



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN  
 COORDINACIÓN DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES  
 COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS GENERALES  
**DIVISIÓN DE VIÁTICOS, CORRESPONDENCIA Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**  
**INFORME DE LA COMISIÓN**

NÚMERO DE PLIEGO

3708

Ciudad de México, a 20 de mayo de 2020

Nombre del Coordinador Normativo: **RAUL PEÑA VIVEROS**Nombre de la Coordinación Normativa: **COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL**ADSCRIPCIÓN: **COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL**LUGAR DE LA COMISIÓN: **PUERTO VALLARTA, JAL.**DEL: **15/05/2020**AL: **17/05/2020**OBJETO DE LA COMISIÓN: **CONTINGENCIA COVID****1. PROPÓSITO DE LA COMISIÓN**

Para evaluar la tasa de letalidad cruda del HGR 42 por COVID-19, nos reunimos con las autoridades locales que nos facilitaron expedientes de ocho pacientes fallecidos del 31 de marzo al 23 de abril 2020 con COVID-19 confirmados

**2. ACTIVIDADES REALIZADAS**

Reunión con las autoridades locales que nos facilitaron expedientes de ocho pacientes fallecidos del 31 de marzo al 23 de abril 2020 con COVID-19 confirmados, recorrido de las áreas de atención incluida área COVID-19.

**3. CONCLUSIONES**

Falta de apego a la NOM 004 del Expediente Clínico.

El 25% de los pacientes sin supervisión de enfermería y/o médica, se refiere en las notas de enfermería como causa la falta de equipo de protección personal por lo que fallecieron sin monitoreo y asistencia.

Esquemas antimicrobianos heterogéneos.

Cuando se prescribió hidroxicloroquina no se realizó electrocardiograma en el expediente, tampoco se realizó nota que documentara o referenciara la acción.

Falta de apego a los criterios de intubación y ventilación mecánica. Existe al menos un paciente que rechazo intubación, no existe nota de negativa del paciente firmada por testigo.

De los pacientes intubados solo encontramos una gasometría, no existe justificación escrita sobre la toma de decisiones de modificación de parámetros de ventilación mecánica posterior a la toma de gasometrías.

No existe notas de interconsulta a medicina crítica.

Retraso en la definición de casos sospechoso y confirmado, que condicionaba permanencia en observación regular de pacientes infectados por SARS-CoV2.

Los pacientes sospechosos permanecían más de 24 horas en observación regular de urgencias. De ellos no se encontró indicación de aislamiento adecuado para la sospecha diagnóstica.

Existe inadecuada descripción de dilución de cloro al 6% para alcanzar 5000ppm y garantizar la desinfección con contacto.

Bajo cumplimiento de higiene de manos, la solución base alcohol se encuentra en el dispensador al 100% de su capacidad a pesar de ser re-abastecido el 13 de mayo del 2020. El personal de la unidad refiere que el producto para la higiene de manos tarda en secarse y deja una sensación desagradable (viscoso), por lo que es conveniente re direccionar la estrategia y fortalecer el lavado de manos.

Dotación de mascarilla KN95 a personal fuera de áreas COVID-19.

Políticas de re-uso de mascarillas N95 y KN95 en áreas no COVID-19, no sustentadas en la literatura, el personal refiere la instrucción de re-usarlas a las 96h del primer uso sin previo tratamiento y verificación de integridad.

Pacientes sospechosos de COVID-19 fuera del área COVID-19 sin aviso de precauciones de aislamiento correspondientes a la entrada de la habitación

Batas desechables de manga larga mal cerradas y colgadas fuera de habitación para pacientes sospechoso COVID-19.

Equipo de protección en cesto de basura fuera de habitación COVID-19.

Cloro en recipientes no opacos de color claro.

Fortalecer el filtro de pacientes no COVID-19, el personal que acude para revisión por síntomas insiste en ser clasificado en área no COVID-19.

Fortalecer la señalización para ingreso a filtro no COVID-19.

Fortalecer la señalización de la puerta de ingreso a filtro COVI-19.

**4. RESULTADOS OBTENIDOS**

Nos presentaron 6 expedientes y 8 resúmenes clínicos de los pacientes seleccionados, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

- ? 75 % hombres, 25% mujeres.
- ? Edad promedio 55.5 años.

Comorbilidades identificadas:

- ? 50 % padecían Diabetes mellitus.
- ? 50 % padecían Hipertensión arterial.
- ? 50 % padecían Enfermedad renal crónica.
- ? 25 % padecían Obesidad.
- ? 12.5% padecían Lupus eritematoso sistémico.
- ? Tasa cruda letalidad 16/41: 39.02%
- ? Expedientes con notas incompletas 100%

**5. CONTRIBUCIONES PARA LA DEPENDENCIA**

Se indican las siguientes acciones para la mejora:

Gestionar equipo de protección de acuerdo al Plan Estratégico Institucional para la atención de la contingencia COVID-19, con atención en las mascarillas N95 y N95K, estas no sellan de manera adecuada y ponen en riesgo la seguridad de los operativos.

