

Instituto de Previsión Social

Constitución esq. Dr. Luis Alberto de Herrera
Planta Baja - Edificio Caja Central
Asunción - Paraguay

Tel/Fax. (021) 223141/3
www.ips.gov.py

Misión

Otorgar las prestaciones del Seguro Social con calidad y calidez mediante la excelencia en la gestión de los talentos y recursos, para el bienestar de sus beneficiarios.

Visión

Ser la Institución Líder en Seguridad Social, reconocida por su transparencia, calidad y eficiencia, cuya cobertura crece planificadamente.

Valores

Solidaridad
Honestidad
Transparencia
Integridad
Vocación de servicio
Excelencia
Responsabilidad Social Institucional



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL



Responsables de la Edición: Gerencia de Salud - Fiscalización de Gestión médica y atención
Diseño gráfico: Oficina de Comunicación Institucional
Gabinete de Presidencia.
Responsable de la Publicación: Gerencia de Salud.
Distribución gratuita.

Protocolo de Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería

Plan de mejora de la calidad de atención y seguridad de los pacientes



Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012

Hospital Central Dr. Emilio Cubas

Misión

Brindar atención médica especializada de alta complejidad, a través de tecnología de punta, la mejora continua, formación y promoción constante de los mejores talentos humanos, ofreciendo a los pacientes atención médica con calidad, respeto y trato digno.

Visión

Llegar a ser el Hospital modelo en gestión de servicios, recursos y talentos humanos. Que trabaja con esfuerzos coordinados e integrados a la red de atención, enfocados a ser el hospital de referencia para la formación y capacitación de los profesionales técnicos y especializados. Que les inculca valores y sentido de pertenencia para que lo pongan al servicio del usuario.

Valores

✍ **Hospital de alta complejidad:** Con capacidad para responder a las necesidades de los niveles de menor complejidad, con tecnología, recursos y profesionales altamente capacitados y especializados.

✍ **Hospital amigable:** Que considera al paciente y sus familiares como parte del proceso asistencial, pensando en su comodidad, facilidades de acceso, sin barreras arquitectónicas y con programas que los educa en su lucha por recuperar su salud.

✍ **Valores éticos:** Que valora a su gente, pacientes y funcionarios, que respeta sus creencias y costumbres y desarrolla sus funciones según los principios legales y éticos que rigen a la profesión.

✍ **Hospital en red:** Que cuenta con sistemas y medios de comunicación eficientes que facilitan la transmisión oportuna de la información para las decisiones de gestión.

✍ **Hospital solidario:** Que trabaja solidariamente en una red integrada de servicios para dar respuesta a los pacientes que provienen referidos de otros centros de menor nivel de complejidad del IPS.

✍ **Hospital con responsabilidad social:** Nos preocupamos por brindar a los pacientes, familiares y a la comunidad, un ambiente limpio, controlando el correcto manejo y disposición de los desechos hospitalarios y gestionando el uso racional de los recursos, como luz, agua.

INTRODUCCIÓN

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

OBJETIVOS DE LOS PROTOCOLOS Y LINEAS DE ACCIÓN

PROTOCOLOS SELECCIONADOS.

PROTOCOLO 1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.

PROTOCOLO 2 PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

PROTOCOLO 3 PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN.

PROTOCOLO 4 IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE DROGAS DE ALTO RIESGO.

PROTOCOLO 5 TRASPASOS DE PACIENTES (COMUNICACIÓN EFECTIVA).

PROTOCOLO 6 TRANSCRIPCIÓN DE LA INDICACIÓN MÉDICA.

PROTOCOLO 7 ATENCIÓN LIMPIA SIN INFECCIONES.

PROTOCOLO 8 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIONES.

PROTOCOLO 9 TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES.

COMPROMISOS NECESARIOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

RESULTADOS ESPERADOS CON SU DESARROLLO

PARTICIPANTES DE LOS TALLERES

BIBLIOGRAFIA

PROTOCOLO 1

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.

- 1- Protocolos de Seguridad y Calidad. Complejo Asistencial Sotero del Río. Chile Mayo,2009
- 2- Las nueve soluciones para la Seguridad de los pacientes. OMS 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
- 3- OMS Seguridad de los pacientes <http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>
- 4- Joint Comission Internacional: Soluciones para pacientes <http://www.ccforspatientsafety.org/>

PROTOCOLO 2

PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

- 1- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Else-vier. Madrid. 2005.
- 2- Escuela Andaluz de Salud Pública. Guías de Cuidados de úlceras por presión UPP. 2008.
- 3- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (GNEAUPP). Documento Técnico nº 2: Directrices Generales Sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevención.pdf>
- 4- J. L. Temes; V. Pastor. Manual de Gestión Hospitalaria. Madrid 1992.
- 5- Mc Closkey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid 2004.
- 6- Rodríguez M, Almozara R., García F., Malia R., Ribera J. Cuidados de Enfermería al Paciente. con úlceras por Presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Hospital Universitario Puerta delMar. Cádiz 2003.

PROTOCOLO 3

PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN

- 1- Protocolos de Seguridad y Calidad. Complejo Asistencial Sotero del Río. Chile Mayo,2009
- 2- Las nueve soluciones para la Seguridad de los pacientes. OMS 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
- 3- Look-alike and sound- alike drug name, Sentinel Event Alert, Issue 19, May 2001.http://www.jointComission.org/sentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm.
- 4- Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA et al. Acontecimientos Adversos Prevenibles causados por medicamentos en hospitalizaciones. Med Clin

PROTOCOLO 4

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE DROGAS DE ALTO RIESGO.

- 1- Protocolos de Seguridad y Calidad. Complejo Asistencial Sotero del Río. Chile Mayo,2009
- 2- Las nueve soluciones para la Seguridad de los pacientes. OMS 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
- 3- Look-alike and sound- alike drug name, Sentinel Event Alert, Issue 19, May 2001.http://www.jointComission.org/sentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm.

- 4- Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA et al. Acontecimientos Adversos Prevenibles causados por medicamentos en hospitalizaciones. Med Clin

PROTOCOLO 5

TRASPASOS DE PACIENTES. (COMUNICACIÓN EFECTIVA)

- 1- SBAR: technique for communication. Cambridge ,MA, Institute for Healthcare Improvement.
- 2- Protocolos de Seguridad y Calidad. Complejo Asistencial Sotero del Río. Chile Mayo,2009
- 3- Las nueve soluciones para la Seguridad de los pacientes. OMS 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
- 4- OMS Seguridad de los pacientes <http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>
- 5- Joint Comission Internacional: Soluciones para pacientes <http://www.ccforspatientsafety.org/>

PROTOCOLO 6

TRANSCRIPCIÓN DE LA INDICACIÓN MÉDICA

- 1- Protocolos de Seguridad y Calidad. Complejo Asistencial Sotero del Río. Chile Mayo,2009
- 2- Las nueve soluciones para la Seguridad de los pacientes. OMS 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
- 3- OMS Seguridad de los pacientes <http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>
- 4- Joint Comission Internacional: Soluciones para pacientes <http://www.ccforspatientsafety.org/>

PROTOCOLO 7

ATENCIÓN LIMPIA SIN INFECCIONES

PROTOCOLO 8

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIONES

- 1- Protocolo de contención y prevención de caídas. Hospital Complejo Sotero del Río. Unidad de Calidad y Seguridad del paciente. Chile 2008.
- 2- Protocolo de prevención de caídas. Hospital Da Costa. España 2002
- 3- Protocolo de Prevención de caídas. Guanajuato. Enfermería estatal. México DF. Marzo 2006
- 4- Escala de Riesgo de Caída de J.H Downton. 1993.
- 5- Servicio Andaluz de Salud. Seguridad del Paciente. Protocolo de Contención. Granada. España. Mayo 2007

PROTOCOLO 9

TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES

- 1-García Maribona J, Tratado de enfermería y Cuidados críticos pediátricos y neonatales. Sección 10. Otros procedimientos. Cap 147: Transporte intrahospitalario. 2006 <http://www.aibarra.org>
- 2-Fanara B, Manson C, Barbot O, Desmettre T, Carpentier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. Critical Care, 2010, 14: R87. <http://octorum.com/content/14/3/R87>.
- 3- Jarden R, Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. Intensive Crit Care Nurs. 26 (2) 101-7, 2010 Apr PMID: 20089403
- 4-García Torres, Barranco Ruiz F. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados críticos. Transporte de pacientes en estado crítico. Cap 12. Ed. Solobreaña, 2009.

INTRODUCCIÓN.

Basados en las 6 metas internacionales para la Seguridad de los Pacientes, propuestos por la OMS en el 2009, donde se insta a los países miembros a tomar medidas para prevenir los eventos adversos resultantes de la atención de salud, el Departamento de Enfermería del Instituto de Previsión Social, ha tomado la iniciativa de llevar adelante estos retos de seguridad de los pacientes, asumiendo el compromiso de garantizar a cada paciente la seguridad como un Derecho Humano.

Brindando cuidados oportunos, humanizados y sobre todo con mayor seguridad, se pretende llevar a la enfermería del IPS entre los de mayor reconocimiento a nivel nacional. De esta inquietud y acorde a los lineamientos internacionales, presentamos esta propuesta como una estrategia para mejorar los cuidados a los pacientes, a través de la protocolización de los principales procesos de atención de enfermería.

En el Paraguay poco se conoce sobre la cultura de Seguridad del Paciente, por lo cual no existen estrategias de seguridad en las Políticas

de salud del MSPyBS ni el IPS, aunque nuestra institución es la primera del país en realizar algunos esfuerzos en materia de calidad de atención y Seguridad del Paciente, desde 2009, incorporándolo en el POA Institucional, capacitando RRHH; a través de cursos y becas en temas de Seguridad del Paciente, difundiendo así la cultura de Seguridad.

Se ha firmado un Convenio de Cooperación con OPS y la GIZ, líderes en temas de Calidad y Seguridad del Paciente, y han aceptado participar cada 5 de mayo del Programa Mundial de la "Alianza para la Seguridad del Paciente", "Lávate las manos y salvá vidas", en un esfuerzo mundial por disminuir las infecciones hospitalarias.

Bajo este marco, la Dirección del Hospital Central, atendiendo a la necesidad de gestionar los riesgos y tomar medidas preventivas, se ha propuesto conjuntamente con el Departamento de Enfermería realizar el primer Taller sobre Protocolos de Seguridad del paciente en cuidados de enfermería.

II- METAS DE LA OMS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Meta 1: Identificación correcta de los pacientes.

Meta 2: Mejora de la comunicación efectiva (cambios de turnos).

Meta 3: Mejora de la seguridad en los medicamentos de alto riesgo.

Meta 4: Eliminación del sitio equivocado, paciente equivocado y procedimiento quirúrgico equivocado.

