para cumplir, cambiar y mejorar las acciones emprendidas para disminuir los riesgos que amenazan la vida y el bienestar de los pacientes dentro del ambiente quirúrgico ayudando a medir la eficacia de los indicadores para retroalimentar los procesos de atención a la salud.

Para contextualizar el protocolo se seleccionaron dos hospitales en función de su accesibilidad y se hizo la gestión con los directivos con el objeto de obtener información sobre los principales eventos adversos en el entorno o contexto de salud en San Luis Potosí, México, para comparar la información teórica con la problemática existente en cuanto a los factores de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado, y se confirma que existen diferentes herramientas de prevención en los hospitales de San Luis Potosí, que apoyan la toma de decisiones en momentos de incertidumbre en el área quirúrgica y que estandarizan la práctica clínica y asistencial. A través de conversaciones con el personal directivo de enfermería de las instituciones, se confirma la factibilidad del protocolo porque mostraron interés en la elaboración de este documento.

El siguiente paso fue que se organizó la información relevante para direccionar la estructura del presente documento, añadiendo los formatos, las guías clínicas, planes de cuidado en enfermería estandarizados al área quirúrgica, que facilitan la organización del trabajo, la unificación de criterios de actuación y evitan la variabilidad clínica.

Este protocolo de atención fue diseñado siguiendo el modelo del Autor Diego Ayuso Murillo con la finalidad de implementarlo como herramienta para el personal de enfermería del servicio de quirófano de mi centro de trabajo, Hospital General de Zona N° 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

V. MARCO TEORICO

5.1 Antecedentes

El área quirúrgica es un ambiente diseñado para minimizar la dispersión de microorganismos infecciosos y facilitar el flujo de pacientes, personal e instrumentos y equipamientos necesarios para el cuidado sanitario. El área quirúrgica se divide en tres áreas distintas: el área no restringida, el área semirestringida y el área restringida, es en este lugar donde tiene lugar la intervención quirúrgica es un procedimiento médico o cruento realizado para diagnosticar o tratar enfermedades, lesiones o deformidades. Aunque la intervención quirúrgica es un tratamiento médico, el profesional de enfermería asume una función activa en la asistencia del paciente antes, durante y después de la intervención.

En el quirófano se lleva a cabo el acto quirúrgico y se considera un momento crítico en la atención sanitaria, por ello se merece una consideración especial el antes del quirófano, el durante o dentro del quirófano y la seguridad en el postoperatorio del paciente.

El cuidado enfermero del paciente quirúrgico requiere el conocimiento de la cirugía y de las intervenciones quirúrgicas. Este conocimiento permite a la enfermera monitorizar las respuestas del paciente, la enfermera debe mantener la asepsia en el ambiente quirúrgico estar actualizada en las nuevas tecnologías y continuar siendo un gran defensor de un cuidado sanitario seguro.¹³

Desde la época de Florence Nightingale, quien en 1858 escribió que el objetivo de enfermería es “poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él” los líderes de la enfermería describen esta profesión como un arte y una ciencia al mismo tiempo. Sin embargo la definición de enfermería ha evolucionado en el tiempo.

En su “declaración de política social” (2003), la American Nurses Association (ANA) define enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y la enfermedad.¹⁴

La evolución de la enfermería como disciplina y como profesión ha propiciado el acceso a numerosas áreas de trabajo que antes no hubiésemos imaginado y por lo tanto nuestra práctica se ha enriquecido pues ahora visualizamos metas mucho más claras y podemos emprender acciones que fortalezcan la práctica y la educación de las enfermeras para contribuir a la salud y a la seguridad de los pacientes.

El reto de Enfermería en el siglo XXI consiste en seguir trabajando arduamente y fortalecer la interacción y en desarrollar y poner en marcha estrategias articuladoras para cada vez tener prácticas más seguras y así reducir riesgos en los pacientes.¹⁵

5.2 La Enfermería Quirúrgica

La enfermería perioperatoria es un área especializada de práctica que incorpora las tres fases de la experiencia quirúrgica. La fase preoperatoria comienza cuando se toma la decisión de operar y termina cuando se transfiere al paciente al quirófano. La fase intraoperatoria comienza con la entrada del paciente en el quirófano y termina con su admisión en la unidad de cuidados postanestésicos o sala de recuperación. La fase postoperatoria comienza con la entrada del paciente en la sala de recuperación y termina con la recuperación completa del paciente de la intervención quirúrgica.

La enfermera es la defensora del paciente a través de toda la experiencia intraoperatoria, la mayoría de los comportamientos de las enfermeras perioperatorias reflejan un pensamiento crítico en relación con el cuidado seguro del paciente.

Todos los procedimientos quirúrgicos, independientemente de cual sea, ponen al paciente en riesgo de percance. Estos percances pueden ser infecciones, lesiones físicas por la colocación o el equipamiento empleado o por la propia cirugía. Los láseres y las unidades de electrocirugía pueden producir un daño al paciente y al equipo quirúrgico. La enfermera perioperatoria debe conocer los aspectos de seguridad para proteger al paciente y al personal frente a quemaduras.¹⁶

El paciente o cliente es el consumidor de los cuidados de enfermería y la figura central en los servicios de atención a la salud. El término paciente deriva de un verbo latino que significa “sufrir”, usado de manera tradicional para describir a la persona que recibe los cuidados de acuerdo a sus necesidades o problemas de salud.

En la actualidad el modelo de calidad en el sistema de salud nacional e internacional tiene el objetivo de brindar seguridad al paciente, aplicando los modelos y teorías encaminados a elevar la calidad sanitaria para incrementar la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos médicos.¹⁷

Con base teórica, se sabe que el paciente tiene la necesidad de sentirse seguro, lo cual previamente se ha descrito en la teoría de necesidades de Abraham Maslow.¹⁸ (Anexo 1)

5.3 Seguridad del Paciente

Para definir lo que se entiende por seguridad del paciente se puede recurrir a la clasificación de internacional para la seguridad del paciente de la OMS, que propone diferentes acepciones para definir un concepto tan complejo y con tantas implicaciones como tiene este, de las diferentes definiciones que da, la que más se aproximan al concepto habitual de seguridad del paciente pueden ser las tres que se detallan a continuación:

Reducción y atenuación de las acciones peligrosas dentro del sistema de atención sanitaria, y aplicación de las mejores prácticas que han demostrado ofrecer resultados óptimos para el paciente. El hecho de que un paciente este a salvo de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención sanitaria.

Es posible identificar además varios factores que están relacionados con la seguridad, que cuando fallan están presentes o existen otros riesgos que producen como consecuencia daño al paciente y se identifican los eventos adversos.⁵

5.4 Eventos Adversos

Dada la importancia del evento adverso, a continuación se describen los aspectos más relevantes de este fenómeno: El conocido aforismo hipocrático “Primum non Nocere” o “primero no hacer daño” es una evidencia de la preocupación por los posibles daños generados en la atención en salud desde el nacimiento mismo de la medicina. Anteriormente no se contaba con las técnicas diagnósticas, ni tratamientos sofisticados como los que en la actualidad se disponen, situación que favorece los eventos adversos si no se toman las medidas de seguridad correspondientes, y el producir efectos perjudiciales en la atención puede ser mayor. A pesar de los beneficios relacionados con el uso de alta tecnología, pueden existir errores mortales en la atención en salud.

El Instituto de Medicina de los Estado Unidos en 1999 publicó el libro “Errar es Humano; construyendo un sistema de salud seguro”, donde se informó que entre 44,000 y 98,000 americanos morían anualmente por errores médicos potencialmente prevenibles.¹⁹

Los eventos adversos son acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente como lesiones, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionadas con el proceso asistencial involucrando todos los aspectos de la atención tales como el diagnóstico y tratamiento, así como el involucramiento de sistemas equipos utilizados; su gravedad estriba en que son evitables y no van relacionados con la patología de base.

Los problemas con la seguridad de los pacientes son de diversa índole, incluyen errores de transfusión, por medicamentos, cirugía en el lugar incorrecto y lesiones quirúrgicas o de todo tipo infecciones, caídas quemaduras, úlceras por presión así como la confusión de la identidad o la muerte, todos ellos prevenibles.

Existe una relación estrecha entre la atención de pacientes con patologías complejas donde la atención médica requiere procedimientos invasivos y el aumento en la ocurrencia de eventos adversos; los cuales pueden ser clasificados de acuerdo a su repercusión como:

Evento adverso grave por ejemplo: muerte, pérdida de función o cirugía equivocada.

Evento adverso leve por ejemplo: fiebre o prolongación de la estancia.²⁰

Es de suma importancia que la enfermera identifique los factores de riesgo que puede tener el paciente, para que a medida que le sea posible prevenga que aparezca algún evento adverso.

Por lo que se concluye que los eventos adversos que afectan al paciente quirúrgico se contraponen con los conceptos de calidad y seguridad que van unidos de manera que no pueden existir el uno sin el otro.

5.5 Calidad y Seguridad del Paciente

Los conceptos de calidad y seguridad que afectan al paciente quirúrgico van unidos de manera que no pueden existir el uno sin el otro. La calidad es realizar la mejor actuación médica de la mejor manera posible, sin abstraernos del entorno donde realizamos nuestra actividad, se define seguridad del paciente como el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios.

En 1980, Avedis Donabedian define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas partes”. Describe los distintos aspectos del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social.²¹

Luft y Hunt describen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”. La atención sanitaria de calidad, por tanto, es hacer lo correcto, de manera correcta y en el momento correcto.

En la realización del acto quirúrgico los principales encargados de la seguridad son los miembros del equipo quirúrgico, quienes deben velar por la integridad del paciente.

De tal forma que la calidad de la atención de salud, se logra al orientar los esfuerzos del equipo quirúrgico al cumplimiento de las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema de salud; por lograr resultados favorables, al aplicar estrategias que garanticen el correcto uso de los recursos materiales, técnicos, cognitivos necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades de seguridad del paciente.²²

5.6 Estrategias para asegurar la Calidad y Seguridad del Paciente

Diez Acciones en Seguridad del Paciente

1. Identificación del Paciente.

Utilice por lo menos dos datos diferentes de identificación, por ejemplo nombre completo del paciente y fecha de nacimiento; nunca el número de cama ni horario de atención.

2. Infecciones Nosocomiales.

La higiene de manos es capaz de salvar vidas. Cinco momentos para realizar la higiene de manos: 1) antes del contacto con el paciente; 2) antes de manipular un dispositivo invasivo; 3) después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosa, piel no intacta o vendajes de heridas; 4) después de entrar en contacto con el paciente; y 5) posterior al contacto con objetos localizados en la habitación del paciente.

3. Clima de Seguridad.

Dé ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad del paciente. Fomentar la fraternidad en pro de la seguridad del paciente.

4. Comunicación Clara.

Utilice terminología estandarizada (taxonomía establecida por los representantes de Seguridad del Paciente del Comité Nacional por la Calidad en Salud).

5. Manejo de Medicamentos 5 "C":

1) Paciente Correcto; 2) Medicamento Correcto; 3) Vía Correcta; 4) Dosis Correcta y; 5) Rapidez Correcta, además de un plan de acción en caso de falla o error.