Gestionar equipo de protección de acuerdo al Plan Estratégico Institucional para la atención de la contingencia COVID-19, con atención en las batas quirúrgicas de manga larga desechable e impermeable o en su defecto overoles sin capucha, el material de las batas de la unidad es transparente, poroso y no garantiza impermeabilidad.

Fortalecer el uso adecuado y no redundante del equipo de protección personal.

Conformar equipos COVID-19 para la atención de los pacientes a través de la integración de personal de nuevo ingreso.

Uniformar los esquemas terapéuticos (inmunorreguladores, antimicrobianos, esteroides) apegados a los algoritmos institucionales.

Fortalecer la capacitación en el uso de ventilación mecánica, indicaciones, beneficios.

Fortalecimiento de la capacitación para la prescripción de oxigenoterapia y ventilación mecánica oportunas.

Organizar las áreas para concentrar a los pacientes con ventilación mecánica de manera próxima, cohortes.

Difundir las políticas de acceso a los filtros COVID-19, no COVID-19.

Fortalecer el apego a la NOM-004 del Expediente Clínico.

Incluir registro en expediente de negativa del paciente a tratamiento con ventilación mecánica, apegado a la normatividad que incluya firma autógrafa del paciente, familiar responsable y al menos dos testigos.

Con respecto a las medidas de control epidemiológico es necesario fortalecer las siguientes acciones:

1. Reforzar la funcionalidad del filtro sanitario instalado al ingreso para el personal de salud a la unidad médica en su caso tiene apoyo del SSPTIMSS, en donde se garantice la disponibilidad de un personal capacitado en cada turno que pregunte al trabajador de salud sobre sintomatología en base a la plantilla de trabajadores vigente, realice la toma de la temperatura con un termómetro infrarrojo y recomiende que en caso de presentar sintomatología durante su jornada laboral acuda de inmediato al Módulo Respiratorio para su valoración, atención médica y acciones pertinentes de muestreo y/o incapacidad de requerirlos.
2. El responsable de APS (Atención de Personal de Salud) deberá proporcionar el listado actualizado del personal que cuenta con incapacidad COVID-19 al personal asignado al filtro para evitar su acceso a la unidad.
3. Garantizar el abasto suficiente en todos los turnos de los dispensadores de Solución Base Alcohol (SBA) al 70% en los chequeadores y entradas de la unidad médica.
4. Realizar la desinfección con contacto llevando a cabo la técnica del triple balde y las diluciones de hipoclorito de sodio (Cloro) al 6% para áreas críticas o limpias en toda la unidad médica y se recomienda realizar al menos dos veces por turno, y/o cuantas veces sea necesario para reducir el riesgo de colonización en superficies (limpiar los monitores, equipos de soporte de vida con alcohol etílico o propílico al 70% para evitar se averíen por el uso de cloro), es muy importante supervisar por parte del jefe inmediato y establecer bitácoras que permitan llevar el control de manera estricta y estandarizada.
5. Colocar una ayuda visual en los sépticos de las diluciones adecuadas del cloro de acuerdo a las áreas.
6. Fortalecer a todo el personal con adiestramiento y apego del uso correcto y racional del EPP.
7. Reforzar la delimitación de áreas y el espaciamiento en zonas comunes, guardando distancia sana en todo el personal que acude a la unidad y no permitir el libre tránsito en áreas confinadas para evitar transmisión cruzada.
8. Establecer políticas de acceso a áreas asignadas para la atención de pacientes COVID.
9. Establecer medidas estrictas para incrementar el cumplimiento de higiene de manos en los 5 momentos de la atención y retirar fómites potenciales (cuadros, papeles, cajas).
10. Fortalecer el trabajo conjunto con el Sindicato para que los trabajadores manejados de manera ambulatoria tengan el seguimiento y monitoreo conforme al logaritmo oficial, se le brinde la atención médica en caso de requerirlo y se reintegre a las labores una vez cumplido el tiempo y muestreo de ser factible por parte de epidemiología y SSPTIMSS.
11. Reforzar las tarjetas de acción en las áreas COVID y dar cumplimiento estricto a las barreras señaladas en las tarjetas de aislamiento y por mecanismos de transmisión.
12. Fortalecer el apego y cumplimiento de la Higiene de manos y garantizar los insumos en las áreas confinadas y en las demás áreas.
13. En caso de realizar desinfección sin contacto esta deberá ser con productos autorizados en el listado N de EPA (Agencia de Protección del Ambiente), para garantizar el proceso antes de su aplicación deberá garantizarse la limpieza y desinfección con triple balde, ya que la desinfección sin contacto es un proceso adyuvante que por sí solo no garantiza la eficiencia de la desinfección. Disponible en: <https://espanol.epa.gov/espanol/lista-n-desinfectantes-para-usar-contrasars-cov-2>

"Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos, y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarán en caso contrario"



**JORGE RAFAEL GAMBOA CARDENA**

Nombre y Firma del servidor público comisionado

1270-009-032