Meta 5: Reducción de las infecciones adquiridas por la atención.

Meta 6: Reducción del riesgo de las lesiones del paciente por caídas.

III. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.

Los protocolos son instrumentos que sirven de guías para la realización de los procedimientos, con estándares internacionales de seguridad. Durante los dos talleres se realizaron los primeros Protocolos de Seguridad del Paciente en el IPS, en los cuidados directos que prestan las enfermeras a los pacientes, quedando el compromiso de los asistentes en divulgar los manuales y procedimientos entre sus pares, previa aprobación por el Consejo de Administración para su implementación en toda la Institución y posterior inclusión entre los Manuales de Enfermería del IPS.

Definiciones

Seguridad del Paciente.

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Uso racional de medicamentos.

Cuando el paciente recibe el medicamento apropiado para el tratamiento de su afección, a la dosis correcta y por el tiempo correcto.

Barrera de Seguridad.

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Falla Activa.

Fallas relacionadas a los actos o acciones de las personas.

Protocolo.

Normas que sirven de guías para realizar procedimientos.

Complicación.

Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.

Evento Adverso.

Todo incidente que llega al paciente en forma de daño leve o grave, incluso la muerte, y no guarda relación con lo que motivó su consulta.

Incidente.

Evento que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

Evento Centinela.

Son evento adverso graves, que por única ocurrencia ya merece ser notificada, analizada y tomar medidas correctivas.

Riesgo.

Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

Error médico.

Falla en la obtención de un resultado en salud.

Error en la medicación.

Cualquier incidente relacionado con los procesos de la medicación.

Sujeción o contención.

Acto de inmovilizar al paciente por medios mecánicos o con drogas, para fines de evitar autolección, arrancamiento de vías, sondas.

PROTOCOLO 9

Definición de las funciones

Personas	Actividades	Resultado
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none">  Estabiliza al paciente.  Decide el traslado.  Prepara la documentación.  Informa a familiares y el paciente.  Realiza el traslado; según complejidad. 	<ul style="list-style-type: none">  Paciente estable.  Traslado con medidas de seguridad.  Disminución de tiempo de traslado para aminorar la ansiedad del paciente.  Disminuye el riesgo para el equipo de profesionales.
ENFERMERO/A	<ul style="list-style-type: none">  Comunica al personal responsable del traslado.  Confirma y comunica el traslado a los receptores.  Registra en hoja de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none">  Disminución del tiempo en el traslado.  Información fehaciente de la recepción del paciente, avalar actividad realizada.
AUXILIAR DEL SERVICIO	<ul style="list-style-type: none">  Prepara al paciente  Prepara el material en general (antes y después del traslado).  Acompaña al paciente durante el traslado.  Comprueba que la documentación esté lista. 	<ul style="list-style-type: none">  Paciente preparado para el traslado.  Material controlado y en funcionamiento.  Traslado del paciente junto al médico.  Documentación preparada y entrega correcta.
CAMILLERO	<ul style="list-style-type: none">  Traslada al paciente en su camilla acompañado por médico y/o enfermeros.  Informa y el estado de ascensores y factibilidad del recorrido hacia destino. 	<ul style="list-style-type: none">  Traslado a velocidad adecuada sin golpes ni vibraciones.  Traslado sin demoras por obstrucción en el recorrido hacia el destino.

IV. LÍNEA DE ACCIÓN. PROTOCOLOS Y OBJETIVOS

PROTOCOLO 1

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.

Objetivo: Contar con un mecanismo que permita la identificación correcta de los pacientes, que van a ser sometidos a medicación, cirugías u otros procedimientos de riesgo.

PROTOCOLO 2

PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

Objetivo: Identificar los pacientes que tienen mayor riesgo de sufrir úlceras por presión y cuidarlos según un protocolo común para todos los responsables del cuidado.

PROTOCOLO 3

PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN.

Objetivo: Establecer un procedimiento sistematizado para la preparación, verificación y administración de los medicamentos que son considerados de alto riesgo.

PROTOCOLO 4

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE DROGAS DE ALTO RIESGO.

Objetivo: Se identifican las drogas de uso corriente en cada servicio y que pueden ser mortales si se comete algún error.

PROTOCOLO 5

TRASPASOS DE PACIENTES. (COMUNICACIÓN EFECTIVA).

Objetivo: Establecer un sistema de reconocimiento del paciente grave y su traspaso en los turnos basados en un modelo de evaluación APEAS.

PROTOCOLO 6

TRANSCRIPCIÓN DE LA INDICACIÓN MÉDICA.

Objetivo: Establecer estructuras de participación y de responsabilidad para la transcripción segura de las indicaciones médicas en hospitalizaciones.

PROTOCOLO 7

ATENCIÓN LIMPIA SIN INFECCIONES.

Objetivo: Contar con un plan para prevenir las infecciones causadas por los prestadores de atención, enfermeras, médicos, extraccionista, auxiliares, radiólogos.

PROTOCOLO 8

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIONES.

Objetivo: Contar con un instrumento que nos permita identificar y clasificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de sufrir caída en las hospitalizaciones, sus cuidados y como evitar-los.

PROTOCOLO 9

TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES.

Objetivo: Diseñar una herramienta que permita sistematizar el traslado intrahospitalario de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Se identifica las normas y procedimientos más apropiados para identificar correctamente a los pacientes, antes de realizar procedimientos.
- 2- Se identifican los factores del paciente que predisponen al riesgo de úlcera por presión.
- 3- Se estandarizan los procesos relacionados a los medicamentos de riesgo, desde la recepción, preparación, conservación y administración.
- 4- Se identifican las 5 drogas de Alto Riesgo del ISMP (Instituto del Uso Seguro del Medicamento de los EEUU) (Cloruro o Fosfato de Potasio, Insulina, Heparina, Soluciones concentradas de fisiológico más del 0,9%, Opiáceos y narcóticos) y los propios de IPS. Se elaboran dípticos para difusión de identificación y gestión de DAR (Drogas de Alto Riesgo)
- 5- Las transiciones asistenciales de los hospitales, como cambios de turnos, guardias de enfermería las transferencias, altas y trasla-

- dos de los pacientes; se asegura con la comunicación efectiva entre profesionales.
- 6- El proceso de transcripción de la indicación médica a tarjeteros u otros medios identificados, siguen normas para evitar errores u omisión, que afectan la seguridad del procedimiento.
 - 7- Las medidas más efectivas aprobadas para prevenir infecciones en la atención, son identificadas y aplicadas al 100% de los procesos de atención de enfermería, y se evalúan medidas de notificación de no cumplimiento.
 - 8- Todos los pacientes con riesgos de caídas, son evaluados y las medidas de seguridad son aplicadas en el 100% de los casos detectados.
 - 9- Los pacientes serán trasladados internamente bajo protocolos de seguridad y lista de verificación de traslados diseñadas y aprobadas.

VI- COMPROMISOS NECESARIOS.

En el primer taller con participación activa de todos los que fueron convocados surgieron los datos necesarios para redactar los protocolos. Luego fueron validados en un segundo taller los protocolos obtenidos.

La jefa del Departamento de Enfermería y los Directores del HC se comprometen a elevar el documento al Consejo de Administración, una vez validados, para su aprobación y a garantizar su aplicación en los servicios, presentarlo como "Plan de Calidad de Atención y mejora de la Seguridad de los pacientes del Departamento de Enfermería del IPS.

Los jefes de servicios se comprometen a aplicar los protocolos en todos los procesos de atención de enfermería en sus servicios y a velar por su fiel cumplimiento. Es responsabilidad de la jefatura reconocer e incluir para los incentivos a quienes desarrollan planes que ayuden a mejorar la seguridad en la atención de sus servicios.

El personal de enfermería, profesional, auxiliar y técnico, se compromete a respetar los protocolos, cuidando con celo profesional que sea cumplido al 100% por todos los involucrados en los cuidados de los pacientes, turnos diarios y fines de semanas o feriados por igual.

PROTOCOLO 9

- ✎ Utilizar barrera de seguridad del medio de transporte (levantar barandas laterales).
- ✎ Comunicar al paciente; familiar; y al servicio receptor.
- ✎ Cuidar el pudor del paciente; utilizando ropas de camas adecuadas.

B)-CHEQUEAR DURANTE EL TRASLADO

Controlar el estado general del paciente, su confort y seguridad, necesidad de drogas.

- ✎ Realizar el traslado en silencio y con la mayor celeridad. Cada uno debe hacer lo que le toca y debe abstenerse de hacer comentarios innecesarios.
- ✎ Vigilar constantes vitales EN EL MONITOR.
- ✎ Vigilar funcionamiento de los diferentes dispositivos. Sondas, drenajes, vías, monitor, bombas, goteros dosificadores.
- ✎ Colaborar en el paso y acomodación final del paciente.
- ✎ Vigilar el transporte adecuado (sillas de ruedas; camillas).

C)- CHEQUEAR DESPUÉS DEL TRASLADO

Asegurarse antes que el paciente transportado llegó en las mejores condiciones a la unidad receptora, colaborar en la nueva reubicación del paciente.

1. Ayudar al traspaso del paciente a la mesa de estudios o a la nueva unidad.
2. Cuidar conexión del respirador, monitorización, y otros.
3. Entrega de documentos: Expedientes, resultados de estudio, medicamentos.
4. Reposición de material y medicamentos utilizados en el traslado.
5. Limpieza y preparación de camilla de transporte.
6. Recarga de oxígeno.
7. Registrar en hoja de enfermería eventos ocurridos durante el transporte y resultado del mismo.
8. En caso de retornar el paciente al servicio; acomodar; conectores; verificar; vvp; vvc; goteos de fármacos y constantes vitales.

PROTOCOLO 9

ETAPAS DEL TRASPORTE

- 1- Valoración del estado del paciente.
- 2- Coordinación y comunicación correspondiente.
- 3- Comunicar al usuario y familiar.
- 4- Preparación previa del traslado (ESTUDIOS; EXPEDIENTES; MEDICAMENTOS).
- 5- Traslado propiamente dicho.
- 6- Recepción del paciente en el servicio de destino.

ETAPAS DEL TRASLADO

A)- CHEQUEAR ANTES DEL TRASLADO.