6. Cirugías y Procedimientos 4 "C":

1) Paciente Correcto; 2) Cirugía y Procedimiento Correcto; 3) Sitio Quirúrgico Correcto y; 4) momento Correcto, además de un plan de acción en caso de falla o error, así como del empleo de una lista de cotejo antes de comenzar cirugías y procedimientos.

7. Uso de protocolos y/o Guías Diagnósticas.

Atienda protocolos y/o guías diagnósticas de acuerdo al padecimiento.

8. Caída del Paciente.

Identifique pacientes o situaciones de alto riesgo, Si el paciente está en cama, deje los barandales arriba. Informe al paciente y familiares acerca de medidas preventivas.

9. Haga Co-responsable al Paciente.

Facilite que expresen sus dudas, verifique que el paciente haya entendido su padecimiento así como su tratamiento, rectifique todos los tratamientos a los que esté siendo sometido, inclusive los alternativos. Incluya esta información en el enlace a otros servicios.

10. Factores Humanos.

Si no se encuentra al 100% de sus capacidades por cansancio, prisa, asuntos personales, etc. es mejor externarlo y pedir ayuda. Si tiene dudas pregunte al especialista indicado.²³

La seguridad del paciente debe abordarse de forma global, sistémica y por cada ámbito de actuación. Trabajar con una cultura de seguridad del paciente supone abandonar el concepto de culpa y abrazar el concepto de seguridad del paciente.

Un documento clásico citado por numerosos autores, es “La seguridad del paciente en siete pasos”, son siete recomendaciones que establece la Agencia Nacional de Seguridad del paciente (National Patient Safety Agency NPSA). Este documento que posteriormente se ha traducido, supone un esquema básico sobre los elementos que apoyan la seguridad del paciente para su desarrollo y fomento en el ámbito sanitario.

Construir una cultura de seguridad del paciente, es imprescindible y debe quedar claro desde el principio que para implantar y trabajar en seguridad del paciente hay que estar provisto de las herramientas necesarias para abordar este reto. En este caso resulta fundamental la formación y concienciación en seguridad del paciente.

Es necesario manejar y comprender los conceptos clave y la metodología del trabajo, aprender a usar las herramientas o mecanismos para detectar fallos o, una vez producidos ser capaces hasta llegar a la raíz de estos, analizarlos y hallar soluciones necesarias para que no vuelvan a ocurrir.

Hay que tener claro que una cosa es trabajar algunos aspectos de la seguridad del paciente y otra muy distinta es trabajar con una cultura de seguridad del paciente afirma el autor Mérida de la Torre.²⁴

La cultura de seguridad del paciente es un proceso secuencial en el que un paso se apoya en el anterior y contribuye a abordar el siguiente de una forma integral. Dentro de la cultura de seguridad se encuentran diferentes estrategias entre ellas:

Los diez programas propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente:

Programa	Objetivos
1 El reto global por la seguridad del paciente	Identificar acciones prioritarias para evitar riesgos
2 Pacientes por la seguridad del paciente	Implicar a los pacientes para colaborar en la identificación de problemas y propuesta de soluciones
3 Sistemas de notificación y aprendizaje	Promover el desarrollo de sistemas de notificación de sucesos adversos para su análisis y aprendizaje de las causas y recomendar medidas.
4 Taxonomía	Definir y consensuar conceptos de seguridad para promover un aprendizaje más efectivo
5 Investigación	Promover líneas de investigación a nivel internacional

6 Soluciones de seguridad	Diseñar intervenciones de eficacia demostrada en la prevención o minimización de daños al paciente
7 Seguridad en acción	Diseñar buenas prácticas para su aplicación en las organizaciones sanitarias
8 Tecnología y formación	Buscar la aplicación de las nuevas tecnologías para mejorar la seguridad del paciente
9 Seguridad del paciente y cuidados de pacientes quirúrgicos	Identificar acciones prioritarias para mejorar el cuidado de estos pacientes
10 Hospitales ejemplares	Promover el aprendizaje de las mejores prácticas en seguridad del paciente en los centros sanitarios ²⁴

5.7 Metas Internacionales

Algunas iniciativas fundamentales son la implementación de las 6 metas internacionales para la seguridad del paciente dentro de las cuales la cuarta meta establece como objetivo fundamental “garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto”.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, se basan en seis soluciones definidas por expertos mundiales en seguridad del paciente; que a su vez fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces.

Prevenir errores en éstos seis puntos y desarrollar la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente en todo nuestro entorno y nuestro sistema de salud nacional, salva vidas a través de las medidas preventivas.²⁵ Anexo 2

5.8 Prevención en Salud

La mayoría de las soluciones se encuentran centradas en la prevención medición de los servicios quirúrgicos y mejora de los resultados quirúrgicos de todos los pacientes.

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Prevención Primaria Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

Prevención Secundaria Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible.

Prevención Terciaria Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.²⁶

Las medidas preventivas en los pacientes quirúrgicos van orientadas a realizar intervenciones para reducir o evitar las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos, etc.

5.9 Intervenciones para la Seguridad del Paciente.

Las iniciativas y la Lista de verificación siguen un marco establecido para la seguridad de la atención intraoperatoria en los hospitales, el cual conlleva a una secuencia sistemática de acontecimientos: Evaluación preoperatoria del paciente, intervención quirúrgica y preparación para los cuidados postoperatorios adecuados, con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados.

Para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de México, elaboró una guía de práctica clínica, denominada Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, donde destaca que las medidas para hacer de un acto quirúrgico un procedimiento más seguro empiezan con una adecuada preparación del paciente, y hace una serie de recomendaciones en los siguientes aspectos:

- Prevención de la infección en la herida quirúrgica - Bañar al paciente con jabón como mínimo la noche anterior al procedimiento. - No hacer uso de cuchillas de rasurado, dado que aumentan el riesgo de infección. - Aplicar de manera estricta el protocolo de higiene de manos. No utilizar campos quirúrgicos autoadheribles en forma rutinaria. - Preparar la piel antes del procedimiento con clorhexidina; en caso de no disponibilidad, usar povidona iodada.
- Prevención de eventos vasculares - En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda el uso de beta- bloqueadores ni de alfa2-agonistas como prevención de eventos cardiovasculares. - En pacientes en tratamiento con Ácido Acetil Salicílico sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda retirarlo en forma rutinaria; se deben evaluar de forma individualizada los riesgos vs los beneficios.
- Prevención del tromboembolismo venoso - Todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, debe recibir algún método eficaz para la prevención de complicaciones trombóticas. - Se debe caracterizar el riesgo de trombosis venosa profunda y de tromboembolismo pulmonar para definir las medidas de prevención. - Se recomienda que en todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, se utilicen medias de compresión, preferiblemente graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.
- Mantenimiento de la normotermia - La temperatura corporal debe medirse antes de trasladar el paciente al quirófano, y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea superior a 36°C. La temperatura corporal deberá mantenerse abrigándolos con mantas o cobertores.¹⁰

6. Actividades Preoperatorias

La preparación del paciente para el acto quirúrgico y el traslado del paciente al quirófano son 2 procesos prioritarios definidos dentro de los procedimientos y condiciones de habilitación de servicios de salud, en el marco de prácticas quirúrgicas seguras.

Se debe realizar a todo paciente que va a ser sometido a cirugía la valoración perioperatoria, cuyo propósito es la identificación de patologías asintomáticas o sintomáticas que requieran un tratamiento prequirúrgico o un cambio en el manejo anestésico o quirúrgico con el propósito de reducir las complicaciones perioperatorias, con conocimiento del paciente.

Se define a la valoración perioperatoria como un protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica, que conlleva al establecimiento de un plan pre trans o postoperatorio con fines de reducir las complicaciones de un evento quirúrgico, el cual debe ser llevado por el equipo multidisciplinario relacionado al evento quirúrgico.

Las valoraciones deben ser realizadas por el cirujano y previamente al evento por el anesthesiólogo, los pacientes potencialmente quirúrgicos y con patología agregada, al igual que los pacientes asintomáticos a partir de los 40 años deberán ser evaluados por medicina interna, para establecer el riesgo quirúrgico integral.²⁷

Traslado del paciente al área quirúrgica.

Los pacientes deben ser trasladados al quirófano de acuerdo con su estado clínico, este traslado implica necesariamente que los pacientes sean cuidados en diferentes áreas, por tanto existen procesos de entrega y recepción de pacientes.

En la actualidad existe un consenso generalizado de que los procesos correctos de entrega son críticos para una atención segura al paciente, las listas de verificación y herramientas para facilitar el proceso de traslado pueden mejorar la fiabilidad y aliviar la presión sobre el personal de salud. Los procesos de traslado y entrega de pacientes se deben adaptar a cada ambiente clínico específico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden definir 2 grupos de pacientes a los que se les debe tener algunas consideraciones específicas:

En pacientes ambulatorios y hospitalizados no críticos: Con la finalidad de prevenir lesiones por caídas, los pacientes no se pueden trasladar mediante deambulación, deben trasladarse en silla de ruedas o en camilla.

Según las necesidades específicas de cada paciente, se debe disponer de los dispositivos para asegurar un transporte seguro (por ejemplo, oxígeno de transporte, bombas de infusión, etc.).

En pacientes críticamente enfermos, además de lo anterior: transportar monitorizado, por lo menos con presión arterial no invasiva, electrocardiografía continua y oximetría de pulso.

El traslado de los pacientes al quirófano se debe adaptar al estado clínico del paciente (crítico o no crítico). El proceso de entrega y recepción se debe registrar en los formatos de registro correspondientes.²⁸

6.1 Lista de Verificación de la Cirugía

La Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, el resultado es la lista, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Esta lista ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.²⁹ Anexo 3

6.2 Indicadores para asegurar la Calidad y Seguridad del Paciente

En la calidad asistencial el estándar constituye el componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable; asimismo proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad e incrementa la responsabilidad del profesional ante el paciente mediante la articulación, el apoyo y la protección de los derechos de los enfermos, y finalmente refleja el grado de excelencia en el ejercicio de una profesión.

En enfermería los estándares se establecen y expresan en términos de comportamiento, ya que deben servir como modelo para guiar las acciones de todo su personal, lo que permite conocer y valorar su grado de calidad en relación con la propia institución o con otros organismos externos.³⁰

6.3 Indicador de prevención de caídas.

En México, la incorporación de los indicadores para la medición de la calidad específica de los servicios de enfermería fue impulsada en 2001, y propició la necesidad de contar con los lineamientos generales que permitan a los equipos de trabajo, integrados por personal directivo y operativo de las instituciones de salud, la elaboración de sus propios proyectos y programas de mejora continua de la calidad.

Entre ellos se resalta el indicador de prevención de caídas que se le define como el conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que puedan o no poner en riesgo su vida; participan también en estas medidas preventivas el profesional médico, paramédico e interdisciplinario, además de la familia del paciente.

En general todos los pacientes que son atendidos en un hospital corren el riesgo de tener caídas, en especial quienes ya las han sufrido o que dadas sus características físicas, psicológicas y sociales son susceptibles de verse afectados por este tipo de accidentes.

La OMS define a las caídas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente suelo en contra de su voluntad.