Verificar en esta etapa el paciente correcto a trasladar, y llevar su resumen de traslado o historia clínica, si se ha comunicado al servicio receptor y si los familiares están avisados.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRASLADOS TIPO FÓRMULA UNO

- 1) Chequeo de los materiales necesarios.
 - a) Comprobar baterías del monitor de transporte, bomba de transporte.
 - b) Ver si se dispone de manguito de presión arterial, opresiones invasivas si procede.
 - b) Respirador portátil. Si se dispone ver los circuitos, y comprobar el ciclado.
 - c) Comprobar la presión y carga del balón de oxígeno.
 - d) Disponer la Bolsa Ambú.
 - e) Preparar Laringoscopio y TET necesarios.
- 2) Retirar las hidrataciones y dispositivos no imprescindibles para el traslado.
 - 3) Vaciar y pinzar bolsa de orina y ostomias, fijar bien las bolsas.
 - 4) Colocación de material de transporte en la cama.
 - ✎ En pies de la cama. Bolsas.
 - ✎ En la cabeza de la cama: Monitor
 - ✎ Balón de oxígeno, en EL LUGAR ADECUADO (CESTA)
 - 5) Comprobar que el paciente está en ayunas si procede en caso de cirugías; o estudios.
 - 6) Traspaso de paciente a camilla de transporte y verificar:
 - ✎ Posición correcta de traslado (cabeza hacia adelante).
 - ✎ Constantes vitales dentro de los parámetros normales.
 - ✎ Explicación al paciente con el fin de aumentar su seguridad y disminuir ansiedad.
 - ✎ Administración de medicación según indicación médica.
 - ✎ Utilizar barrera de seguridad del medio de transporte (levantar barandas laterales).
 - ✎ Comunicar al paciente; familiar; y al servicio receptor.
 - ✎ Cuidar el pudor del paciente; utilizando ropas de camas adecuadas.

VII. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Este trabajo fue realizado bajo la guía de un profesional capacitado en Gestión de Riesgos Hospitalarios y Seguridad del paciente del Instituto de Previsión Social, y los insumos proveídos totalmente por los participantes del primer taller, quienes trabajan en los diferentes servicios del Hospital Central. Los mismos con mucha responsabilidad y profesionalismo detallaron e identificaron con honestidad y sinceridad los aspectos más riesgosos para sus pacientes en cada acto del cuidado diario. Esto les permitió identificar riesgos y pensar en propuestas de mejora invirtiendo las acciones inseguras en seguras.

Participantes en la elaboración de los protocolos

1-Lic. Sally Celeste Martínez Traumatología	13-Lic. Delia Fretes. Pediatria	25- Tec. Johana Caballero Oncología
2- Lic. Gabriela Hubert Clínica Médica	14-Lic. Roxana Godoy Cardiología	26- Lic. Rossana Azcurra UME
3- Lic. Emilce Bobadilla Neurocirugía.	15- Lic. Cintia Correa UME	27- Lic. Cristian Mereles Clínica Médica
4- Lic. Magdalena Marecos UTIA	16- Lic. Teresa Escobar Obstetricia	28- Lic. Graciela Jara Clínica Médica
5- Lic. Gloria Inocencia Ibarra Neurología	17- Lic. Laura González UTIA	29- Lic. Rosa Ayala Traumatología
6-Lic. Perla Ovelar UME	18- Lic. Mirta Gómez UTIA	30- Lic. Monserrat Vera Neonatología.
7- Aux. Luis Ramírez Cirugía General	19- Lic. Norma Rojas Quemados	31- Lic. Mónica Zarate UTIA
8- Lic. Jorge Sanabria Clínica Medica	20- Aux. Natividad Velázquez Cirugía General	32- Lic. Carolina Báez UTIA
9- Lic. Jorge Álvarez UME	21- Lic. Sady López UTIP	33. Lic. Mirtha Alfonso Dpto. de Enfermería
10- Lic. Rommy Llanes UTIA	22- Lic. Verónica Galeano UME	Facilitadora: Dra Perla Lovera de Rivas.
11- Lic. Adriana Almada Urología.	23- Lic. César Méndez Clínica Médica	Fiscalización de Gestión Médica y Seguridad de la Atención IPS.
12- Lic. Wilfrido Flor Cardiología	24- Lic. Suni Fabiola López Centurión Clínica Médica	Gerencia de Salud

Validación- participantes

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Lic. César Colmán - UME | 16. Lic. Cinthia Benítez - Pediatría | 31. Lic. Bernarda Delgado - Dpto. de Enfermería |
| 2. Lic. Derlis Mendoza - UME | 17. Lic. Luciana Paredes - Pediatría | 32. Lic. Ruth Báez -Dpto. de Enfermería |
| 3. Lic. Natalia Garay - Clínica Médica | 18. Lic. Carmen Jara - Ginecología | 33. Lic. Virginia Fleitas - Dpto. de Enfermería |
| 4. Lic. Sonia Cáceres - Clínica Médica | 19. Lic. Emilce Benítez - Quemados | 34. Lic. Cristina Ortiz - Urología |
| 5. Lic. José Santacruz - Clínica Médica | 20. Lic. Nieves Martínez - Neurología | 35. Lic. Liz Pérez - Dpto. de Enfermería |
| 6. Lic. Haydeé González - Nefrología | 21. Lic. Cristina Olivero - Dpto. de Enfermería | 36. Lic. Teresita Recalde - Dpto. de Enfermería |
| 7. Lic. Edna Gómez - Nefrología | 22. Lic. Nancy Leguizamón - Neurocirugía | 37. Lic. Maribel Marecos - Dpto. de Enfermería |
| 8. Lic. Manuela Vera - UTIA | 23. Lic. Perla Rojas - C. Vascular | 38. Lic. Alejandra Martínez - Dpto. de Enfermería |
| 9. Lic. Luz González - UTIA | 24. Lic. Martha Araujo- C. General | 39. Lic. Lucía Insaurrealde - Dpto. de Enfermería |
| 10. Lic. Justa Quintana - Obstetricia | 25. Lic. Florinda Peralta - Otorrino | 40. Lic. Lucía Vázquez - Dpto. de Enfermería |
| 11. Lic. Sara Candia - Traumatología | 26. Lic. Doricel Benítez - Cardiología | 41. Lic. Cinthia Fernández - Clínica Médica |
| 12. Lic. Carolina Zarate - Traumatología | 27. Lic. Miguela Cespedes - Traumatología | 42. Lic. Gladis González - Dpto. de Enfermería |
| 13. Lic. Silvia Espinola - UTIP | 28. Lic. Teresa Martínez - Hemodinamia | 43. Lic. María Agustina Pérez - Jefa de Departamento |
| 14. Lic. Teodora Benítez - Quirófano | 29. Lic. Rocio Adriz - Cardiocirugía | |
| 15. Lic. Elizabeth Sánchez - Neonatología | 30. Lic. Elva Gómez - Dpto. de Enfermería | |

PROCEDIMIENTOS
DE MEJORA DE
TRASLADOS

- 1- Mejorar la comunicación entre los servicios involucrados, para que sea efectiva y adecuada, Ej. Comunicación previa vía IP entre enfermeros sobre el estado del paciente a trasladar.
- 2- Registrar el nombre de la persona a quién se le comunicó el traslado del usuario.
- 3- Capacitar y entrenar al personal designado para el traslado.
- 4- Implementar y habilitar una caja de equipos y medicamentos básicos DE USO EXCLUSIVO para el transporte, Ej. Saturometro portátil, Ambu, Laringoscopio, Mascarilla, Balón de oxígeno de transporte, drogas de urgencias.
5. Habilitar un ascensor exclusivo para el traslado de pacientes las 24 horas, colocar USO EXCLUSIVO y trabajar en conjunto con los guardias, tener vías de comunicación directa con el encargado del ascensor.
6. Valoración previa por el personal de enfermería, del estado del paciente, antes de cada traslado para prever lo necesario de acuerdo a las urgencias que puedan surgir durante el traslado, comunicar al médico.
7. Designar en cada turno, en forma semanal o mensual en cada servicio con un equipo de profesionales integrado por: Un médico, enfermero, camillero para el traslado de pacientes críticos. Ej. UTI, UTIP, UTIN, UCIN, UCO, QUIRÓFANO.
8. Los personales designados deben utilizar los equipos de protección adecuados en caso de pacientes con infecciones, en riesgo de diseminar gérmenes a otros.
9. Verificar el estado del paciente durante el traslado.
10. Cuidar el pudor del paciente; utilizando las ropas de cama adecuada.
11. Informar al paciente el procedimiento que se va a realizar para disminuir la ansiedad.
- 12- Verificar el cumplimiento del instructivo de ordenamiento del

Identificación de los pacientes.

Seguridad del paciente.

PROTOCOLO 9

Transporte intrahospitalario. Seguridad del paciente.

Objetivo: Es diseñar una herramienta que permita estandarizar el traslado intrahospitalario de los pacientes.

Resultado esperado: Los pacientes son trasladados internamente bajo protocolos de seguridad y lista de verificación consensuada y aprobadas.

<p>CONCEPTOS</p>	<p>El transporte intrahospitalario de pacientes se define como el procedimiento por el cual los pacientes hospitalizados son trasladados de un lugar hasta otro, situado dentro del mismo hospital. Es el transporte del paciente de una unidad a otra dentro del hospital, como Servicio a UTI, Servicio a Servicio. Servicio a TAC, RX, RMN.</p>
<p>EVENTOS MÁS COMUNES DURANTE LOS TRASLADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déficit en la comunicación. ■ Olvidar ciertos elementos y/o documentos. ■ No llevar drogas que se requieren. ■ Se desprende TET, vías, sondas, drenajes. ■ Se acaba el oxígeno. ■ Falla del monitor o bomba de infusión por falla de fuente de alimentación, baterías. ■ Falla hemodinámica del paciente. ■ Posición recomendada (cabeza por delante). ■ Falta de ascensor (DISPONIBLES).
<p>RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL TRASLADO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Falta de una buena comunicación entre el servicio que deriva y el que recibe al paciente, sea UTI, internada, urgencia, sala de RX, TAC. 2- Improvisación en el momento del traslado, Ej. Olvido de elementos, equipos en mal estado, falta de insumos. 3- Personal no capacitado para el traslado. 4- Los ascensores no funcionan o están ocupados. 5- No están definidos los roles y las personas de cada uno de los intervinientes en cada etapa de traslado. 6- Los materiales no están siempre preparados. 7- No hay un control riguroso de la carga de baterías de los equipos de monitoreo. 8- No hay un registro de carga de los tubos de oxígeno de transporte. 9- No hay un instrumento de ordenamiento que facilite el control de las etapas del traslado, lista de verificación o Check List del traslado. 10- No desechar líquidos de los colectores. 11- No hay un análisis de los eventos adversos al finalizar cada traslado con fines de mejora.

PROTOCOLO 1

Identificación de los pacientes. Seguridad del paciente.

Objetivo: Observar la correcta identificación de los pacientes, antes de cada procedimiento invasivo a ser realizado, todas las veces que va a recibir una droga EV, una transfusión o se hará estudios o cirugías.

Resultado esperado: El 100% de los pacientes que serán sometidos a cirugías, estudios invasivos o recibirán drogas de Alto riesgo, son identificados como mínimo por dos medios distintos para verificación de identidad.

<p>CONCEPTO</p>	<p>Es el proceso de confirmación de la correcta identificación del paciente, todas las veces que requiera ser sometido a procedimientos que impliquen un riesgo a su integridad por Ej. Recibir medicaciones endovenosas sea de alto riesgo o no, cirugías, transfusiones, punciones o estudios invasivos. Es una meta internacional de Seguridad de la OMS. El error en la identificación del paciente, fue mencionado en varios estudios como el principal factor de riesgo para que los pacientes sufran eventos adversos, recibiendo medicamentos, sangre, extracciones o cirugías que no les corresponde.</p>
<p>RIESGOS IDENTIFICADOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Prisa en preparación para estudios, medicación y otros procedimientos, obviando asegurarse de la identificación correcta del paciente. 2- Comunicación deficiente durante los pases de guardia, llamando a los pacientes por número de cama o de sala. 3- Sobrecarga de trabajo al personal de enfermería con relación a complejidad de paciente. 4- Ausentismo laboral que incide en la cobertura adecuada planificada de los servicios. 5- Casos de homonimias, nombres parecidos, no se tienen en cuenta, para remarcar el riesgo de posible confusión. 6- La omisión de la identificación correcta del paciente, utilizar solo su primer nombre, recordando homonimias. 7- Identificar al paciente por su patología, por ej: el del cáncer de próstata. 8- La poca o nula participación de los pacientes para que sean celadores de su propia seguridad ante ciertos procedimientos, ya que los

PROTOCOLO 1

PROCEDIMIENTOS PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE



- 1- Identificación con dos Nombres y Apellido, C.I., en la ficha clínica y en la unidad del paciente (no utilizar apellido de casada, obviar número de cama como medio para identificación).
- 2- Realizar recepción de guardias, cumpliendo las normas de la Institución y de seguridad del paciente.
- 3- Distribución de los RRHH, según necesidad y disponibilidad, relación cama enfermera, funciones y categorización de paciente según dependencia.
- 4- Antes de realizar los procedimientos se deberá verificar la identidad del paciente mediante dos medios: Confirmación verbal y observación de ficha o pulsera. Si presenta alteraciones de niveles de conciencia, confirmar con el familiar.
- 6- Los brazaletes o pulseras deben contener nombre completo (en caso de tener dos nombres), apellidos y número de cédula de identidad.
- 7- Los pacientes deben portar los brazaletes o pulseras identificadoras desde su ingreso y hasta el alta.
- 8- Si hay casos de homonimia poner alertas especiales, resaltando número de cédula.
- 9- Explicar al paciente la norma de tener que identificarse todas las veces que se le pregunte, a fin de favorecer su cooperación y no sienta desconfianza por este proceder.

Indicadores de cumplimiento

INDICADOR	% de pacientes con necesidad de identificación segura.
FÓRMULA	Número de pacientes identificados según riesgos con alertas especiales/ total de pacientes X 100.
UMBRAL	100% de los pacientes son identificados según sus riesgos.
FUENTE	Registro de enfermería, observación y control.
CONTROL RESPONSABLE	2 veces por semana Jefe de enfermeros y Supervisor.

Transporte intrahospitalario.

Seguridad del paciente.



PROTOCOLO 8

Pautas de criterios para prevenir caídas y sujeción

CRITERIOS	Si	No
1- Se registra en hoja de enfermería valoración de riesgo. Downton		
2- Se hace constar en hoja de enfermería si el paciente puede deambular solo o acompañado.		
3- Se deja constancia en registro de enfermería si las barandas deben permanecer alzadas.		
4- Se indica mantener frenos activados.		
5- Se hace constar el aviso a los familiares sobre el riesgo de caídas y las medidas a tomar.		
6- Si se realiza contención mecánica, guarda relación con los criterios de indicación del protocolo.		
7- Consta en la ficha del paciente el consentimiento del Familiar, para la		
Poner no aplica NP si no corresponde, la medida mencionada y no considerar entre las pautas no cumplidas en éste.		

Hoja de consentimiento informado para contención mecánica

Asunción,.....de.....de.....

Con este documento dejo constancia, que he sido informada por los profesionales del servicio, sobre la necesidad de contención o sujeción temporal y preventiva, de mi familiar, para evitar que ocurran auto retiro de sondas, catéteres, autoagresión o caídas. Me informan también que se suspenderá la sujeción tan pronto como la situación clínica del paciente lo permita, según el protocolo de Prevención de Caídas de la Institución.

Doy mi autorización para el procedimiento de contención mecánica del paciente.....Fecha.....Cl.....
Edad....., hospitalizado en el servicio de

.....
Nombre Apellido y Firma del familiar responsable

Úlceras por presión.

Protocolos de seguridad del paciente.



Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012

PROTOCOLO 2

Úlceras por presión. Protocolos de seguridad del paciente.

Objetivo: Identificar los pacientes que tienen mayor riesgo de sufrir úlceras por presión y cuidarlos según un protocolo común para todos los responsables del cuidado.

Resultado esperado: En los planes de cuidados de enfermería se identifican los factores del paciente que predisponen al riesgo de úlcera por presión y se planifican los cuidados según estadios detectados.

CONCEPTO

La úlcera por presión UPP es una lesión de la piel y tejidos subyacentes, de origen isquémico, consecuencia de la disminución de oxígeno y nutriente producida por una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro.

FACTORES DE RIESGOS IDENTIFICAD

EXTRÍNSECOS:

1- Factores ambientales: Falta de ventilación adecuada en las salas, higiene, falta de insumos, pacientes con inmovilizadores externos (férulas).
2- No se realizan cambios posturales.

INTRÍNSECOS:

1-Inmovilidad del paciente: Ancianos, sedado, comatosos.
2-Patología del paciente: Obesidad, desnutrición, diabetes, ACV, etc.
3- Nivel de humedad del paciente por Inmovilidad (coma), Incontinencia urinaria o fecal, desnutrición, trastornos de la circulación.
4- Las UPP pueden complicarse con celulitis, sepsis y osteomielitis.

LOCALIZACIONES MÁS COMUNES DE LAS ÚLCERAS

DECÚBITO SUPINO Boca arriba

Occipucio, Omóplatos, Codos, Sacro, Talón.

DECÚBITO PRONO Boca abajo

Mejilla y oreja, Hombro, Senos (mujeres), Genitales (Hombres), Rodillas, Dedos del pie.

PROTOCOLO 8

Indicadores de prevención de caídas

INDICADOR	% de cumplimiento del protocolo. % de cumplimiento de sujeción del paciente según pautas.
FÓRMULA	Número de Items cumplidos según pautas de criterios mayor al 80% - Número de pautas que se han pasado X 100
UMBRAL	El 80% de cumplimiento de los ítems de las pautas.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Pautas de cotejo de prevención de caídas.
PERIODICIDAD	Cada seis meses.
RESPONSABLE	Jefa de enfermería de la unidad y supervisora.

INDICADOR	% de pacientes que sufren caídas. % de pacientes que sufren incidentes o lesiones durante la contención.
FÓRMULA	Número de pacientes con caídas / Total de pacientes egresados X 100.
UMBRAL	0,8% de egresos.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de enfermería. Hoja de notificación de Eventos Adversos en enfermería.
PERIODICIDAD	Semestral.
RESPONSABLE	Jefa de enfermería de Unidad. Supervisora de servicio.

PROTOCOLO 8



- 16- Ofrecer con frecuencia chatas, gallos para orinar.
- 17- Dar instrucción precisa al familiar sobre prohibición de caminar o reposo absoluto o relativo.
- 18- Colocar advertencias de piso húmedo al limpiar.

PROCEDIMIENTOS PARA CONTENCIÓN MECÁNICA

- 1- Valorar primero la necesidad de sujeción.
- 2- Preparar los elementos necesarios para la sujeción.
- 3- Cuidar la integridad del paciente y respetar su intimidad durante el procedimiento.
- 4- Vigilar permanentemente las sujeciones del paciente, para evitar que le produzcan lesiones.
- 5- La contención mecánica o medicamentosa del paciente con riesgo de caídas, debe ser autorizada por escrito por el médico.
- 6- Ante la ausencia de un familiar responsable, el médico podrá tomar la decisión de contención, dejando por escrito el motivo y el tiempo de sujeción en la hoja de evolución.
- 7- Si los familiares están presentes, deben conocer los motivos y firmar una autorización previa o consentimiento antes del procedimiento.
- 8- Cuando se usan métodos de sujeción se debe cotejar los motivos que lo indicaron, con los criterios establecidos en este protocolo.

Indicaciones de contención mecánica. APA 1985

- Estados de agitación psicomotriz.
- Estados confusionales.
- Estados de auto/hetero agresividad.

Contraindicaciones para la contención mecánica.

- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Por simple conveniencia del equipo.
- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ejemplo: uso de la sedación medicamentosa).

PROTOCOLO 2

	DECÚBITO LATERAL De costado	Oreja, AcromiÓN (Codo), Hombro, Costillas, Cadera, Rodillas, Maléalo (Tobillo).
CLASIFICACIÓN	ESTADIO I	Aparece Eritema, enrojecimiento de la piel, la presión con el dedo deja una fovea y no cambia el color rojizo.
	ESTADIO II	La piel palidece, está más fina, aparecen pequeñas lesiones en hipodermis, se ven como lesiones rojas oscuras.
	ESTADIO III	La piel está más adelgazada y muestra amplias zonas de palidez, necrosis y algunas escaras. Ulceración que afecta al Músculo.
	ESTADIO IV	Extensión de la Necrosis, con excavación, aparecen infecciones y secreciones. Afecta al hueso.
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	CUIDADOS DE LA PIEL	Vigilar y mantener la integridad de la piel, siempre limpia y seca. Durante la higiene, en el secado de la piel, poner especial atención entre los dedos y los pliegues cutáneos.
	CONTROL DE LA HUMEDAD	El exceso de humedad debido a la incontinencia urinaria y/o fecal es muy perjudicial: Utilizar sondas vesicales, colectores de orina, pañales absorbentes u otros dispositivos.
	MANEJO DE LA PRESIÓN	Realizar movilizaciones cambios posturales periódicos. - Uso de superficies de apoyo acordes al riesgo y estado del paciente: Colchones de silicona, colchones de aire, etc.
PROCEDIMIENTOS PARA MEJORAR LOS CUIDADOS		1- Evaluar e identificar la necesidad de cuidados para UPP en los pacientes, revisando las historias clínicas, y haciendo un rápido examen físico de enfermería. 2- Para medir el riesgo, valorar el riesgo de UPP use la escala de Norton a cada paciente y anote la puntuación en la ficha.