Factores que inciden en el riesgo de caídas inherentes al medio ambiente:

Iluminación. Debe ser apropiada para reducir el riesgo, sobre todo en los pacientes con discapacidad visual.

Mobiliario. Tiene que ser fuerte con sillas y sillones de respaldos altos y estables, la unidad del paciente no debe representar ningún riesgo.

Limpieza. El área física debe estar impecable, sin basura ni fluidos que pueden hacer que una persona resbale.

Factores de riesgo de caídas relacionados con el paciente:

Edad. Implica riesgos en las distintas etapas de la vida

Estilo de vida y dependencias. Significan un riesgo adicional por el grado de estrés o ansiedad que domina a una persona, lo que ponen en riesgo su seguridad.

Pacientes con movilidad limitada. Son más propensos a sufrir caídas, ya que la inmovilización puede predisponer a los pacientes a otros accidentes.

Relacionados con el estado físico y limitaciones sensoriales. Los pacientes con problemas visuales o dificultad para comunicarse tienen alto riesgo de lesionarse, ya que no son capaces de percibir un peligro potencial ni de expresar la necesidad de ayuda.

Pacientes con estado neurológico y emocional alterado. Ocasionado por hemiparesia parcial o total, ansiedad, excitación, incapacidad para comprender o cumplir indicaciones y enfermos renuentes a solicitar ayuda.¹⁵

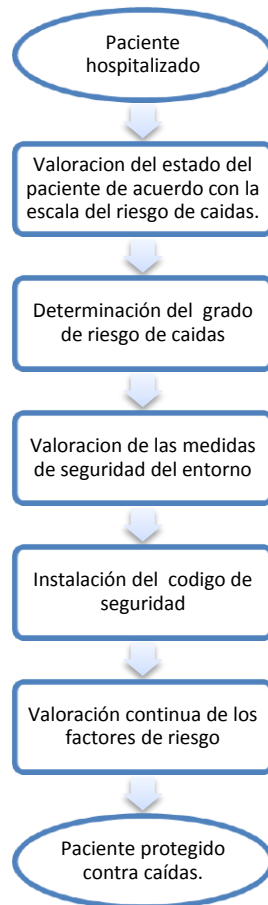
6.4 Procedimiento para la prevención de caídas.

Concepto. Medidas implementadas para proteger al paciente hospitalizado contra caídas que puedan poner en riesgo su vida.

Objetivo. Evitar las caídas de los pacientes mediante la aplicación de medidas de seguridad.

Indicación. Todo paciente que ingrese al área de quirófano.¹⁵

Flujograma de Prevención de Caídas.



Sin embargo, aunque existen diferentes estrategias para la seguridad del paciente quirúrgico, aún en nuestro medio laboral, los resultados son poco favorables por ello surge la necesidad de realizar el presente protocolo para implementar mejoras en los sistemas de trabajo para alcanzar una cultura de calidad al servicio del paciente quirúrgico, y así disminuir los costos económicos como sociales que generan los eventos adversos en el área quirúrgica.

6.5 Places de Enfermería para la seguridad del paciente.

El proceso cuidado de enfermería (PCE) es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros para cubrir las necesidades individuales del paciente, familia o comunidad; promueve unos cuidados humanísticos centrados en objetivos, también impulsa a los profesionales a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.³¹

La aplicación del PCE favorece en los profesionales de enfermería el desarrollo del pensamiento crítico; el uso del proceso les ayuda a identificar su dominio de práctica independiente ganando autonomía en su práctica. Este también proporciona un sistema de referencia y terminología común que sirven de base para mejorar la práctica clínica a través de la investigación.

Las Taxonomías NANDA, NIC, NOC, brindan una herramienta eficaz para que la enfermera de quirófano lleve a cabo acciones estandarizadas, por lo que en este trabajo se agregó como anexos planes de cuidados estandarizados brindados por la Comisión Permanente de Enfermería, los cuales me parece importante incluir a fin de que se tengan para consulta y hacer uso de ellos en el área quirúrgica.³² Anexo 4

7. Protocolo Propuesto.

El paciente es la razón de la existencia del equipo médico, quien espera que el equipo perioperatorio satisfaga sus diversas necesidades durante su proceso quirúrgico, el paciente es el centro de atención no solo cuando está en el quirófano, por lo que se debe prever cualquier situación que involucre a los profesionales que están encargados del paciente desde su llegada al quirófano hasta su egreso del mismo.¹⁴

La seguridad de los pacientes es una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial desde el punto de vista de complicaciones asociadas como de accidentes producto de la atención y los procedimientos efectuados que por su transversalidad afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros. En los últimos años ha alcanzado gran relevancia, siendo uno de los aspectos clínicos y profesionales que más apoyo institucional y profesional ha tenido.

El rol de enfermería en la seguridad de los pacientes es fundamental, la mayoría de las estrategias contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería, pese al gran impulso que se ha dado a la seguridad del paciente, existen claros potenciales de mejora y situaciones tanto estructurales como de proceso y de resultados en los que se podrían mejorar.³⁰

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y formar la base para el plan de cuidados.³¹

Los planes de cuidados de enfermería suponen el nivel más completo de estructuración de cuidados, bajo una metodología científica, la cual nos ofrece una aproximación bastante precisa del conjunto de intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería durante el desarrollo de un proceso de salud-enfermedad del usuario.

Los planes estandarizados de cuidados nos ofrecen ventajas para la práctica de la enfermería, suponen para el personal de enfermería un primer paso; en la guía de acción de la individualización de cuidados, que puede usarse en cualquiera de las tres etapas del proceso perioperatorio, donde los Planes estandarizados son una herramienta eficaz para las enfermeras que se desenvuelven en el quirófano (circulante o quirúrgica.). Anexo

7.1 Objetivo

Estandarizar la atención de enfermería en el perioperatorio a través del uso de medidas preventivas, con el fin de reducir los riesgos potenciales que pueden exponer al paciente en el proceso quirúrgico.

7.2 Alcance

Este protocolo de atención es recomendado al personal de enfermería que opera en el área de quirófano, quienes han de llevar a cabo en su práctica enfermera los procedimientos para la seguridad del paciente en el periodo perioperatorio.

Además de las personas encargadas como supervisoras, Jefes de Piso y Subjefes de Enfermería para la finalidad de que difundan las herramientas presentadas en este protocolo.

Se recomienda a estudiantes y pasantes de enfermería que se encuentren en el área de quirófano así como a sus docentes responsables de práctica clínica, en este protocolo encontraran herramientas para prevenir los riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos.

7.3 Profesionales a los que va dirigido

Va dirigido a los profesionales de enfermería en el área quirúrgica, del hospital en que laboro del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de llevar a cabo procedimientos para la prevención de riesgos en pacientes en el periodo perioperatorio.

7.4 Población Diana

El protocolo se aplicará a pacientes en el área quirúrgica programados para intervenciones quirúrgicas o procedimientos ambulatorios, con el fin de prevenir riesgos asociados a su estancia en el área de quirófano y a las acciones llevadas a cabo por el personal de salud que este brindando los cuidados necesarios tomando en cuenta que el paciente se encuentra en numerosas situaciones de riesgo potencial de sufrir lesiones que pueden afectar su seguridad física.

7.5 Responsables de la ejecución

Jefe enfermería del área quirúrgica.

7.6 Documentos de referencia

Hoja de Enfermería se sugiere agregar la forma de traslado.

Hoja de indicador de calidad riesgo de caída.

Hoja de transfusión sanguínea y de administración de medicamentos

Hoja de prevención de infecciones nosocomiales

Hoja de indicador de vigilancia de catéter urinario

Hoja de instalación y vigilancia de sondas y catéteres.

Hoja de Evaluación quirúrgica.

Lista de verificación de la OMS.

7.7 Definiciones

Acciones tomadas para reducir el riesgo: Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.

Amenaza para la seguridad del paciente: Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.

Atención segura: Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.

Cultura de la seguridad: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Factor de riesgo: Características inherentes al paciente o ajenas, que favorecen la probabilidad de ocurrencias de un evento adverso.

Gestión de Riesgos: Proceso estructurado, implementado a través de toda la organización, y que tiene por objetivo la identificación y atención de riesgos en los procesos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales.

Identificación correcta del paciente: Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, incluyendo cuasi falla, evento adverso y evento centinela.

Lista de verificación de cirugía segura: Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Prácticas seguras: Serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

Riesgo: Probabilidad de que se produzca un incidente.

Seguridad: Ausencia de peligro.

Seguridad del paciente: Conjunto de relaciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe.

7.8 Desarrollo

Descripción del procedimiento.

Área	Factor de riesgo	Actividad (Medidas preventivas)
Todos los servicios y en los 3 momentos quirúrgicos	Paciente Caídas Daños a la Integridad tisular Paciente angustiado, inconsciente	Educación al paciente en relación con el procedimiento Quirúrgico. Orientar al paciente sobre colaborar durante la movilización Valoración del estado de la piel y el funcionamiento de fuentes de calor Supervisión por el personal de enfermería previo al inicio del procedimiento Disposición de recursos para la adquisición de elementos de movilización Supervisar la aplicación de la hoja de verificación

Preoperatorio

Área	Factor riesgo	Actividad (Medidas preventivas)
<p>Jefatura Enfermería y jefatura quirófono</p>	<p>Humano Individuo</p> <p>Cómo el equipo de salud médicos, cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, encargados de servicio, camilleros, personal de limpieza etc. contribuyen a la generación del error</p> <p>Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad)</p> <p>Como la documentación ausente, poco clara contribuye al error.</p> <p>Como la tecnología (o insumos ausentes) deteriorada, sin mantenimiento.</p>	<p>Inducción al puesto, periodo de adiestramiento en el área quirúrgica, al equipo quirúrgico y a todo el personal que labora en el área capacitación de procesos del área quirúrgica</p> <p>Se realicen evaluaciones físicas y psicológicas y realizar pausas de la salud ejercicios físicos y de relajación previo a la jornada de trabajo.</p> <p>Aplicar los protocolos de movilización de pacientes en salas de cirugía</p> <p>Realizar entrenamiento en la aplicación de técnicas de movilización</p> <p>Evaluación del desempeño sobre técnicas.</p> <p>Verificar la disposición de camillas adecuadas del quirófono o sala de procedimientos</p> <p>Uso de inmovilizadores y almohadillas en salas de cirugía</p> <p>Seguir protocolo de procedimientos de sujeción movilización para pacientes en sala de cirugía</p> <p>Espacio suficiente para la disposición de equipos personal y paciente en el quirófono</p>

Quirófano		<p>Revisa programación quirúrgica del día para darse cuenta que cirugía se tendrá en la sala de operaciones asignada.</p> <p>Verifica requerimiento de insumos y materiales específicos para la cirugía, así como funcionamiento de la sala, (tomas de oxígeno, aspiración, lámparas etc.)</p>
Hospitalización, Urgencias o Admisión Hospitalaria.		<p>Recepción del paciente identificación mediante brazalete y hoja de identificación hospitalaria, corrobora los datos con el paciente o tutor.</p>
Hospital		<p>Se traslada al paciente desde el servicio de ingreso en camilla hasta el quirófano, con barandales arriba y al estar en movimiento, al estar en el transfer con freno puesto.</p>