PROTOCOLO 2

- 3- Implementar los protocolos de cuidados y precauciones de la evolución de las úlceras hasta su resolución.
- 4- Verificar siempre si contamos en las unidades con insumos adecuados. (colchones de aire, apósitos hidrocoloides o de espuma de poliuretano).
- 5- Seguir las recomendaciones para realizar las curaciones de las escaras de acuerdo al grado I-II-III-IV de estadio.
- 6- Arreglo correcto de la unidad del usuario para movilizarlo.
- 7- Poner por escrito en una tarjeta o en la ficha de enfermería los planes de cuidados diarios de pacientes con úlceras.
- 8- Protección de las zonas de presión local con apósitos hidrocoloides o apoyadores fabricados con poliuretano, poner más cuidados en talones.
- 9- Prevenir iatrogénicas usando flotadores, rodetes de gasa.
- 10- No usar alcohol o colonias en la piel.
- 11- Manejar la presión en los puntos críticos, movilización, cambios de postura uso de superficies especiales.
- 12- Educación al familiar identificando a quienes acompañan en los cuidados en la hospitalización y lo harán en el hogar.

ESCALA DE NORTON

Se utiliza esta escala para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión, a su ingreso a la Unidad, de manera a desarrollar un plan de cuidados preventivos. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado físico general (Nutrición, ingesta de líquidos, temperatura corporal e hidratación), estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.

VALORACIÓN

La escala va hasta 20 puntos; entre 5 a 11 riesgo elevado, entre 12 a 14 existe riesgo; 15 a 20 riesgo mínimo. Paciente de riesgo es aquel que suma menos de 14 puntos.

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

PROTOCOLO 8

PROCEDIMIENTOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS



- 1- Optimizar cuidados teniendo en cuenta el juicio clínico del enfermero y la escala de valoración o clasificación de riesgos. DOWNTON.
- 2- El puntaje de riesgo debe estar escrito en la ficha del paciente, y si es de Alto riesgo, se debe preparar unas recomendaciones en tarjetas y colocar a la vista del familiar y otros profesionales.
- 3- Clasificación de niveles de dependencia de pacientes para informar al familiar responsable, explicando los riesgos y las medidas de cuidado.
- 4- En caso de drogas no conocidas consultar al médico si la medicación que recibe el paciente puede producir, algún efecto como: Mareos, hipotensión, diuresis frecuente o aturdimiento.
- 5- Identificar y priorizar todo pedido relacionado a medidas o elementos que sean necesarios para la contención o prevención de caídas, para su refacción y reposición urgente (barandas, cinturones o brazaletes de contención, timbres, etc.)
- 6- Pacientes con escala de DOWNTON altas, considerar los siguientes puntos.
 - Barandas elevadas las 24 horas.
 - Colocación correcta de faja o brazaletes de sujeción.
 - Verificar altura de la cama, lo más bajo posible.
 - Verificar los frenos de la cama, activados.
 - Elección de camas adecuadas.

7- Toda caída con consecuencias, lesiones leves o traumas físicos o psicológicos, se considera un Evento Adverso y se debe notificar a la jefatura.

8- Acompañar al paciente, que se levanta por primera vez luego de una cirugía, procedimiento y encamados por varios días.

9- Si el profesional no lo puede acompañar, instruir al familiar de la expresa recomendación de acompañarlo en su deambulación.

10- Sentar primero al paciente unos minutos antes de incorporarlo.

11- Evaluar previamente si necesitará muletas, caminadores o un acompañante permanente.

12- Observar en todo momento y desde el ingreso, que los pacientes tengan ropa y zapatillas adecuadas.

13- Colocar las pertenencias o utensilios de uso del paciente a su alcance.

14- Mantener iluminación nocturna.

15- Retirar del entorno todo lo que pueda producir caídas, muebles, cables, escaleras de apoyo, bolsos de pertenencias del familiar acompañante.



PROTOCOLO 8

- 8- Co morbilidades (asociación de dos o más patologías en el paciente.)
- 9- Encamamiento prolongado mayor a 2 semanas.
- 10- Procedimientos quirúrgicos.
- 11- Dolor intenso que altera o inquieta al paciente.
- 12- Pacientes con ropa hospitalaria inadecuada.
- 13- Portadores de dispositivos externos: Yesos, férulas, Prótesis.

CRITERIOS PARA CONSIDERAR A LOS PACIENTES DE RIESGO MAYOR

- 1- Si ha presentado caída en los últimos 30 días.
- 2- Si ha presentado caídas en los últimos 30 a 180 días.
- 3- Paciente que tenga un comportamiento errático.
- 4- Paciente que tenga cierta limitación o impedimento físico.
- 5- Paciente que recibe ansiolíticos o antidepresivos.
- 6- Aquellos que presentan o refieren mareos.
- 7- Los que proceden de post operatorios.
- 8- Los que tienen estadías mayores a 2 semanas.

Escala de valoración para riesgo de caídas / Escala de Downton

Criterios	Variables	Puntaje
CAÍDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes o Sedantes.	1
	Diuréticos, Hipotensores no diuréticos.	1
	Antidepresivos Antiparkinsonianos.	1
DÉFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
	AGITACIÓN SICOMOTORA	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	ASISTIDA CON ELEMENTO DE APOYO	1
	POSTRADO EN REPOSO ABSOLUTO	1
TOTAL PUNTAJE		

PUNTAJE 5-9. Riesgo alto de caída. Si esta con excitación sicomotora o esta en la UTI o UTIM de entrada se consideran de alto riesgo. Usar Baranda y contención mecánica o medicamentosa.

PUNTAJE 3-4: Riesgo medio. Usar Barandas

PUNTAJE 0-2: Riesgo Bajo a caídas. Observación diaria.

PROTOCOLO 2

CUIDADOS SEGÚN ESTADIOS	GRADO I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza con Suero Fisiológico, agua destilada o de grifo a chorro, usar cierta presión del chorro, para arrastrar detritus. 2. Protección con apósitos hidrocoloides, evitar las gasas secas. 3. Eliminación de la presión, de los puntos críticos, insistir talones, glúteos, codos.
	GRADO II GRADO III/IV	<ol style="list-style-type: none"> 1- Limpieza con Suero Fisiológico a chorro. 2- Desbridamiento: <ol style="list-style-type: none"> a- Necrosis seca (placa necrótica dura) Irujol + Apósito de gasas húmedas c/ 24 hs. b- Necrosis húmeda (placa blanda. Desbridamiento con bisturí (valorar si precisa analgesia previa Apósito de gasas hidrocoloide c/24 ó 48 hs. c- Esfaceloslrujol + Apósito gasas húmedas. 3- Protección de la piel perilesional con pasta lassar. 4- Apósito oclusivo + almohadilla si precisa.
ÚLCERAS INFECTADAS		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lavado con Suero Fisiológico a chorro. ■ Desbridamiento del tejido desvitalizado. ■ Aplicación de pomada Antibiótica + Apósitos gasas de hidrocoloides c/12 ó 24 hs. ■ Protección de la zona y de la piel peri lesionada. ■ La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. ■ La asociación con apósitos de plata la hace aún más eficaz. ■ La plata presenta una eficacia antimicrobiana ante un gran espectro de gérmenes, incluidos multirresistentes. Hay consenso en cuanto a que la plata crea muy pocas resistencias bacterianas, aunque pueden ocurrir. ■ Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local (sulfadiazina argéntica), en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2 a 4 semanas. ■ Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, etc.) ■ Si la lesión tiene una elevada carga bacteriana o signos claros de infección, la limpieza y desbridamiento debe hacerse a diario. ■ No hay evidencia de uso profiláctico de antibióticos sistémicos para prevenir úlceras. UPP
FASE DE CURACIÓN	GRANULACIÓN	En lesiones con tejido de granulación, el exudado será el que condicione la frecuencia de cambios de apósitos. Cuando el exudado de la lesión esté en torno a 1-2 cm. del borde del apósito es el momento adecuado para cambiarlo.
	EPITELIZACIÓN	Las úlceras por presión cicatrizan hacia una menor profundidad, pero no se produce una sustitución del músculo, tejido celular subcutáneo, o dermis destruidos hasta que no tiene lugar la reepitelización. Mientras tanto, el lecho ulceral es rellenado por tejido de granulación (cicatriz).

PROTOCOLO 2

INDICADORES

INDICADOR	% de pacientes con UPP.
FÓRMULA DE INCIDENCIA	Número de pacientes que desarrollan UPP/ número de pacientes egresados X 100.
FUENTE	Registros de enfermería, hoja de notificación de Eventos Adversos en enfermería.
PERIODICIDAD DEL CONTROL	Semestral.
UMBRAL	15%
RESPONSABLE	Supervisora de enfermería.

Se utilizará este modelo para construir los indicadores de los otros Items que se quieren controlar. Se puede buscar prevalencia de las UPP y la aplicación de los protocolos o número de pacientes bajo vigilancia.

PROTOCOLO 8

Prevención de caídas y contención o sujeción. Seguridad del paciente.

Objetivo: Contar con un instrumento que nos permita identificar y clasificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de sufrir caída en las hospitalizaciones, sus cuidados y como evitarlos.

Resultado esperado: Todos los pacientes con riesgos de caídas son evaluados y las medidas de seguridad son aplicadas en el 100% de los casos detectados.

CONCEPTO	La OMS define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad.
CAÍDA	El porcentaje de caídas se considera un buen indicador de calidad en cuidados de enfermería.
CONTENCIÓN MECÁNICA	Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama, en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad del mismo o de los demás.
CAUSAS DE CAÍDA	CAUSAS EXTRÍNECAS: Relacionado al entorno del paciente, en persona alerta y autónoma. Es accidental resbalón o tropiezo, por humedad del piso, poca luz, ropas o calzados inapropiados, objetos personales, alejados del alcance del paciente, camas inadecuadas.
	CAUSAS INTRÍNECAS: relacionado directamente al paciente, por alteración o pérdida súbita de conciencia. No es un accidente, por uso de medicamentos, estado mental o emocional alterados.
FACTORES DE RIESGOS IDENTIFICADOS	1- Pacientes mayores de 65 años y menores de 7 años. 2- Pacientes con poli patologías, diversa complejidad y grado de dependencia. 3- Toma de fármacos sicotrópicos. 4- Toma de varios fármacos. 5- No adecuación de la infraestructura hospitalaria (pisos en mal estado, espacios reducidos en los baños y falta de tira manos, camas). 6- Medios de transporte relacionados a las malas condiciones de las sillas de ruedas y camillas. 7- Personal con déficit de conocimiento relacionado al transporte del paciente.

Prevención de caídas en hospitalizaciones.

Seguridad del paciente.

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 2

PLANILLA DE SEGUIMIENTO DE LA UPP

Nombre y Apellidos:.....