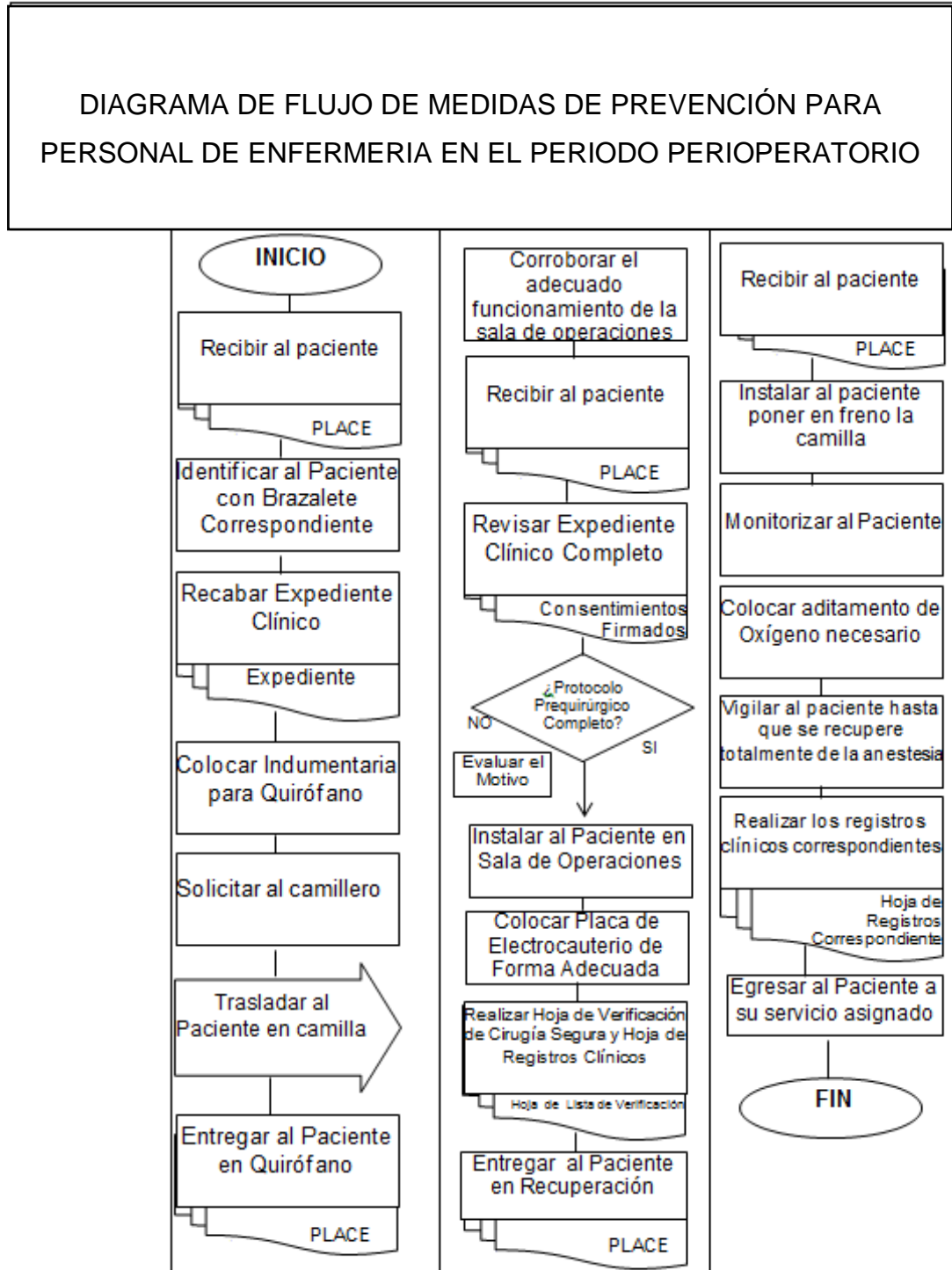
Transoperatorio

Área hospitalaria	Factor de riesgo	Actividad (Medidas preventivas)
Quirófano	<p>Humanas</p> <p>Valoración de las condiciones del entorno en relación al funcionamiento de las lámparas y filtros, fuentes de electricidad</p>	<p>Recibir al paciente con Indumentaria necesaria, (bata, gorro y botas) Brazalete de Identificación, Expediente completo, consentimiento Informado firmado además de estudios complementarios (radiografías Ultrasonidos etc.) Confirmar ayuno más de 8 hrs.</p>
Quirófano		<p>Instalar al paciente en la mesa quirúrgica, asegurándose de que el paciente se dé cuenta de las dimensiones de la mesa y evite movimientos que puedan provocar una caída.</p>
Sala de Operaciones		<p>Realizar lista de Verificación de Cirugía segura de la OMS, en los tres momentos establecidos, al ingresar el paciente a sala, antes de la cirugía (pausa quirúrgica) y antes de que el paciente salga de la sala de quirófano</p>
Sala de Operaciones		<p>Llevar a cabo el registro del procedimiento en las hojas o formatos correspondientes, hoja de Enfermería, Hoja de Anestesiología, Hoja de Técnica quirúrgica y lista de Verificación firmada por equipo quirúrgico</p>

Postoperatorio

Área hospitalaria	Factor de riesgo	Actividad (Medidas preventivas)
Quirófano	Humanas Valoración de las condiciones del entorno en relación al funcionamiento de las lámparas y fuentes de electricidad	Trasladar en camilla al paciente al área de recuperación
Área de Cuidados Post-Anestésicos		Instalar al paciente con aditamento de Oxígeno necesario, monitorización de signos vitales, y posición adecuada.
Área de Cuidados Post-Anestésicos		Realiza registros Clínicos en formatos correspondientes, hoja de enfermería y anestesiología describiendo el estado del paciente.

7.9 Diagrama de Flujo del procedimiento de medidas preventivas.



8 Documentación

Se consideran como requisitos mínimos de documentación para cirugía segura:

- Lista de registros de medidas de prevención.
- Lista de verificación cirugía segura

8.1 Distribución del Protocolo

- Comité de Calidad en Enfermería.
- Dirección Enfermería
- Jefatura de Quirófano
- Servicio de Quirófano.
- Servicio de Recuperación Quirúrgica.

8.2 Responsabilidad del Encargado

Enfermera Supervisora de quirófano es responsable de medir el la lista de verificación, y elaborar, implementar y evaluar los planes de mejora, así como también vigilar el cumplimiento del protocolo.

8.3 Implementación del Protocolo

Para la aplicación se sugiere una previa valoración por expertos en el área quirúrgica antes de iniciar la prueba piloto para su implementación.

8.4 Conflicto de No Intereses

Se hace constar que este trabajo es en modalidad de tesina a través de la cual por ser un trabajo académico será de la que suscribe como autora y de interés de los firmantes como asesores.

8.5 Indicador

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

<p>Clave de referencia</p> <p>1 LVCS</p>	<p>Nombre del indicador:</p> <p>Aplicación de la lista de Verificación de medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos</p>	<p>Objetivo del indicador:</p> <p>Evaluar que se aplique la lista de Verificación de medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos.</p>
<p>Formula del indicador:</p> <p><u>Valor alcanzado por las actividades realizadas durante el desarrollo del procedimiento</u> Valor total esperado al realizar un procedimiento. X 100= IEG</p>		
<p>Estándar de desempeño. 100%</p>	<p>Fuente de datos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manual del desempeño 2. Expediente clínico 3. Hoja de registros: Lista de Verificación de Medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos. 4. Observación Directa del procedimiento 	
<p>Origen de indicador: Universal</p>		

<p style="text-align: center;">Descripción de términos:</p> <p>Se revisara el expediente clínico en el que se debe encontrar la lista de Verificación de Medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos, que deberá estar llenada en su totalidad, resaltando los puntos específicos y con todas las firmas del equipo quirúrgico.</p> <p>Lista de verificación de Medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos. Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.</p>	<p style="text-align: center;">Presentación de resultados:</p> <p>Bases de datos y gráficos de porcentajes.</p>
<p style="text-align: center;">Periodicidad de la medición:</p> <p style="text-align: center;">Semanalmente</p>	

8.6 Instrumento de Auditoria

INSTRUMENTO DE AUDITORIA MEDIDAS DE PREVENCION DE RIESGOS ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.					
Fecha:		Turno:		Servicio:	
Nombre del observador:					
Nombre del observado:					
Antigüedad del servicio:			Nivel académico:		
No.	Procedimiento:	Valor:	Si	No	TOTAL
1	El personal de enfermería identifica correctamente al paciente.	1			
2	El personal de Enfermería se asegura de un correcto traslado del paciente.	1			
3	Inspecciona que no falte ningún documento en el expediente del paciente.	1			
4	Instala correctamente al paciente en la mesa quirúrgica.	1			
5	Realiza la lista de verificación de cirugía segura, llenando todos sus rubros.	1			
6	Realiza los registros clínicos correspondientes.	1			
7	Traslada correctamente al paciente al servicio de recuperación.	1			
8	La enfermera realiza el procedimiento, con las medidas de seguridad	1			
	TOTAL	8			

8.7 Evaluación

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE METAS

Clave de referencia	Nombre del indicador	Meta establecida	Periodo por cumplimiento	Meta cumplida	Porcentaje de cumplimiento
1 LVCS	Aplicación de la lista de Verificación medidas preventivas de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos.	Estándar de excelencia de 90 a 100%	Diagnóstico inicial, primer semestre de 2017. Primera medición: segundo semestre de 2017		
		Estándar de cumplimiento mínimo de 70 a 74%	Primer semestre de 2018		
		Estándar de cumplimiento mínimo de 70 a 74%	Primer semestre de 2019		
		Estándar de cumplimiento parcial de 75 a 84%	Segundo semestre de 2019		
Responsables:					

8.8 Requisitos mínimos para una cirugía segura

REQUISITOS MÍNIMOS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA	Sí	No
Se orienta al paciente sobre riesgo de caídas y como participar en la movilización		
El personal que labora en el área de quirófano recibe inducción al puesto		
El personal conoce los protocolos de movilización de pacientes en salas de cirugía		
La enfermera recibe al paciente, identificándolo con brazalete y hoja de identificación		
Comprobar el funcionamiento de los aparatos médico-quirúrgicos		
Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función		
Confirmar identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento a realizar		
Marcaje quirúrgico (si procede)		
Alergias conocidas del paciente		
Vía aérea difícil		
Riesgo de hemorragia		
Profilaxis antibiótica		
Riesgo de enfermedad tromboembólica		
Previsión de eventos críticos, se revisa: Cirujano ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? ¿Cuál es el tiempo aproximado de la cirugía? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? Anestesiólogo Revisa si el paciente presenta algún problema específico.		

<p>Equipo de Enfermería se ha confirmado la esterilización del instrumental, ropa quirúrgica y consumibles. ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental o equipo? El personal de Enfermería confirma verbalmente: el nombre del procedimiento, se realiza el recuento de los instrumentos, gasas compresas y agujas.</p>		
<p>Cirujano, Anestesiólogo y personal de Enfermería: revisan ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente en el postoperatorio inmediato.</p>		
<p>Se ha llevado a cabo la Lista de Verificación de una forma adecuada</p>		
<p>Se ha registrado los sucesos relevantes en la hoja de registros clínicos</p>		

Elaboración propia: tomado de la lista de Verificación de Cirugía.