Servicio:..... Edad:.....

Fecha de ingreso:..... Cama..... Puntuación de Norton.....

FECHA	ORÍGEN	LOCALIZACIÓN DE LA UPP	ESTADIO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO					
					Norton:	Estadio:	Plan de Cuidado:			

Utilización de la hoja de seguimiento

- 1- Abrir la hoja de seguimiento a todos aquellos pacientes de riesgo y los que ya tienen UPP. Poner origen intrahospitalario si el paciente procede del hospital o extra hospitalario vi viene remitido de otro.
- 2- Rellenar la ficha todos los días comenzando por la fecha en que se hace la valoración.
- 3- Localización de la UPP, estadios y cuidados a realizar según estadio, I-II-III-IV o poner plan A, B, C o D según estadios.
- 4- En la casilla de seguimiento se anota las observaciones de la enfermera sobre el estado de evolución de la úlcera o la úlcera que presenta el enfermo a su ingreso, puntuación Norton y plan de cuidados.
- 5- Esta hoja de seguimiento será recogida mensualmente por las coordinadoras, quienes además deberán obtener de la enfermera Jefe los siguientes datos:
 - A- Número total de pacientes ingresados al mes.
 - B- Número total de enfermos con riesgos de UPP.
 - C- Número total de pacientes detectados sin riesgo de UPP.
 - D- Planilla de seguimiento de UPP.

Prevención de errores en la medicación.

Seguridad del paciente.

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 7

FUENTE DE INFORMACIÓN	Observación directa, registro de enfermería, notificación de transgresiones.
PERIODICIDAD	Cada tres meses.
RESPONSABLE	Jefa de enfermería de la unidad y supervisora.

La Lic. en Vigilancia y Control de Infecciones del Hospital Central, está capacitada y mejor entrenada y puede colaborar con el personal en el área de capacitación, información sobre incidencias y prevalencias de IIH en los servicios así como brindar asistencia y las medidas de manejo de Gérmenes multirresistentes y pacientes con infecciones.

Pautas de control de criterios de atención limpia en enfermería

CRITERIOS	SI	NO
1- Se registra en hoja de enfermería valoración de riesgo de infección del paciente, si tiene o no infección al momento.		
2- La enfermera usa barreras adecuadas para realizar procedimientos invasivos, cambio o colocación de vías.		
3- La enfermera realiza adecuadamente la higiene de manos antes de tocar al paciente.		
4- La enfermera realiza adecuadamente la higiene de manos luego de examinar al paciente.		
5- La enfermera da participación a los familiares para ejercer el control sobre las medidas de higiene de manos y uso de barreras en los profesionales.		
6- Las vías centrales, tienen fecha de instalación y última curación hecha.		
7- Se cumplen los recambios de los equipos y vías periféricas cada 72 horas, según normas de enfermería.		
8- La enfermera conoce la incidencia de IIH en su servicio.		
9- Ha participado de alguna capacitación en IIH en los últimos 6 meses.		

Estas pautas serán controladas por las jefas de enfermería o supervisoras y entregadas al Dpto. de Enfermería para su análisis y evaluación, cada 6 meses y posterior retroalimentación a cada servicio de enfermería para tomar medidas correctivas o evaluar los logs sobre infecciones en los servicios.

PROTOCOLO 7

traer ropa de los servicios.

7- Empoderamiento de las/los enfermeros sobre cuidados y seguridad de los pacientes, ejercer estricto cumplimiento y control sobre las medidas de prevención como lavado de manos, uso de barreras, manejo de materiales estériles, dar alerta sobre indicaciones médicas erradas o mal elaboradas.

8- Acompañar a los médicos cuando realizan procedimientos invasivos, vías, sondajes, aspiraciones, punciones, usar y exigir el uso de barreras y la presencia de los médicos de mayor experiencia para procedimientos de riesgos.

9- Notificar por escrito en forma anónima o firmada, a la supervisión de enfermería las transgresiones a las normas mencionadas, por otros compañeros o parte de cualquier prestador de salud, sea o no del servicio.

10- Los cuidados del paciente, confort, higiene, alimentación, medicación; según los cinco correctos y el registro correcto son funciones de enfermería.

11- Gestión de insumos necesarios para barreras EPP (Equipos de Protección Personal)

12- Comunicar al compañero hoja de aislamiento y germen en cultivos que tenga el paciente.

Indicadores de atenciones limpias

INDICADOR

- % de cumplimiento del uso de barreras antes de procedimientos.
- % de cumplimiento de lavado de manos antes de realizar procedimientos (momento 1).
- % del plantel que participa en capacitación sobre IHH.
- Tasa de incidencia y prevalencia de las IHH en el servicio.

FÓRMULA

- Número de personal que cumple barreras según protocolo/número de oportunidades de uso de barreras X 100
- Número de personal que cumple lavado de manos al momento de la observación/número de oportunidades de lavado de manos X 100

UMBRAL

El 90% de cumplimiento.

PROTOCOLO 3

Prevención de errores en la medicación. Seguridad del paciente.

Objetivo: Establecer un procedimiento estandarizado para la administración de los medicamentos considerados de mayor riesgo. Que contemple la doble verificación en el proceso de preparación y administración por la vía correcta al paciente correcto.

Resultado esperado: Cumplimiento de los seis correctos.

CONCEPTO	Cualquier evento adverso prevenible relacionado a los medicamentos, en cualquiera de los procesos, desde su selección, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y administración, puede o no causar daño al paciente.
RIESGOS IDENTIFICADOS	<ol style="list-style-type: none"> 1- No respetar u omitir los cinco correctos (paciente, dosis, droga, vía, horario, registro). 2- Personal no profesional administrando drogas EV. 3- No clasificar correctamente las drogas similares para evitar confusión sin advertencia ALTO RIESGO en aquellas que quedan en las mesas con otras. 4- Etiquetas incompletas o borrosas con leyendas muy pequeñas o sin fechas de vencimientos en las ampollas. 5- Comprimidos sin identificación nombre o dosis. 6- No se controlan las vías, antes de la administración de las drogas. 7- Prescripción incorrecta no corroborada por enfermería (por despiste del profesional). 8- Preparación en lugar incorrecto, con déficit de higiene, sobrecargado de otras drogas, alimentos o enseres.
PROCEDIMIENTOS PARA UNA MEDICACIÓN SEGURA	<ol style="list-style-type: none"> 1- No aceptar indicaciones verbales, salvo casos de urgencia, corroborar por segunda vez. 2- Las indicaciones deben ser legibles, especificando concentración del principio activo, forma de dilución y goteo recomendado, con firma del profesional. 3- Siempre respetar y verificar el cumplimiento de los cinco correctos y registro correcto del procedimiento.

PROTOCOLO 3

PROCEDIMIENTOS PARA UNA MEDICACIÓN SEGURA



CINCO CORRECTOS

Paciente correcto: Identificar y confirmar el nombre del usuario antes de cualquier procedimiento.

Droga correcta: Mirar bien los medicamentos antes de preparar, por similitudes en presentación o color (LASA) lucen y suenan parecidos. Comprimidos sin identificar por nombre genérico, partidos en mitades. Corroborar con el médico si la orden o dosis indicada le parece rara o no es correcta.

Dosis correcta: Establecer dosis en ml, si se pone en cc se puede confundir 10CC con 1000. Verificar que los cálculos de dosis sean correctos. Debe haber dos personas distintas para verificar la correcta preparación de las drogas de alto riesgo (cálculo de concentración, dilución, infusión en vía y paciente correctos).

Vía correcta: Confirmar que la vía a utilizar es la correcta, si el paciente tiene varias vías, revisar de la parte distal a la proximal para cerciorarse. Administrar por la vía correcta, es el último compromiso con la seguridad del paciente y una etapa irreversible en caso de confusión de la vía de administración, Ej. por vía endovenosa una preparación entera, etc.

Horario correcto: No es antes ni después.

Registro correcto: Nada es correcto si no se registra correctamente, puede originar sobre medicación o sub medicación.

4- Antes de llevar a preparación una droga endovenosa marcar las que son de riesgo con rótulos o marcadores fosforescentes.

5- Mantener el correcto funcionamiento de las bombas y revisar previo a su uso.

BUENAS PRÁCTICAS DE MEDICACIÓN

1- Si el paciente tiene varias vías y sondas, asegurar la vía siguiendo la misma desde la parte distal a la proximal para asegurar a cual vía corresponde, no guiarse solo por los picos o llaves de cierre.

2- Para administración de mezclas para intratecales (se usan para anestésicos y pueden producir toxicidad cardíaca y muerte por EV) extremar los cuidados de no administrar por vía endovenosa, poner etiquetas en las vías que son para uso exclusivo para ciertas drogas.

PROTOCOLO 7

los enfermos. Usar barreras de protección personal o aislar al paciente.

3- Proteger al huésped: Inmunización activa o pasiva, dosis de antibióticos profilácticos.

4- Uso racional de los antimicrobianos: Dando al paciente, el antibiótico correcto a su patología, en la dosis correcta y por el tiempo necesario para la curación.

Lo cual implica que cada paciente debe tener un Diagnóstico, Objetivo del tratamiento, Plan terapéutico, Receta del medicamento y Seguimiento de la evolución o respuesta al tratamiento por el profesional (DOPRIS).

■ Esterilización, desinfección.

■ Higiene de manos (cinco momentos).

■ Sondaje urinario cerrado y cuidados necesarios.

■ Cuidados de catéteres venosos, curación y fecha de instalación.

■ No tocar directamente heridas.

■ Control de Profilaxis quirúrgicas, antibiótico solo una vez.

■ Control, reservorio humedad de ARM y los distintos dispositivos de oxígeno terapia.

PROCEDIMIENTOS PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EVITANDO INFECCIONES

1- Participar en forma obligatoria 2 veces al año de las capacitaciones en control de infecciones organizado por el servicio, en forma conjunta con médicos, auxiliares, personal de limpieza.

2- Aprovechar las salas de espera para educar a los familiares, sobre higiene de manos, cuidados del ambiente del paciente y alimentos adecuados para los pacientes.

3- Manejo adecuado y desinfección de orinales, por el personal de enfermería, no por los familiares.

4- Fomentar el control mutuo entre compañeros sobre uso de barreras e higiene de manos antes de examinar al paciente y luego de terminar (recordar los cinco momentos para la higiene de manos).

5- Fomentar el uso adecuado de ropa hospitalaria y ropa de calle. Evitar salir de los servicios críticos, como cirugía, terapias a recorrer los pisos con uniformes o ir a la calle.

6- Capacitar sobre los riesgos y el correcto procedimiento de transporte de ropa hospitalaria limpia y sucias, al personal responsable de llevar y traer ropa de los servicios.