8.9 Fundamentación del protocolo.

Dado que la seguridad quirúrgica es un tema en el cual se ha investigado se tienen como referencia guías y prácticas claramente establecidas, para trabajar al respecto, mediante las cuales se puede actuar tomando en cuenta las atribuciones que cada una nos da en nuestra práctica actual, es por eso que para este apartado tome en cuenta el Protocolo de Londres, que es un modelo interactivo donde se presentan fallas relevantes en la atención a la salud, los factores contributivos que predisponen a dicha falla y las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia.³³

Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), las fallas son por definición no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo de salud (enfermeras, médicos, personal de salud).

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo).

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: cómo la documentación ausente, poco clara, no socializada contribuye al error. Cómo la tecnología (o insumos ausentes), deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

Individuo: cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, etc.) contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones, como diligenciamiento adecuado.

Equipo de trabajo: cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, etc.) contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, entre otros.

Ambiente: cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Organización y Gerencia: cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

Contexto institucional: cómo las situaciones externas a la institución contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad, etc.³⁴

FACTORES CONTRIBUTIVOS O FACTOR DE RIESGO	ACCIONES INSEGURAS	MEDIDAS PREVENTIVAS
Son las condiciones que predisponen una acción insegura	Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.	<p>Humanas</p> <p>Conocer los protocolos de movilización de pacientes en salas de cirugía</p> <p>Realizar entrenamiento en la aplicación de técnicas de movilización</p> <p>Identificación de los pacientes con necesidades especiales de movilización</p> <p>Educación al paciente en relación con el procedimiento</p>
Paciente Como ese paciente contribuyo al error. Ejemplo: paciente angustiado, inconsciente.	Inadecuada movilización del paciente en el procedimiento quirúrgico.	<p>Administrativas</p> <p>Entrenamiento y reentrenamiento del personal en la correcta movilización del paciente en el quirófano o procedimientos quirúrgicos</p>

		<p>Supervisión por el personal de enfermería previo al inicio del procedimiento</p> <p>Disposición de recursos para la adquisición de elementos de movilización.</p>
	<p>Daños a la Integridad tisular (piel) del paciente, ocasionados por placa de electrocauterio.</p>	<p>Naturales</p> <p>Espacios físicos inadecuados con problemas de ventilación e iluminación.</p> <p>Espacio suficiente para la disposición de equipos personal y paciente en el quirófano</p>
<p>Tarea y tecnología</p> <p>Como la documentación ausente, poco clara contribuye al error.</p> <p>Como la tecnología (o insumos ausentes) deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa contribuyen al error.</p>	<p>Caídas del paciente en el periodo Perioperatorio</p>	<p>Físicas y Tecnológicas</p> <p>Disposición de camillas adecuadas del quirófano o sala de procedimientos</p> <p>Uso de inmovilizadores y almohadillas en salas de cirugía</p> <p>Diseño de protocolo, procedimientos de sujeción movilización para procedimientos de cirugía.³³</p>

<p>Individuo</p> <p>Cómo el equipo de salud médicos, cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, encargados de servicio, camilleros, personal de limpieza etc. contribuyen a la generación del error</p> <p>Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad)</p>		
---	--	--

9. Fundamentación de medidas preventivas

Área	Acción	Fundamento
Quirófano Periodo Perioperatorio	Identificar al Paciente	Meta Internacional 1 la cual su objetivo prioritario es mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
Quirófano Periodo Perioperatorio	Mejorar la comunicación efectiva.	Meta Internacional 2 menciona que prevenir errores que involucren el tipo de comunicación más propensa al equivocación: Órdenes y/o información de resultados críticos: verbales y telefónicas.
Quirófano Periodo Perioperatorio	Mejorar la seguridad de los medicamentos.	Meta Internacional 3 menciona prevenir la administración errónea de medicamentos de alto riesgo.
Quirófano Periodo Transoperatorio	Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	Meta Internacional 4 que marca la importancia de prevenir cirugías en el lugar incorrecto

		con el procedimiento incorrecto y la persona equivocada.
Quirófano Periodo Perioperatorio	Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.	Meta Internacional 5 que menciona la importancia de prevenir y reducir el riesgo de infecciones mediante la adecuada higiene de las manos.
Quirófano Periodo Perioperatorio	Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Meta Internacional 6 su objetivo es prevenir y reducir el riesgo de caída en los pacientes hospitalizados.

Elaboración propia: tomado de las Metas Internacionales.

9.1 Medidas Preventivas

Las medidas preventivas están orientadas a proteger la salud e integridad física del paciente, son un conjunto de medidas mínimas que deben ser adoptadas para reducir o eliminar riesgos, mediante el uso de normas, capacitación continua del personal de quirófano, empleo de procedimientos establecidos y evaluación de los riesgos.

Entre las medidas preventivas que se deben emplear se debe tomar en cuenta:

Aspectos de la comunicación en el quirófano.

La comunicación es esencial para intercambiar información con otra persona. Es necesaria para el éxito de las relaciones personales y sirve para clarificar las acciones. La comunicación es proactiva cuando se confía una idea o intención a otra persona, y reactiva, cuando se obtiene una respuesta. La comunicación se lleva a cabo cuando el receptor interpreta el mensaje de la manera intencionada por el emisor. La comunicación es eficaz solamente cuando el paciente y el asistente se entienden el uno al otro.

Trabajo en equipo del personal quirúrgico

Un equipo es un grupo de dos o más personas que tienen los mismos objetivos y coordinan sus esfuerzos para alcanzarlos. De forma general, el equipo sanitario incluye a todo el personal que trata al paciente, aquellos que tienen contacto directo con el paciente, y aquellos de otros departamentos cuyos servicios son esenciales y contribuyen indirectamente a cuidado del mismo.

La interdependencia es una de las características del equipo, ya que sin uno de los miembros los objetivos no se cumplirían. La aproximación del equipo a los cuidados al paciente debe ser un esfuerzo coordinado que se realice con la cooperación de todos los asistentes de la salud. Los miembros del equipo deben comunicarse y tener una división compartida de sus funciones para realizar tareas específicas como una sola unidad.

Trabajar en equipo requiere que cada miembro realice esfuerzos para alcanzar los objetivos comunes de forma competente y segura. Las funciones de cada miembro del equipo son importantes. Ningún miembro puede alcanzar sus objetivos sin la cooperación del resto del equipo.³⁵

El principal objetivo del equipo perioperatorio es la entrega eficaz de los cuidados de una manera segura, eficaz y puntual. Para trabajar eficientemente, los miembros del equipo deben comunicarse eficazmente los problemas como un fallo en las técnicas de asepsia y esterilización deben reconocerse y corregirse.

El respeto mutuo es el fundamento del trabajo en equipo, que debe ser lo correcto. El respeto se muestra a través de la colaboración, cooperación y comunicación sincera. El abuso verbal, la conducta negativa, y el acoso están fuera de lugar el ámbito profesional. La conducta que inhibe el trabajo de los miembros del equipo o amenaza el cuidado del paciente debe registrarse y comunicarse a los superiores.

El trabajo en equipo requiere el compromiso y el esfuerzo de sus miembros para aumentar la productividad, asegurar la calidad del trabajo, el enfoque en equipo es necesario para el cuidado centrado en el paciente. Los cirujanos, , anestesistas, enfermeras, y los servicios de apoyo deben coordinar sus esfuerzos para lograrlo. Cada disciplina contribuye al éxito de la evolución de la intervención quirúrgica al trabajar en equipo.³⁶

10. Marco Ético Legal.

El bienestar, la salud y la seguridad del paciente constituyen el objetivo fundamental del equipo quirúrgico. Una actuación inadecuada o incorrecta puede causar daño en el paciente produciendo lesiones de diferente gravedad, por ello los profesionales de enfermería como miembros del equipo quirúrgico tienen una responsabilidad legal por sus acciones sobre el paciente, cada miembro es responsable de los daños que cometa, pero en determinado momento todo el equipo está involucrado en el evento quirúrgico. Cada vez son más frecuentes las reclamaciones legales, por tanto es importante, prevenir aquellos incidentes que pongan en peligro la salud o integridad física del paciente, todo ello se puede prevenir si existe calidad asistencial, un conocimiento de las normas leyes y procedimientos así como si hay conciencia quirúrgica y ética profesional.³⁷

10.1 Obligaciones legales

Ser legalmente responsable, es tener un compromiso legal, adquirido por la profesión que cada miembro del equipo ejerce. En la terminología jurídica, daño es un perjuicio legal cometido por una persona que produce lesión en otro individuo.

La causa principal por las demandas hospitalarias son la negligencia profesional, lesiones médicas, iatrogenias, o lesiones sufridas en el paciente en el transcurso de su tratamiento médico. Todos estos actos se pueden dar por omisión o por comisión, una regla general es que cada persona es responsable de los actos que comete es por ello que en el equipo quirúrgico cada quien tiene funciones específicas.

10.2 Responsabilidad Profesional

La responsabilidad es la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y su experiencia. El personal de enfermería debe responder al hospital, a los pacientes, a la profesión, a sí mismos y a otros miembros del equipo. La responsabilidad está relacionada con la eficacia y la eficiencia.

10.3 Código deontológico de enfermería

El Código Deontológico de Enfermería, encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer el profesional de Enfermería para aplicarlos en la práctica diaria. En dicho código se reglamenta la relación:

- La enfermera (o) y el individuo
- La enfermera (o) y el ejercicio de la profesión
- La enfermera (o) y la sociedad
- La enfermera (o) y sus colegas
- La enfermera (o) y la institución

Ética

Ética proviene del vocablo griego "*ethos*" que significa carácter, modo de ser. Es el estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana, describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo.

Ética profesional de enfermería

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.³⁸

Fuentes de la ética profesional de enfermería

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales. Entre ellas tenemos:

- Normas Jurídicas
- Normas Morales
- Normas de Trato Social

10.4 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.³⁹

En la actualidad la enfermera quirúrgica utiliza la formación del vínculo terapéutico como la principal base, este proceso exige que el personal mantenga conocimientos teóricos y científicos, todo esto ligado con diferentes capacidades como comunicación, empatía, una conciencia crítica y teniendo una base ética y legal.

Es el saber responder a las consecuencias que resultan de cualquier acción mal realizada. La responsabilidad que involucra el campo de la enfermería con mayor frecuencia se relaciona con malpraxis (mala práctica).

10.5 Causas posibles de implicaciones legales de Enfermería.

Preoperatorio

Existen diversas causas por las que el personal se puede involucrar antes de la cirugía.

Identificación del paciente. Es decir confundirle con otro paciente.

Comunicación documentada. Todo aquello que no esté escrito o documentado no existe, sin importar si el proceso se le realizó al paciente.

Caída del paciente. Puede darse por descuido del personal, y mayoritariamente con pacientes de la tercera edad o discapacidad.

Registro inexactos o erróneos. Cuando no se toman las cifras reales que se obtienen después de un procedimiento o se alteran por no haber realizado el mismo.

Divulgación de información confidencial. Es decir esparcir la información que existe en el expediente del paciente por ejemplo, tipo de patología.