PROTOCOLO 7

Resistencia bacteriana: Uso generalizado de antibióticos. Para tratamiento o profilaxis son la principal causa de Resistencia.

FACTORES DE RIESGOS IDENTIFICADOS PARA TRANSMISIÓN DE LAS INFECCIONES DURANTE LOS CUIDADOS.

- 1- Falta de hábito para la higiene de manos, entre los médicos, enfermeras, especialistas interconsultores, extraccionistas, radiólogos y familiares que se ocupan de los cuidados del paciente.
- 2- Reutilización de nebulizadores y micro nebulizadores.
- 3- Deficiente limpieza de la unidad paciente al alta (cama, mesita, porta suero, chata, orinal y otros.)
- 4- Ropa hospitalaria limpia transportadas en mismos carros de ropas sucias.
- 5- Manejo inadecuado de los desechos corporales.
- 6- Falta de hábito para uso de barreras, como chalecos, guantes, tapabocas, antes de procedimientos de enfermería.
- 7- No tener en cuenta durante la entrega de guardia, mencionar aquellos pacientes con especial cuidado de Bioseguridad por infecciones graves o uso de barreras por riesgo de IIH.
- 9- Usar las precauciones necesarias para trasladar a estudios u otros servicios a los pacientes con infecciones graves o gérmenes multirresistentes.
- 10- No tener en cuenta el principio de la Bioseguridad de considerar a todos los pacientes potencialmente infectados.
- 11- No tener en cuenta momento, lugar y personal adecuado y calificado, para realizar procedimientos de cuidados de vías centrales, catéteres urinarios, aspiraciones, secreciones.
- 12- No seguir los protocolos del servicio, para manejo, cuidados y recambios de vías y equipos.
- 13- No se colocan fechas o rótulos de último recambio de vías, solo actualizan la curación.
- 14- Desconocer la patología, los riesgos y cuidados especiales de los pacientes, por no asistir y acompañar al médico en las recorridas.
- 15- Hábitos de llevar alimentos a los comandos de enfermería.

MEDIDAS PARA PREVENIR LA OCURRENCIA DE INFECCIONES

- 1- Modificar el reservorio ambiental, alimento, agua, basura, medidas de asepsia o eliminación de nichos (superficies de trabajo, reservorios de humedad en ARM) por procesos físicos o químicos.
- 2- Interrumpir la transmisión: Cambiar nuestro comportamiento ante la higiene personal, lavado de manos entre tareas; antes de preparar comidas, mientras cuidamos a

PROTOCOLO 3

3- Utilizar bombas de infusión programables para administración de terapia endovenosa lenta. Cuidar el riesgo de no equivocarse al programar la velocidad de la bomba de infusión y su control frecuente para evitar riesgos innecesarios.

4- Educar e informar al usuario de su tratamiento y medicamentos que deberá recibir, de manera que el mismo pueda dar alerta de una posible equivocación.

5- El servicio de Farmacia hospitalaria y farmacéuticos se deben involucrar en las advertencias de seguridad de las drogas, por lo cual se los debe tener en cuenta en la prevención de errores.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

INDICADOR	% de eventos adversos identificados relacionados al proceso de medicación.
FÓRMULA	Eventos adversos detectados relacionados a la medicación/total de procesos evaluados X 100.
UMBRAL	Mayor a 90%
FUENTE	Hoja de farmacovigilancia, notificación voluntaria, informes verbales voluntarios..
CONTROL	Mensual
RESPONSABLE	Jefe de Enfermería.

Identificación y manejo de drogas de alto riesgo.

Seguridad del paciente

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 7

Atenciones limpias y seguras. Seguridad del paciente.

<p>CONCEPTO INFECCIÓN HOSPITALARÍA</p>	<p>Infección nosocomial: Es aquella que se desarrolla durante la hospitalización del paciente y que no estaba presente ni en estado de incubación en el momento del ingreso.</p>
<p>LOCALIZACIONES MÁS COMUNES DE LAS IIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respiratorias ■ Quirúrgicas. ■ Urinarias. ■ Bacteriemias.
<p>RESERVORIOS Y TRANSMISIÓN DE GÉRMENES</p>	<p>1- El mismo paciente y su micro biota: Vía endógena, llevan los gérmenes de un sitio a otro del cuerpo.</p> <p>2- De un paciente a otro paciente: Por contacto directo o por el personal de salud.</p> <p>3- El ambiente: Por la ropa, agua, aire en gotitas de tos, equipos, camas, porta sueros del paciente.</p>
<p>FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS IIH</p>	<p>Agente: Virulencia del germen, resistencia a los antibióticos y cantidad del germen inoculado.</p> <p>Vulnerabilidad del paciente: Son aquellos factores que disminuyen la resistencia de los pacientes a las infecciones y los predispone a sufrir IIH. Pueden ser por:</p> <p>a- Factores extrínsecos: Procedimientos invasivos, tratamiento con antibióticos, personal de salud, estancia hospitalaria.</p> <p>b- Factores Intrínsecos: Edad, nutrición, comorbilidad o enfermedades, estado inmunológico.</p> <p>Ambientales: El paciente infectado es foco de infección para otros pacientes. El trabajador puede ser reservorio, los traslados frecuentes y concentración de pacientes vulnerables en un espacio físico como quemados, RN.</p>

PROTOCOLO 4

Identificación y manejo de drogas de alto riesgo. Seguridad del paciente.

Objetivo: Identificar los medicamentos que tienen mayor riesgo de producir daño por manejo inapropiado, identificando los riesgos en todo el proceso de la medicación que se inicia con la: Selección, almacenamiento, dispensación y administración final al paciente.

Resultado esperado: Las drogas son identificadas claramente y su manejo sigue en cada puesto de enfermería, el protocolo establecido para su correcto uso.

CONCEPTO	<p>Se refiere a todos los procesos relacionados a la cadena del medicamento, desde la selección, adquisición, preparación, dispensación, prescripción y administración.</p> <p>Incluye al usuario en su responsabilidad de usarlo según prescripción, evitando la automedicación.</p> <p>Los mayores casos de errores de medicación ocurren en la hospitalización, en niños y ancianos.</p>
IDENTIFICACIÓN DE DROGAS DE ALTO RIESGO	<p>Entre los 5 medicamentos identificados por el Instituto de Uso Seguro del Medicamento (ISMP) de los EEUU y recomendados por la OMS, como de alto riesgo son:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Insulina.2. Heparina.3. Cloruro y fosfato de potasio.4. Opiáceos y narcóticos (Midazolán, Fentanilo, Diazepán, Morfina).5- Cloruro de Sodio en concentración mayor al 0,9% <p>Otras drogas y grupos de drogas :</p> <p>Agonistas Adrenérgicos (Adrenalina, Dopamina, Noradrenalina, Dobutamina).</p> <p>Sales de Calcio y Magnesio ampollas EV.</p> <p>Bloqueantes neuromusculares (Pancuronio, Vecuronio, Atracurio).</p> <p>Oncológicos.</p> <p>Gammaglobulinas.</p> <p>Vancomicina y Carbapenems.</p> <p>Anticonvulsivantes (Difenilhidantoina).</p> <p>Oxitócicos.</p> <p>Anfotericina B.</p> <p>Metoclopramida.</p>

Atención limpia sin infecciones.

Seguridad del paciente.

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 4

RIESGOS IDENTIFICADOS

1. Almacenamiento de drogas de riesgos con las comunes.
2. No corroborar con certeza cada droga al preparar y estar pendiente de precipitación.
3. Confundir nombres parecidos por órdenes verbales.
4. Seguir aceptando órdenes verbales (Ej. por vía telefónica).
5. Los médicos no aclaran en las indicaciones la vía de administración y se aplica por (IV) drogas que solo se puede aplicar vía (IM).
6. Las indicaciones no aclaran velocidad de infusión, y se gotean drogas muy rápidas por desconocer efectos o no controlar bombas o dispositivos de infusión.
7. Precipitaciones de drogas por omitirse o no verificar, qué solvente usar y por cuánto tiempo se puede conservar.
- 8- Transporte y la conservación inadecuada de los medicamentos de farmacia a los servicios (cadenas de frío).

PROCEDIMIENTO PARA MANEJO SEGURO. DROGAS DE ALTO RIESGO

- 1- Leer con cuidado las etiquetas de las ampollas inyectables antes de preparar, confirmar nombre, riesgos y vencimiento, NO confiar solo en la impresión visual. Descartar las que están ilegibles.
- 2- Usar nombre genérico de medicamentos al recetar y en caso que se preste a confusión como Dopamina y Dobutamina resaltar con una marca que llame la atención.
- 3- Si tiene dudas confirme con el médico la orden que no le cree dudas, no acepte órdenes con letras ilegibles o verbales, salvo casos muy urgentes, repetir la orden escuchada para confirmar si se ha comprendido.
- 4- Verificar que la medicación coincida con la patología activa, haga preguntas.
- 5- Siempre que sea posible, implementar Dosis unitaria o preparación centralizada de drogas endovenosas en farmacias hospitalarias, y solicitar la identificación adecuada de los medicamentos provenientes de farmacia a los servicios.
- 6- Colocar la lista de drogas de Alto riesgo en lugar visible en la enfermería de cada comando de enfermería y agregar las propias de cada servicio.
- 7- Preparar en afiches los esquemas de las drogas de Alto riesgo, su cálculo, tiempo de administración presentación, dilución, riesgos al infundir e interacciones peligrosas y vida media al reconstituir. Colo-

PROTOCOLO 6

PROCEDIMIENTOS DE TRANSCRIPCIÓN

13- Los nombres de drogas y presentación escribir separados, para evitar confusiones, ejemplo:

Propranolol20mgr, se puede entender 120 miligramos, lo correcto es escribir Propranolol 20 miligramos.

14- Escribir claramente la vía de administración; endovenoso, intratecal, subcutánea, vía ocular, nasal, oral u óptica, vía vaginal o rectal, la velocidad de infusión (goteo) por hora, minutos, y la dilución, en cuanto de suero y cual suero. Si hay riesgos en cualquiera de estos pasos poner una alerta especial.

Indicadores de cumplimiento

INDICADOR	% de tarjetas que cumplen normativas.
FÓRMULA	Número de tarjetas que cumplen ítems / total de tarjetas controladas X 100.
UMBRAL	Mayor al 90% de cumplimiento de ítems.
FUENTE	Ficha médica, comparar con tarjetas, ver tarjetas.
CONTROL	Semanal.
RESPONSABLE	Jefa de Enfermería o Supervisora, Jefe de Servicio Médico.