El negarse a otorgar atención de salud al paciente. Por ejemplo cuando el enfermero(a) cubre su turno y decide no atender al paciente en la espera o por motivos de discriminación social.

El contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, familiar, compañeros de trabajo o su jefe inmediato. Cuando el enfermero(a) responde a cualquier tipo de insulto por los personajes ya mencionados.

Transoperatorio

Identificación del paciente. Es decir confundirle con otro paciente.

Comunicación documentada. Todo aquello que no esté escrito o documentado no existe, sin importar si el proceso se le realizó al paciente.

Registro inexactos o erróneos. Cuando no se toman las cifras reales que se obtienen después de un procedimiento o se inventan puede perjudicar en el proceso la salud del paciente.

Conteo de gasas. Puede deducirse como la falta de material textil al realizar la cirugía o al término de ella.

Olvido de compresas dentro de la cavidad. Errores que se cometen al no observar de nuevo el no dejar algún material dentro del paciente.

Quemaduras y caídas. Ya sean por mal uso del equipo al momento de proceder con la cirugía, y el no colocar al paciente en un sistema seguro respectivamente.

Información equivocada a los pacientes. Confundir la zona a someterse a cirugía o cambiar expedientes.

Fallas en la técnica aséptica. Puede llevar consigo una infección en esa zona.

Administración equivocada de medicamentos. Cambiar el tipo de medicamento o en una dosis ya sea por encima o por debajo de la cantidad normal.

Abandono de pacientes. Dejar al paciente mientras el efecto del anestésico transcurre.

Omisión en la prevención de accidentes. Es decir no realizar alguna acción para evitar los accidentes.

Pérdida de biopsia y cuerpo extraño. Provocar pérdida de cuerpos sin referencia alguna a la intervención quirúrgica.

Pérdida de propiedades del paciente.-Es decir realizar la intervención en zona errónea.

Postoperatorio

Identificación del paciente. Anteriormente mencionado.

Información documentada. Lo que no está documentado no existe.

Registros inexactos. Cambiar cifras o inventarlas.

Caídas. No colocar los barandales para evitar el descenso del paciente.

Abandono del paciente. Descuido del paciente.

Administración equivocada de medicamentos. Confundir el medicamento o la dosis.

Omisión en la prevención de accidentes. No realizar alguna acción para evitar un accidente.

Error e interpretación de órdenes escrita o verbal. No realizar las intervenciones del personal sobre el paciente por error al interpretar las mismas.

El negarse a otorgar atención de salud al paciente. Al término del turno del personal entre otras causas.

El contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familiar, compañeros de trabajo o su jefe inmediato. Responder algún estímulo provocado en el ambiente laboral.⁴⁰

Todos estos riesgos pueden ser evitados por el personal de enfermería, llevando a cabo una conducta de seguridad usando las herramientas necesarias como protocolos, guías técnicas y medidas de prevención para el paciente.

VII CONCLUSIONES

El establecimiento de una cultura de seguridad tanto para los profesionales como para los pacientes, harán que la cirugía se convierta en una actividad más segura, para lo que hay que tomar estrategias para evitar el error y potenciar la mejora, tomando en cuenta que es un proceso donde cada vez que creemos que se acerca el fin, aparece un nuevo error, por lo que hay que progresar como equipo quirúrgico, en el cual la enfermera especialista quirúrgica desempeña un papel fundamental, como defensora de la integridad del paciente y como observadora de que se cumplan los procesos con la seguridad quirúrgica necesaria para obtener buenos resultados, con este trabajo he comprendido que día a día se puede impulsar el desarrollo de buenas prácticas, asegurando la precisión, con la toma de decisiones e implicando al resto del equipo y a los pacientes en el proceso.

No se puede olvidar cuando en su libro de Notas de Enfermería en 1863

Florence Nighthingale ya decía:

“Parece sorprendente que lo primero que haya que pedirle al hospital es que no cause ningún daño”.

VIII GLOSARIO

Se pretende clarificar conceptos establecidos en el protocolo mediante las definiciones y términos para efectos de la implementación de acciones, teniendo como sustento y recuperadas del Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs):

Acciones de mejora	Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.
Acciones tomadas para reducir el riesgo	Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.
Agente	Objeto, sistema, sustancia química o biológica u organismo capaz de producir un efecto.
Alergia medicamentosa	Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado fármaco y que causa reacciones inmunitarias nocivas en ulteriores exposiciones al fármaco.

Amenaza para la seguridad del paciente	Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo
Análisis Causa Raíz	Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.
Análisis Modal de Fallas y Efectos	Herramienta de análisis para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un producto/servicio o en un proceso.
Atención ambulatoria	Todo evento de atención médica que no requiere hospitalización.
Atención a la Salud	Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Atención segura	Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.
Barrera de seguridad	Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.
Caída	Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.
Calidad de la atención médica	Otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles.

Causa	Motivo, fundamento u origen.
Causa-raíz	Causa principal por la que falló el proceso. Pueden ser varias.
Causa Proximal	Es el motivo aparente o inmediato que explica el evento y que involucra aquellos factores más cercanos a su origen (errores, omisiones, competencias inadecuadas, deficientes habilidades del equipo de salud).
Causa Subyacente	Fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales, pero pueden o no ser causa raíz (relación paciente-profesionales, fallas operativas, disponibilidad, mantenimiento, ruido, mobiliario, comunicación).
Censo hospitalario	Número de pacientes Internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado.

Cinco momentos	Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto en el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).
Circunstancia	Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.
Cirugía Segura Salva Vidas	Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)	Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la Seguridad del Paciente.

Complicación	Trastorno del paciente que surge durante el proceso de atención a la salud, sea cual sea el entorno en que se dispensa. Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.
Condiciones peligrosas	Todo conjunto de circunstancias (exceptuando la enfermedad, la afección o el trastorno por el que el paciente está recibiendo atención, tratamiento y servicios) definidas que aumentan significativamente la probabilidad de un daño.
Cuasi falla	Falta o error que no ocurrió.
Cuasiincidente	Evento que casi ocurrió, o que ocurrió pero del que nadie tiene conocimiento. Evento que podría haber tenido consecuencias no deseadas, pero no las tuvo porque no alcanzó al paciente, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.
Cultura de la seguridad	Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y

colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Daño

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Daño leve

Incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso).

Daño moderado

Incidente que causa un daño significativo pero no permanente. (evento adverso).

Daño severo

Incidente que tiene como resultado un daño permanente. (evento centinela).

Daño relacionado con la atención a la salud	Perjuicio derivado de la acción u omisión de profesionales de la salud durante la prestación de un servicio y el cual no se debe a enfermedad o lesión subyacente.
Detección	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
Difusión	Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.
Discapacidad	Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
Efecto secundario	Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
Enfermedad	Disfunción fisiológica o psicológica. Alteración biopsicosocial de un organismo producido por algún desorden interno o causa externa.

Error	No realización de una acción prevista tal como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.
Error médico	Conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.
Error médico por comisión	Ocurre como resultado de una acción tomada.
Error médico por omisión	Ocurre como resultado de una acción no tomada.
Evento	Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
Evento centinela	Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.
Evento adverso	Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

Factor atenuante	Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia un daño al paciente.
Factor contribuyente	Circunstancia, acción o influencia que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.
Factor de riesgo	Características inherentes al paciente o ajenas, que favorecen la probabilidad de ocurrencias de un evento adverso.
Fallo	Falta en la prestación de servicios esperados o que no se realizan de forma satisfactoria.
Fallo del sistema	Defecto, interrupción o difusión en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.
Frecuencia	Número de veces que se repite un determinado acto o suceso.

Gestión de Riesgos	Proceso estructurado, implementado a través de toda la organización, y que tiene por objetivo la identificación y atención de riesgos en los procesos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales.
Grado del daño	Intensidad y duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.
Herramienta de calidad	Conjunto de instrumentos para manejar la información que auxilia en la toma de decisiones y están involucradas en el proceso de mejora de la atención.
Higiene de manos	Termino genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
Identificación correcta del paciente	Procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, incluyendo cuasi falla, evento adverso y evento centinela.

Incidente sin daño Incidente que no llegó a causar daño, se puede llamar cuasi falla. Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que no produce daño al paciente, ni pérdidas materiales o de cualquier tipo.

Infección asociada con la atención de la salud Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso a la institución.

Investigación en seguridad del paciente Estudio profundo que proporciona información útil para disminuir el daño a los pacientes durante el proceso de atención.

Lesión	Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
Lista de verificación de cirugía segura	Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.
Medicación segura	Estrategia de seguridad del paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.
Medidas adoptadas para reducir el riesgo	Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño asociado a un incidente.
Mejora del sistema	Resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

Notificación	Mecanismo mediante el cual se da a conocer la información de eventos adversos o incidentes ocurridos en el proceso de la atención a la salud, utilizando formatos simples creados en cada institución o establecimiento de atención médica.
Paciente	Persona que recibe atención a la salud.
Peligro	Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentar los existentes.
Plan de mejora continua	Conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de la atención médica que se otorga en una unidad de salud.
Prácticas seguras	Serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

Prevenible	Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.
Proyecto de intervención	Plan, acción o propuesta, creativa y sistemática, generada a partir de un problema, necesidad específica o falta de funcionalidad para obtener mejores resultados para la organización y los pacientes.
Reacción adversa	Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
Reacción adversa a medicamento	Respuesta nociva e inesperada a un medicamento que se produce a dosis normalmente recomendadas para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para el establecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica.
Reacción adversa inesperada	Reacción de una naturaleza o gravedad inconsistente con la información disponible sobre el medicamento.

Resiliencia	Grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes.
Responsable	Que ha de rendir cuentas de una actividad, acción o proceso.
Riesgo	Probabilidad de que se produzca un incidente.
Salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
Seguimiento	Conjunto de actividades dirigidas a verificar el nivel de ejecución, cumplimientos de metas y objetivos de los programas y proyectos, mediante reportes periódicos a través de los sistemas de información vigentes.
Seguridad	Ausencia de peligro.
Seguridad del paciente	Conjunto de relaciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la

atención medica que recibe.

Sistema de registro de eventos adversos Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible.

Sistema Nacional de Salud Se refiere al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas moral o física de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

Supervisión Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia a la calidad de los servicios de salud.

Tipo de incidente	Termino descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas.
Úlceras de presión	Lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos adyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros., uno que pertenece al paciente y otro externo a él.
Unidad médica	Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2013 - 2018. [en línea]. México. 2013. [consulta 10 Nov 16]; Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
2. Organización Mundial de la Salud. La Cirugía segura Salva Vidas. [en línea] Suiza: OMS; 2008 [consulta: 4 Nov 2016] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for Safe Surgery. [en línea] Suiza: OMS; 2009 [consulta: 4 Nov 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf
4. Arenas H, Hernández J, Carvajal J, Jiménez J, Baltazar I, Flores M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cir gen. [en línea]. 2011 [consulta: 8 Nov 2016]; 33(3): 156-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n3/v33n3a4.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [en línea]. Suiza: OMS; 2016 [consulta: 4 Nov 2016] Disponible: www.who.int/patientsafety/en/
6. Broto M. Delor S. Instrumentación Quirúrgica Técnicas por especialidades. Vol 2. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009.

7. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La investigación en Seguridad del Paciente. [en línea]. Suiza: OMS; 2008 [consulta: 4 Nov 2016]; Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
8. Pérez J. Seguridad del paciente: Una prioridad nacional. México: Editorial Afil; 2009.
9. Aranaz A, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. [en línea] 2008; [consulta: 8 Nov 2016] 62(12):1022-9. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008366
10. CENETEC. Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el paciente Quirúrgico. [en línea] México: Secretaria de Salud; 2013. [consulta: 10 Nov 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS_S_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf
11. Makary Y, Dahab F, Frassica E, Heitmiller L. Achieving the National Quality Forum's "Never Events": Prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. Ann Surg [en línea] 2007; [consulta 11 Nov 16]. (245) 526-532. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000251573.52463.d2>

12. Smith P. Guidelines in anaesthesia: Support or constraint. Br J Anaesth. [en línea]. 2012 [consulta: 26 Nov 2016] (109) 1-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aes149>.
13. Lewis S. Heitkemper M. Dirksen S. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol 1 6a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
14. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. 12a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2012.
15. Ortega M. Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería. México: Editorial Panamericana; 2006.
16. Lemone P, Burke K. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol 1. 4a ed. España: Editorial Pearson Education, 2014.
17. García M, Hernández V, Montero R, Ranz R. Enfermería de Quirófano. Barcelona: Editorial Lexus; 2012.
18. Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería conceptos procesos y práctica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2002.
19. Linda T, Corrigan J. To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine. ISBN National Academies Press. [en línea]. 2000 [consulta 11 Nov 2016]. (309) 312. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248.

- 20.** Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual del sistema vencer II sistema de vigilancia de eventos centinela eventos adversos y cuasifallas. [en línea]. 2014. [consulta: 15 Nov 2016]. Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-003.pdf.
- 21.** Ayuso D, Grande R. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. España: Ediciones Diaz de Santos; 2006.
- 22.** Luft S, Hunt S. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA. [en línea]. 2012. [consulta: 26 Nov 2016] 986: 109, 1-4. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/articleabstract/404350>.
- 23.** MinSalud. Estrategia de Seguridad del Paciente. [en línea] 2016; [consulta 11 Nov 16]. Disponible en: [www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia %20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf).
- 24.** Mérida F, Moreno E. Fundamentos de Seguridad del Paciente. España: Editorial Panamericana; 2012.
- 25.** Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente. [en línea]. México: Secretaria de Salud; 2016 [consulta: 10 Nov 2016] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html.

- 26.** Colimon K, Villalba S. Niveles de Prevención y atención primaria de la salud. [en línea]. 2014. 33 (1); Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf
- 27.** Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Valoración Perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto. [en línea]. México: IMSS; 2011 [consulta 22 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- 28.** Kalkman C. Handover in the perioperative care process. Curr Opin Anaesthesiol [en línea]. 2010 [consulta 28 Nov 2016]. 23 749-753. Doi: 10.1097/ACO.0b013e3283405ac8.
- 29.** Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. La cirugía Segura. [en línea]. Suiza: OMS; 2015 [consulta: 4 Nov 2016]. Disponible en: www.who.int/patientsafety/en/
- 30.** Ayuso D, Begoña A. Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. España: Ediciones Díaz de Santos; 2015.
- 31.** Carpenito L. Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la Práctica clínica. 9a ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
- 32.** Herdman H. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. España: Elsevier; 2013.
- 33.** Vicent C. Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol . . Imperial Collage London. [en línea]. 2012; [consulta 22 Nov 2016]. Disponible en: www.patientensicherheit.ch/...systems_analysis_clinical_incidents.

- 34.** MinSalud. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención a la salud. [en línea]. [consulta: 29 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- 35.** Fuller J. Instrumentación Quirúrgica principios y práctica. 5a ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2012.
- 36.** Hurts M. Enfermería Médico-Quirúrgica. México: Manual Moderno; 2013.
- 37.** Williams L, Hopper P. Enfermería Médico-Quirúrgica. 4a ed. México: MC Graw-Hill Interamericana; 2015.
- 38.** Fry S, Megan J. Ética en la práctica Enfermera Una Guía para la toma de decisiones éticas. México: Manual Moderno; 2010.
- 39.** Secretaria de Salud. Comisión Permanente de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. [en línea]. 2001 [consulta: 5 Oct 2016]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/.
- 40.** CONAMED. Recomendaciones para Mejorar la Atención en Enfermería. México. [en línea]. 2003 [consulta: 5 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7587.pdf>.

X. ANEXOS

Anexo 1

Teoría necesidades de Maslow

Una teoría fundamental en la salud es la relacionada a las necesidades básicas para todas las personas, algunas son más importantes que otras, el estudio de las necesidades refleja la jerarquía de las necesidades de Maslow, que es un marco útil aplicable a los diferentes modelos de enfermería para evaluar la fortaleza y limitaciones del paciente, así como la necesidad de las intervenciones de enfermería.

Se resalta que la necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades una vez que se han suplido las necesidades fisiológicas.

Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno; dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, si no hay seguridad, lo primero que se buscará satisfacer antes que cualquier otra necesidad es la seguridad.

Si el individuo o el paciente cubre sus necesidades de seguridad el paciente manifestará independencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, entre otras. Todas estas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro.¹⁸

Es posible identificar además varios factores que están relacionados con la seguridad, que cuando fallan están presentes o existen otros riesgos que producen como consecuencia daño al paciente y se identifican los eventos adversos.

Por lo que se infiere que la seguridad constituye un principio fundamental en la atención médica y su dimensión es de gran magnitud en la calidad sanitaria, incluso se puede considerar que sin seguridad no puede existir la calidad.



Anexo 2

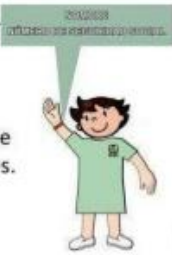
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	Objetivos Prioritarios
1. Identificar correctamente a los pacientes.	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
2. Mejorar la comunicación efectiva.	Prevenir errores que involucren el tipo de comunicación más propensa a equivocación: Órdenes y/o información de resultados críticos: verbales y telefónicas.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.	Prevenir la administración errónea de Medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	Prevenir cirugías en el lugar incorrecto con el procedimiento incorrecto y la persona equivocada.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.	Prevenir y reducir el riesgo de infecciones mediante la adecuada higiene de las manos.

<p>6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.</p>	<p>Prevenir y reducir el riesgo de caída en los pacientes hospitalizados.</p>
--	---


Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

1. Identificar correctamente a los pacientes.




2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales. (Ordenes verbales y/o telefónicas)

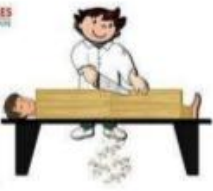
“Readback”




3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. (electrolitos concentrados)




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



5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. (lavado de manos)



6. Reducir el riesgo de caídas.



Anexo 3

Lista de Verificación de la Cirugía

La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios, el primero fue la simplicidad, una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable, el atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

El segundo principio fue la amplitud de aplicación. De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.

El tercer principio fue la mensurabilidad. Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

Si se cumplen los tres principios (simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad) es posible que se logre aplicar la lista de verificación con éxito, la inclusión de cada medida de control en la lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables.

Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad, por consiguiente, se anima a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la lista de verificación y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal.

Instrucciones breves sobre cómo utilizar la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS.

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista lo dirija una sola persona. Por lo general el responsable de marcar las casillas de la lista será una enfermera, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: 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 cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (salida).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Antes de la inducción de la anestesia (entrada), el encargado de rellenar la lista de verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la lista de verificación.

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (pausa quirúrgica) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación.

Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la salida, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse.

Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

La lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía ha sido evaluada en ocho centros piloto para identificar posibles problemas de aplicación y aceptación, y para confirmar que su uso puede mejorar realmente la seguridad de la cirugía. La evaluación se llevó a cabo en quirófanos de las seis regiones de la OMS. Para promocionar su adopción y uso a escala mundial,

La Lista de verificación se presentó oficialmente el 25 de junio de 2008 en Washington, D.C. (Estados Unidos de América). El éxito de la aplicación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y su potencial para mejorar los resultados de la cirugía en todo el mundo exigirá su adaptación a los hábitos y expectativas locales. Esto no será posible sin el compromiso de los administradores de los hospitales y los planificadores de políticas que ocupan los escalones más altos de las organizaciones profesionales y los ministerios de salud.

No obstante, para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de cirugía, anestesiología y enfermería deben respaldar públicamente la idea de que la seguridad es una prioridad y de que el uso de la Lista de verificación puede hacer más segura la atención quirúrgica.

World Health Organization

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

Antes de la Inducción anestésica	Antes de la incisión	Antes de la salida del quirófano
<p>INGRESO</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> -IDENTIDAD -SITIO -PROCEDIMIENTO -CONSENTIMIENTO <p><input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS</p> <p><input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> TIENE EL PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> ALERGIAS CONOCIDAS?</p> <p style="padding-left: 20px;">NO <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">SI <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION?</p> <p style="padding-left: 20px;">NO <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE</p> <p><input type="checkbox"/> RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)?</p> <p style="padding-left: 20px;">NO <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS</p> <p style="text-align: right;">NOMBRE / SELLO</p>	<p>PAUSA</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> -PACIENTE -SITIO -PROCEDIMIENTO <p><input type="checkbox"/> EVENTOS CRITICOS PROBABLES</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?</p> <p><input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD(INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p style="padding-left: 20px;">SI <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">NO SE APLICA <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA?</p> <p style="padding-left: 20px;">SI <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">NO SE APLICA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NOMBRE / SELLO</p>	<p>SALIDA</p> <p><input type="checkbox"/> ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO LA CIRUGIA REALIZADA</p> <p><input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA)</p> <p><input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CONSIDERACIONES PARTICULARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA <input type="checkbox"/> <p><input type="checkbox"/> OTRAS</p> <p><input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO</p> <p style="text-align: right;">NOMBRE / SELLO</p>

Anexo 4 PLACES ESTANDARIZADOS DEL PERIOPERATORIO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE PREOPERATORIO

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés		Clase: 2 Respuestas al afrontamiento	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			
Etiqueta (problema) (P)			
Temor			
Factores relacionados (causas) (E)			
Falta de familiaridad con la experiencia ambiental, situaciones estresantes como la hospitalización y procedimientos, presencia de dolor, estímulos fóbicos, barreras idiomáticas, deterioro sensorial, etc.			
Características definitorias (signos y síntomas)			
Expresión de aprensión, sentirse asustado, falta de seguridad de sí mismo, pavor, excitación, aumento de la tensión, inquietud, pánico, terror, ansiedad.			
Cognitivas: expresa sentirse amenazado, etc.			
Conductuales: conducta de evitación, irreflexión, aumento del estado de alerta.			
Fisiológicas: diarrea, taquicardia, diaforesis, aumento de la respiración, de la presión arterial sistólica, náuseas, dilatación pupilar, vómitos, etc.			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Nivel del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de autoconfianza. - Inquietud. - Preocupación por sucesos vitales. - Aumento de la presión sanguínea. - Aumento de la frecuencia del pulso y respiratoria. - Tensión muscular. - Temor verbalizado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
Autocontrol del miedo	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina los factores precursores del miedo. - Busca información para reducir el miedo. - Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	

INTERVENCIONES (NIC): POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD

ACTIVIDADES

- Disponer un ambiente no amenazador que facilite la confianza y seguridad.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Escuchar los miedos del paciente.
- Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
- Responder a las preguntas sobre su salud de manera sincera.

INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

ACTIVIDADES

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Observar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Escuchar con atención.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del procedimiento que se avecina.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación.
- Ministración de medicamentos para reducir la ansiedad, por prescripción médica.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista y positiva del cambio.
- Valorar y discutir las alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva de su situación de salud.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Sugerir el uso de fuentes espirituales si es adecuado y necesario.
- Confrontar sentimientos ambivalentes del paciente como enfado, percepciones, miedos y depresión.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE PREOPERATORIO

Dominio: 5 Percepción / cognición	Clase: 4 Cognición
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
Conocimientos deficientes de su procedimiento quirúrgico.	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>	
Mala o falta de información, limitación cognitiva, falta de interés, falta de exposición de sus dudas, falta de memoria, poca familiaridad con los recursos para obtener información.	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u>	
Comportamientos inadecuados: histeria, hostilidad, apatía, agitación, desinterés, expresión verbal del problema, comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de las instrucciones, etc.	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Conocimiento: procedimientos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción del procedimiento terapéutico. - Explicación del propósito del procedimiento. - Descripción de los pasos del procedimiento. - Descripción de los posibles efectos indeseables. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p><u>Ambos puntuales solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Conocimiento: proceso de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción del proceso de la enfermedad. - Descripción de la causa o factores contribuyentes. - Descripción de los efectos de la enfermedad. - Descripción de las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad. - Descripción de las complicaciones y precauciones para prevenirla. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 	

INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente y ser querido acerca de la duración, fecha, hora y lugar del procedimiento quirúrgico programado. - Describir las actividades pre - operatorias (anestesia, preparación intestinal, dieta, pruebas de laboratorio, preparación de la piel, terapia I.v., vestimenta, zona de espera para la familia, etc.) explicar el objetivo. - Realizar visita previa al procedimiento. - Describir la medicación preoperatoria, efectos en el paciente y el fundamento de su utilización. - Presentar al paciente el personal implicado en los cuidados de cirugía y del postoperatorio. - Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado para llevar a cabo la cirugía. - Proporcionar información acerca de lo que oír, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento quirúrgico. - Describir rutinas, equipos postoperatorios como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, etc., y el objetivo de estos. - Explicar el propósito y las actividades del procedimiento. - Obtener el consentimiento informado de acuerdo a la política institucional. - Explicar la necesidad de ciertos equipos y sus funciones (dispositivos de monitorización) - Discutir la necesidad de medidas especiales. - Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía. - Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía. - Describir el propósito de las valoraciones frecuentes y actividades posteriores al procedimiento así como la razón de las mismas.

INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Describir las actividades postoperatorias, como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares. Explicar el objetivo. - Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, incluir a la familia o ser querido si es necesario. - Determinar y corregir las expectativas del procedimiento de manera realista para el paciente y familia, si procede. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y resuelva sus inquietudes. - Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. - Registrar las actividades realizadas en el formato de registros clínicos de enfermería. - Discutir las posibles medidas de control del dolor. - Informar al paciente de la forma en que puede ayudar en la recuperación. - Instruir y orientar al paciente sobre las medidas postoperatorias: <ul style="list-style-type: none"> • La técnica para levantarse de la cama de forma segura. • Acerca de sujetar su incisión, toser y respirar profundamente. • El uso del espirómetro. • Sobre la técnica de ejercicio de piernas. • Cuidados pulmonares • Deambulación precoz, si esta permitida. - Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 11 Protección inefectiva Clase: 2 Lesión física.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Protección inefectiva

Factores relacionados (causas) (E)

Tratamiento de cirugía y/o procedimiento quirúrgico, perfiles hematológicos anormales: anemia, factores de la coagulación, cáncer, edad extrema, trastornos inmunitarios, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Alteración de la coagulación, deficiencias inmunitarias, disnea, alteración neurosensorial, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Coagulación sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina (Hb). - Concentración de plaquetas. - Hematocrito. - Tiempos de coagulación activada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
Estado inmune	<ul style="list-style-type: none"> - Estado respiratorio - Títulos de anticuerpos - Integridad cutánea - Integridad mucosa - Recuento absoluto y diferencial leucocitario. - Valores de complemento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5.No comprometido 	
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura - Sensibilidad - Hidratación - Perfusión tisular - Lesiones cutáneas - Necrosis 		

INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

ACTIVIDADES

DEL EQUIPO:

- Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
- Verificar el correcto funcionamiento de la unidad electro-quirúrgica, con aditamentos en buenas condiciones de uso.
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo eléctrico fijo y móvil.
- Verificar la integridad de los cables y contactos eléctricos.
- Comprobar la presión adecuada del equipo de aspiración, así como, tubos y catéteres.
- Comprobar el funcionamiento de la toma de oxígeno.
- Verificar la existencia del instrumental quirúrgico necesario para el procedimiento quirúrgico.
- Disponer de todo los insumos necesarios (suturas, compresas, gasas, esponjas, cortes, soluciones etc.)

INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

ACTIVIDADES

DEL PACIENTE:

- Verificar el consentimiento de la cirugía.
- Verificar que la banda de identificación y de sangre (grupo sanguíneo y Rh) sean correctas.
- Solicitar al paciente, si está en condiciones, y al familiar, que repitan el nombre del paciente.
- Verificar las 4 "C" como lo marcan las 10 acciones en Seguridad del paciente: paciente correcto, cirugía y procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto y momento correcto. Acorde a la normatividad institucional.
- Llevar a cabo junto con el equipo quirúrgico la lista de verificación para La seguridad quirúrgica de los pacientes (antes del procedimiento, durante el procedimiento y al término de este) como lo marca el 2º reto mundial de la OMS y la Campaña sectorial "Cirugía Segura Salva Vidas" de la Secretaría de Salud.
- Asegurar la documentación completa (expediente clínico), comunicación de cualquier alergia, resultados de laboratorio, solicitud de cirugía, valoración pre- anestésica, etc.
- Verificar que cuente con hemoderivados (paquetes eritrocitarios, plaquetas, plasma, etc.) si es necesario.
- Retirar y resguardar la (s) prótesis del paciente si tuviera.
- Verificar que el paciente no esté en contacto con ningún objeto metálico.
- Verificar la ausencia de marcapasos cardiacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electro quirúrgica.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 11 Protección inefectiva **Clase:** 2 Lesión física.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Riesgo de lesión peri operatoria

Factores relacionados (causas) (E)

Obesidad, alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mala nutrición, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.	<ul style="list-style-type: none"> - Los cinco sentidos. - Habla. - Sensibilidad facial. - Movimiento muscular facial. - Estiramiento bilateral de músculos. - Deglución. - Reflejo nauseoso. - Movimiento lingual, de cabeza y hombro. - Movimiento voluntario de los hombros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
Estado respiratorio: ventilación	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria. - Expansión torácica simétrica. - Facilidad de la inspiración. - Expulsión del aire. 		
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad de la respiración. - PaO2 - PaCO2 - pH arterial - Saturación de Oxígeno. - Volumen corriente CO2 		
Perfusión periférica tisular:	<ul style="list-style-type: none"> - Llenado capilar de dedos de manos y pies. - Sensibilidad - Color de la piel - Función muscular - Temperatura de extremidades. - Frecuencia de pulsos (carótida, radial, femoral, etc.) - Presión sanguínea sistólica y diastólica. 		
Prevención de la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica y evita factores de riesgo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL

ACTIVIDADES

- Vigilar estado neurológico.
- Determinar parámetros hemodinámicos.
- Inducir el aumento de la presión arterial con la expansión del volumen con agentes inotrópicos o vasoconstrictores.
- Administrar por prescripción médica: vasoactivos, analgésicos, diuréticos, anticoagulantes, trombolíticos, expansores (coloides, productos sanguíneos y cristaloides) Bloqueadores del canal del calcio.
- Observar signos de hemorragia.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP) y respuesta neurológica.
- Monitorizar y controlar tiempos de protrombina (TP) y tromboplastina (PTT).
- Controlar presión arterial media.
- Monitorizar presión venosa central (PVC)
- Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones, niveles de PO2, PCO2, pH y bicarbonato).
- Monitorizar la presencia de efectos secundarios de medicamentos: diuréticos, etc.

INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

ACTIVIDADES

- Valorar la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- No puncionar ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No sacar sangre de la extremidad afectada.
- No aplicar presión o torniquete en la extremidad afectada.
- Mantener hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre.
- Prevenir lesiones en la zona afectada.
- Prevenir infecciones en heridas.
- Monitorizar las condiciones de las extremidades para registrar la presencia de calor, enrojecimiento, dolor o edema.

INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES PARA EVITAR LA BRONCOASPIRACIÓN.

ACTIVIDADES

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, gases y capacidad deglutiva.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Mantener equipo de aspiración disponible.
- Colocar posición de fowler, si procede.
- Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30 a 45 min. después de la alimentación.
- Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación, si procede.

**INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES
INTRAOPERATORIO.**

ACTIVIDADES

- Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.
- Verificar la ministración de antibióticos profilácticos, prescritos.
- Verificar la esterilidad del equipo de instrumental, envoltura, indicadores de esterilización, procedimiento y correcto suministro del material.
- Llevar a cabo las técnicas asépticas establecidas en el manejo del equipo e instrumental.
- Verificar que se realicen las medidas de precaución universales de: vestuario quirúrgico, gorro, cubre bocas, guantes, botas, etc.
- Monitorizar el correcto lavado de manos: cepillado, brazos y uñas, entre otras acciones.
- Asegurar la protección ocular y minimizar la presión de las partes corporales del cuerpo expuestas del paciente.
- Mantener la integridad de los catéteres y de las líneas intravasculares.
- Llevar a cabo el recuento de gasas y compresas.
- Realizar cultivos de acuerdo a la norma técnica institucional.
- Valorar las condiciones de la piel alrededor del sitio quirúrgico.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Mantener la sala limpia y en orden.
- Verificar los procedimientos de limpieza exhaustiva de las salas quirúrgicas.

**INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA
INTRAOPERATORIA.**

ACTIVIDADES

- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24°C.
- Preparar y regular los dispositivos de calefacción y/o refrigeración.
- Colocar y activar humidificador para los gases anestésicos.
- Cubrir las partes expuestas del paciente.
- Controlar la temperatura corporal, pulso y respiración.
- Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Envolver al recién nacido inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdida de calor.
- Calentar o enfriar las soluciones de irrigación, intravenosas y de preparación de la piel.
- Regular el calentador de sangre.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.
- Vigilar continuamente la temperatura del paciente y la ambiental.
- Utilizar colchón térmico y/o mantas calientes, si procede.
- Cubrir al paciente con mantas para el transporte a la unidad de cuidados postoperatorios.
- Registrar la información en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a normas institucionales.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre 40 y 60%

Anexo 5

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

Clasificación según nivel de riesgo

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
Sin riesgo	0 - 24	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo Bajo	25 - 50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo Alto	≥ 51	Implementar medidas especiales

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15