PROTOCOLO 6

PROCEDIMIENTOS DE TRANSCRIPCIÓN

1- Se debe realizar la transcripción de la indicación médica en tarjetas, con letra clara y siguiendo un orden:

- Nombre y apellido del paciente.
- Número de habitación y cama.
- Nombre del medicamento y presentación (genéricos).
- Forma de preparar dilución, volumen.
- Dosis a administrar.
- Vía de administración sin abreviaturas.
- Velocidad del goteo.
- Horario de administración.
- Fecha:
- Nombre o sello (responsable).

2- No usar las fichas médicas para preparación de medicamentos, salvo que se cuente con las HOJAS DE MEDICACIÓN dentro de la ficha médica. Esto obvia el tarjetero y es un método parecido al de las UTI, pero en salas de internados.

4- Si se trata de fármacos de alto riesgo, solicitar el doble chequeo o verificación de la transcripción, donde otra persona independiente compara con la orden original.

5- La transcripción debe realizarse solo de la ficha médica original, que lleve la firma y sello del médico responsable.

6- Si el paciente es alérgico conocido a ciertos fármacos, hacer constar en la tarjeta.

7- En caso de detectarse errores en la indicación médica, debe comunicarse al médico y esperar los cambios.

8- Verificar si la medicación ha sufrido cambios o se ha suspendido, el médico tiene la obligación de comunicar los cambios de última hora y se deben ejecutar de inmediato.

9- Escribir las concentraciones completas, miligramos, microgramos, unidades, no usar abreviaturas como mg, umg, ud se confunden.

10- Escribir las dosis en ml, NO cc, Ej. 5CC se confunde con 500.

11- Las unidades NO escribir juntas como 100U, se confunde con 1000, lo correcto es dejar un pequeño espacio, Ej. 100 U. o poner unidades.

12- No escribir números enteros con punto antes (0.2) ni después del número (5.0) por ejemplo 5.0 se confunde con 50 escribir solo 5, no poner 02 comprimidos, interpretan como medio comprimido.

PROTOCOLO 4

car en lugares visibles.

8- Si el paciente es alérgico, tener preparado una indicación médica con drogas de rescate para anafilaxia, colóquela en una tarjeta en un lugar visible para todos.

9- No guardar la Heparina cerca de la Insulina en la heladera. Marcar y separar.

10- Usar casilleros independientes para cada paciente y los medicamentos de riesgo, guardarlos en otro sitio.

11- Separar los electrolitos concentrados como el Cloruro de Potasio, de los carros de paro.

12- Se debe realizar una doble verificación en la preparación de las Drogas de Alto Riesgo, una supervisora controla nuevamente el proceso desde: Transcripción a tarjetero, dilución y administración.

13- No aceptar indicaciones sin actualizar, como idem o iguales indicaciones.

14- Nunca dejar Drogas preparadas para administrarla luego. Al terminar de preparar una droga administrarla de inmediato y si se va a almacenar, colocar una etiqueta que diga ALTO RIESGO, no administrar lo que otros han preparado.

15- Verificar el funcionamiento de la bomba de infusión antes del uso y controlar la velocidad de infusión de los electrolitos concentrados a menudo.

INDICADORES DE RESULTADOS

INDICADOR	% de drogas de riesgo manejadas según protocolos.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número drogas de riesgo manejadas según protocolo}}{\text{total de drogas de riesgo indicadas}} \times 100$
UMBRAL	90% de manejo adecuado.
FUENTE	Auditoría, ficha médica, ficha de enfermería.
CONTROL	Mensual
RESPONSABLE	Jefe de enfermeros, Director médico.

Traspasos de pacientes.

Comunicación efectiva.

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 6

Transcripción de enfermería. Seguridad del paciente.

Objetivo: Definir normativas claras para que en los procesos de transcripción, haya una implicación y estructura de responsabilidad para hacer las transcripciones más seguras en las hospitalizaciones.

Resultado esperado: Que el proceso que implique transcribir una indicación, a otra hoja, ficha o tarjetero, cumplen los criterios de procedimientos seguros, para evitar errores por despiste o por casualidades.

CONCEPTO	<p>Cualquier proceso por el cual se pasan las indicaciones médicas a otras hojas o tarjeteros, para la preparación de drogas en farmacia o para organizar los horarios de medicación en enfermería. Toda transcripción puede implicar un error y debe ser supervisado por una segunda persona, para corroborar la orden original.</p> <p>El proceso de transcripción de órdenes médicas es otro proceso crítico para la ocurrencia de errores que se encuentra según la Joint Commission en un 12%.</p>
TARJETERO	<p>El Tarjetero es un sistema de transcripción que se usa para evitar el uso de las fichas médicas en enfermería y que permite agilizar el proceso de preparación de medicamentos.</p>
RIESGOS IDENTIFICADOS	<ol style="list-style-type: none">1- Transcriben los que no son profesionales.2- Letra ilegible en los tarjeteros y datos incompletos.3- Escrituras confusas de letras y números 5CC., se confunde con 5004- Problemas de escrituras 100U, se confunde con 1000, mgr. con umgr.5- No escribir la velocidad de infusión, o alertas si son de riesgo al infundir muy rápido.6- Pérdida o confusión de las tarjetas.7- Doble tarjetas.

Transcripción de la indicación médica.

Seguridad del paciente.

Coordinación del Hospital Central
Marzo 2012



PROTOCOLO 5

Protocolo de traspasos de turnos. Seguridad del paciente.

Objetivo: Asegurar durante la transición asistencial, la comunicación efectiva entre los profesionales, para el correcto traspaso de información crítica sobre el paciente, asegurando momentos críticos como los cambios de turnos, traslados a otros servicios, remisión a otra institución y altas domiciliarias.

Resultado esperado: En todo traspaso de turnos, guardias o traslados de pacientes, los profesionales siguen una metodología para transmitir información crítica (APPEAR) **A** Antecedentes patológicos y actuales, **P** Procedimientos, **P** Precauciones especiales, **E** Estado general, **A** Administración drogas y alimentos, **R** Registros realizados.

CONCEPTO	<p>Comunicar es el proceso de pasar información de un prestador a otro. Este traspaso de comunicación ocurre en el entorno del paciente a diferentes niveles, entre médicos, enfermeras y familiares.</p> <p>El traspaso de turno es el período de tiempo que corresponde a una transición en la atención al paciente, donde cambia un proveedor por otro y el momento clave para comunicar información sobre el paciente.</p>
RIESGOS IDENTIFICADOS	<ol style="list-style-type: none">1- Deficiente comunicación entre el personal involucrado en el cuidado del paciente (Retirarse antes que llegue el compañero, datos insuficientes, prisa por pluriempleo).2- Paso de guardia en forma verbal a prisa y sin anotaciones.3- No contar o desconocer metodología estandarizada para realizar los traspasos de pacientes.4- Historias clínicas mal confeccionadas que orientan a informaciones incorrectas.5- Falta de participación de varios de los componentes del equipo de salud en el traspaso de paciente (médicos, enfermería, bioquímico, farmacéutico).6- No involucrar al paciente y/o familiares en la información de sus cuidados, desconocer la patología y plan de tratamiento.7- Enfermería: No prestar especial atención a los registros de enfermería, los datos registrados son pobres e insuficientes (no registra administración) eso conlleva a sobre administración.8- Varios especialistas evalúan al paciente que genera mucha información que transmitir, aumentando las fallas en la comunicación de la misma.

PROTOCOLO 5

9- Falta de conciencia de la importancia de una Epicrisis completa o nota de remisión cuando el paciente es remitido a otro servicio o va de alta.
10- Por apuros, no comunicar las actividades pendientes de los pacientes, Ej. Laboratorio, curaciones, estudios de diagnósticos, etc.

PROCEDIMIENTO DURANTE EL TRASPASO DE TURNOS

- 1- Mejorar la comunicación entre los profesionales en forma verbal y escrita implementando un cuaderno de cambios y novedades del paciente.
- 2- Llegar 10 minutos antes, recibir la guardia personalizada. Entrega y recepción de guardia por profesionales de enfermería.
- 3- Aplicar el APPEAR en la entrega de guardia y normalizar en cada servicio. Usar planilla de entrega de turnos con formato de APPEAR.
- 4- Dejar por escrito el plan de cuidado de enfermería. Insistir con la implementación del registro del PAE.
- 5- Entregar la guardia paciente por paciente, sala por sala.
- 6- Enfatizar la responsabilidad de los profesionales para con sus pacientes, involucrando a todos en la transferencia de informaciones críticas (médicos, enfermeros, bioquímicos, nutricionistas, farmacéuticos). Comunicar de manera efectiva los estudios y datos pendientes.
- 7- Comunicar el plan de cuidados del paciente al receptor y asegurar que haya comprendido la información crítica que queremos transmitir, con retroalimentación.
- 8- Enfatizar y llamar la atención sobre los pacientes graves, los ingresos y pacientes aislados, informando la patología y el germen presente en cultivos.
- 9- El paciente debe saber quién es el enfermero responsable del turno y con quien debe comunicarse en caso de tener inquietudes. Presentarse con familiares y pacientes, explicar procedimientos a realizar.

PROTOCOLO 5

PLANILLA DE TRASPASO DE TURNOS DE ENFERMERÍA (APPEAR)

Antecedentes		Procedimientos	Precauciones	Estado general.	Administración	Registro
Patológicos y enfermera actual		Realizados y Pendientes	especiales del paciente	Evolución del paciente	drogas y Alimentos	
Juan Carlos Ramírez Cama 27	Pte. con HTA, ingresó Por Neumonía	Baño, movilización, cambio ropa, cuidados de vías, sondas, evacuación Pendiente retirar Rx tórax, curación de vía central, evaluación por cardiólogo esta noche.	Es diabético, es alérgico, es convulsionador, es asmático. VIH. Riesgo de caída, Riesgo de UPP, Gemen Vanco R Norton; 8 Downton: 3	Lúcido, estable, signos vitales, balance, dolor.	Dieta: Se alimentó o ayunó, o sonda. Drogas: Recibe DAR (Drogas de Alto Riesgo) Antibióticos, Analgésicos, Insulina, sedantes.	Todo está registrado Queda pendiente de registro los últimos SV.
Pte. 2						

Aplicar esta planilla teniendo en cuenta la complejidad de los servicios, tipo de pacientes y cantidad de recursos humanos disponibles.

FECHA DE ENTREGA HORA:..... PUESTO.....

NOMBRE ENFERMERO/A:..... SERVICIO.....

Esta planilla se puede tener pre-impresa o seguir orden en hoja blanca, pero escribir los casos más graves.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

INDICADOR	% de entregas de turnos con registro APPEAR
FÓRMULA	Número de traspasos con APPEAR/ total de traspasos X 100
UMBRAL	Más del 80%
FUENTE	Registro de traspasos, auditoría y presencia en traspasos.
CONTROL RESPONSABLE	Mensual Jefe de Enfermería, Supervisora.